



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***ELABORACION DE UN MANUAL DE ASESORIA Y
CANALIZACION EN ADICCIONES DIRIGIDO A MEDICOS
Y PSICOLOGOS DE UN CENTRO DE ATENCION
TELEFONICA.***

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
KALINKA ARIADNA DÍAZ GONZÁLEZ MÉNDEZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE: LIC. DAMARIZ GARCÍA
CARRANZA**

REVISÓ: LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Mayo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

En primer lugar quiero expresar mi gratitud al Dr. Horacio Quiroga Anaya por su amable asesoría y esclarecedoras disertaciones en el tema de las adicciones, las cuales disfrute profundamente y motivaron mi elección de trabajo en este campo.

Al psicólogo Luis Jiménez Bernal, de quién no sólo he recibido un cúmulo de enseñanzas decisivas en mi formación, sino también su firme apoyo durante estos años.

Mi agradecimiento a la Lic. Damariz García Carranza por su apoyo, empatía, y enseñanzas durante la realización del presente. Recibe mi gratitud plena por la invaluable dirección, por acompañarme y brindarme un espejo adecuado.

A mi revisora, Lic. Yolanda Bernal Álvarez, por sus aportaciones y recomendaciones fundamentales para la conclusión del presente y por la oportunidad de cumplir un sueño.

Agradezco en particular el apoyo y comprensión al Dr. Rafael Arista Amado médico especialista y Jefe del Plan Nacional de Lucha contra las Adicciones.

Al programa de Apoyo a la Titulación en especial al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez por su profesionalismo y apoyo durante todo el proceso.

A mis sinodales y maestros entrañables Lic. Raúl Tenorio Ramírez y Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola por su tiempo, dedicación y palabras de aliento. Mi agradecimiento a la Lic Patricia Paz de Buen Rodríguez por su disposición y apoyo.

A Dios por haber llenado mi vida de propósito, por mostrarme su amor, por haberme cuidado, guiado y por estar siempre conmigo.

A mis padres Alberto y Lourdes, quienes me dieron acceso a la vida y valores, particularmente les agradezco su aportación de amor, de compañía, paciencia y afecto. Gracias porque en su plan de pareja vieron a futuro la formación de una familia y darme la oportunidad de ser parte de ese plan y mirarlos a mi lado siempre, y saber que se sienten tan orgullosos de mí como yo he estado orgullosa de ustedes.

Jahel, innovadora de un sin número de cosas, ha sido y será un eje motivante, una fuente de inspiración, un ejemplo de libertad y sobre todas las cosas una hermana presente que me atribuyó el nombre nuevo para mí de "amiga". Para ti mi agradecimiento y admiración.

Carlos Alberto, actualmente un profesionalista que ha compartido conmigo tanto el tránsito por la UNAM como la colocación en la familia de los hermanos intermedios, un ejemplo de vitalidad, carácter, decisión y a la vez de nobleza, te agradezco la certeza de que podré contar contigo y tu compañía incondicional.

Dagny, mi hermana menor, de admirable paciencia, ejemplo de ternura y afecto quien más ha enseñado que aprendido por su talento y dedicación naturales, quien me ha apoyado y acompañado en todo momento, te agradezco tu amistad, tolerancia y apoyo a todos mis proyectos y te recuerdo que en eso mismo serás siempre correspondida. Gracias.

Jorge Mendez y Concepción Navarro, fundamentales soportes que sin los cuales no habría sido posible lograr tantas cosas; mi reconocimiento a su amor, apoyo moral, y sentido de familia.

A mi primo Oscar elevo una mención de amor y cariño ya que logró mover en mí el deseo de trabajar con niños especiales y la conciencia de mi destino como psicóloga, le debo mi decisión y le agradezco su existencia.

Agradezco a mis abuelos Gloria Casas y Armando Díaz González, a mis tíos Cristina, Carlos, Martha y Adriana Mendez quienes aun con la distancia están siempre presentes.

Erick Aaron Vazquez Sauza, su aparición en mi vida desató una orientación diferente mostrando un paisaje que se ocultaba a mi vista, agradezco tu amistad, compañía, paciencia y dedicación.

A mis nuevos hermanos Alicia, Ericka, Maribel y Emilio por sus oraciones y porque me han otorgado la vivencia y la oportunidad de participar en una familia más allá de la mía sin sentirme ajena ni extraña entre los suyos; gracias por hacerme sentir aceptada y querida tal como lo son ustedes.

A Rafael por sus oraciones y cariño incondicional., por mostrarme el amor de Dios y por motivar la resolución final para concluir mi titulación. Gracias.

A mis amigos Antonio Hernández y Angel Barrientos por su apoyo y cariño. A Israel Villegas por su cariño, por enseñarme que en el respeto y en la sensibilidad esta la fortaleza.

Por ultimo quiero manifestar mi gratitud, admiración y respeto a Luis Jiménez a quien Dios ha utilizado como instrumento para acompañarme en momentos difíciles y quien me ha apoyado como un padre en todos mis proyectos.

1. Introducción.....	1
2. Las Adicciones.....	5
2.1 Antecedentes: Historia de las adicciones.....	5
2.1.1 El caso de México.....	8
2.2 Definiciones.....	11
2.3 Clasificación.....	14
2.4 Etiología.....	17
2.4.1 Factores de riesgo.....	18
2.4.2 Factores de riesgo familiar.....	19
2.4.3 Factores de riesgo emocionales y de personalidad.....	20
2.4.4 Factores de riesgo escolar.....	21
2.4.5 Factores de riesgo de la comunidad.....	21
2.4.6 Factores biológicos o neuroquímicos.....	22
2.4.7 Factores genéticos.....	24
2.4.8 Factores psicodinámicos.....	25
2.5 Epidemiología.....	26
2.6 Factores asociados con el inicio del consumo.....	31
2.7 Efectos del consumo.....	31
2.7.1 Alcohol.....	32
2.7.2 Cocaína.....	33
2.7.3 Marihuana.....	35
2.7.4 LSD.....	36
2.7.5 Opio y derivados.....	37
2.7.6 Morfina.....	37
2.7.7 Metilendioximetanfetamina (MDMA) "Extasis".....	38
2.7.8 Benzodiazepinas.....	39
2.8 Diagnóstico.....	40
2.9 Pruebas de diagnóstico.....	42
2.10 Tratamiento.....	42
2.10.1 Modelo profesional.....	44
2.10.2 Ayuda mutua.....	45
2.10.3 Modelos alternativos.....	46
2.10.4 Modelo mixto.....	46
2.11 Reconocimiento de la enfermedad.....	46
2.12 Enfoques y modalidades en psicoterapia.....	47
2.12.1 Cognitivo conductual.....	47
2.12.2 Sistémico.....	48
2.12.3 Psicodinámico.....	48
2.13 Modalidades de terapia psicológica.....	49
2.13.1 Psicoterapia individual.....	49
2.13.2 Terapia familiar.....	49
2.13.3 Psicoterapia de grupo.....	50
2.13.4 Modalidades complementarias.....	50
2.13.5 La resiliencia: La prevención como tratamiento.....	51
3. Intervención en crisis.....	57
3.1 Antecedentes de la intervención en crisis.....	57
3.2 Definición.....	58
3.3 Teorías de la intervención en crisis.....	59
3.4 Bellak y Small.....	60
3.5 Caplan.....	61
3.6 Erickson.....	63
3.7 El inicio de la crisis.....	65
3.8 Clasificación del inicio de crisis.....	67
3.9 Etapas que cursa una crisis.....	67
3.10 La terapia para crisis.....	68
3.11 Estabilidad y equilibrio.....	69

3.12	Primeros auxilios psicológicos.....	70
3.13	Antecedentes de la intervención vía telefónica.....	72
3.13.1	Historia de la intervención en crisis vía telefónica en México.....	72
3.14	Características de la orientación por teléfono.....	73
3.15	Intervención en crisis vía telefónica y las adicciones.....	74
3.15.1	Los pacientes con adicción.....	75
3.15.2	Análisis de las dimensiones del problema.....	76
3.15.3	Cumplimiento de la canalización.....	77
3.15.4	Reincidentes.....	77
3.15.5	Retroalimentación.....	78
4.	Contexto laboral.....	79
4.1	Giro de la empresa y actividades principales.....	80
4.2	El centro de atención telefónica (CAT).....	80
4.3	Aspectos generales.....	80
4.4	Recursos humanos.....	80
4.5	Recursos materiales.....	80
4.6	Sistemas.....	81
4.7	Software.....	81
4.8	Recursos técnicos y herramientas.....	82
4.9	Servicios que se brindan en el CAT.....	83
4.10	Organigrama.....	84
4.11	Área médica.....	85
4.12	Funciones de sus integrantes.....	85
4.13	Normatividad.....	88
5.	Metodología.....	90
5.1	Planeación.....	91
5.2	Construcción.....	92
5.3	Implementación.....	94
5.4	Técnicas utilizadas.....	94
5.5	Población de aplicación.....	95
5.6	Instrumentos y equipo.....	95
5.7	Materiales.....	95
5.8	Estructura general del manual.....	95
5.8.1	Título.....	95
5.8.2	Objetivo general.....	95
5.8.3	Objetivos específicos.....	96
5.8.4	Descripción del instrumento.....	96
5.9	Otros elementos complementarios.....	96
5.9.1	Capacitación recibida sobre adicciones.....	96
5.9.2	Actividades constantes en el programa.....	96
5.9.3	Difusión y promoción.....	97
6.	Resultados.....	98
6.1	Otros cambios percibidos.....	101
7.	Conclusión y discusión.....	106
7.1	Alcances.....	106
7.2	Limitaciones.....	106
7.3	Sugerencias.....	107
8.	Otros hallazgos.....	111
9.	Bibliografía.....	120
10.	Anexo.....	127

1. INTRODUCCIÓN

Las adicciones en México como problema grave de salud pública son un terreno nuevo y desafortunadamente fértil que se reproduce aceleradamente, aunque no es una situación de reciente aparición, sí es novedosa la crisis en asistencia social a dicho fenómeno. El consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas representa un problema de salud pública en nuestro país (CONADIC, 1998)

Ante dicha crisis de salud pública aparece “Grupo por un País Mejor” y su empresa farmacéutica dedicada a la venta y distribución de medicamentos más baratos, la cual genera un programa llamado “Plan Nacional de Lucha Contra las Adicciones y ayuda a adictos”.

El Plan se ha propuesto concentrar sus esfuerzos en dos actividades principales: recibir llamadas telefónicas en las cuales se brinde asesoría en materia de adicciones y canalizar a los pacientes a los lugares, centros, sistemas e instituciones más adecuados a la problemática personal de cada uno de ellos.

Para materializar dichos objetivos se dispuso de un número gratuito para toda la República que funciona las 24 horas del día los 365 días del año.

Como parte de la difusión del Plan se transmitieron 4 programas de televisión sobre alcoholismo y drogadicción donde se dio a conocer el número del centro de atención telefónica para solicitar ayuda.

Para dar respuesta a la demanda de llamadas sobre adicciones se decidió que el sistema repartiera las llamadas equitativamente entre las extensiones pertenecientes a médicos y psicólogos.

Debido a la muy relativa reciente aparición de este centro, se ha requerido de medios de estructuración interna que promuevan el desarrollo y den orden al mismo.

El “Plan Nacional de Lucha contra las adicciones y ayuda a adictos” inició el servicio vía telefónica contando tan sólo con las instalaciones adecuadas al propósito, con una plantilla de personal apenas suficiente sin embargo carente de la coordinación y homologación necesarios para su operación y funcionamiento, la falta de regulación de procesos de atención y canalización de los solicitantes originó una diversidad de

criterios; tantos como trabajadores habían, que no permitían mantener un control de la calidad ni establecer parámetros comunes para lograr establecer mediciones del servicio prestado, de tal modo que no era del todo posible identificar el nivel de proximidad al cumplimiento de los objetivos del centro de llamadas. Por otro lado la plantilla de trabajadores y muy en particular aquellos con formación medica, no contaban con la formación específica para atender pacientes en medio de una crisis y en lo general carecían de los recursos básicos indispensables para las dos funciones implícitas en la labor del centro que son: la capacidad en el manejo de llamadas telefónicas con los criterios normalmente utilizados en este giro de negocios donde los parámetros del desarrollo de la actividad son bien conocidos, tales como la toma de la llamada, el saludo apropiado, el control de la llamada, el control en el manejo del tiempo, etc. y el segundo aspecto consistente en el trato necesario para los pacientes, familiares y otros involucrados en la problemática de las adicciones, donde las carencias de este personal impedía tomar acción en aspectos tales como la empatía, no ejercer regaños ni cometarios fuera de lugar, etc.

Para dar una muestra de lo anterior cabe decir que las llamadas recibidas tuvieron una duración de hasta 90 minutos, mientras que el promedio debía ser cuando más de 20, el abandono de llamadas se calcula fue de 80%, donde el aceptable era del 20%, la canalización no correspondió a la necesidad del usuario, existió confusión en los profesionales de la salud al brindar la atención, etc.

La coordinadora del área solicitó apoyo voluntario a médicos y psicólogos interesados para optimizar el servicio.

Debido a lo antes citado surge la necesidad de generar una guía que permita a los profesionales al cargo unificar criterios de canalización y registro, además de la necesidad de contar con la información necesaria para dar una atención oportuna y de calidad.

Entre otras opciones tales como charlas, conferencias, capacitaciones, etc. se eligió un manual como el medio mejor adaptado a las necesidades de resolución del problema antes citado, además de resolver también otros aspectos importantes para el centro de llamadas como establecer los lineamientos para el control de la calidad y enfocar las tareas del mismo al núcleo del problema de la sociedad en materia de adicciones al tratar de atender al mayor número posible de personas con eficiencia y prontitud.

Posteriormente, la propuesta de elaboración de un manual dirigido a médicos y psicólogos del Centro de Atención Telefónica, es aprobada así como la solicitud de capacitación en materia de atención y asesoría en adicciones.

Bajo los requerimientos antes mencionados se definieron los objetivos del Programa, se identificaron las necesidades de los profesionales de la salud, se delimitó el alcance que pudiera tener el manual, se establecieron los lineamientos para que coincidieran los objetivos del Programa Nacional con los objetivos del área buscando que fueran acordes con la normatividad oficial vigente de la secretaria de salud.

Algunas de las variables que se tomaron en cuenta para la elaboración e implementación del manual fueron los criterios básicos de intervención en crisis, las Instituciones que se inscribieron para participar en el plan y las modalidades de tratamiento de las mismas.

La elaboración de dicho manual esta basada en el rubro de referencia de casos de la Norma oficial 028 de la Secretaria de Salud y Asistencia vigente (Nom-028-SSA2-1999) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Se realizo la revisión bibliográfica específica, se incorporaron las herramientas de información y de registro, se implemento el manual, se solicitó la capacitación correspondiente y se evaluó el servicio a partir del número de llamadas recibidas, la duración de las llamadas y el porcentaje de abandono.

El presente reporte es importante porque constituye un primer esfuerzo de análisis del servicio.

Se realizó el análisis de las llamadas recibidas a partir de la implementación del manual con el objetivo de generar la información que permita dar un rumbo al Manual y generar datos confiables del servicio de asesoría y canalización en adicciones.

Como consecuencia de la implementación del manual se obtuvieron los siguientes resultados: en el segundo y tercer trimestre del 2005 la línea telefónica atendió 18, 020 llamadas en el área médica y de psicología de las cuales 1733 se clasificaron como llamadas de adicciones como motivo de consulta.

La construcción e implementación del manual repercutió directamente en el servicio brindado obteniendo un aumento de las llamadas por mes, la disminución del abandono de llamadas de un 80% a un 15%, la reducción del tiempo de llamada de 40 minutos a 20 minutos en promedio.

Gracias al manual se unificaron los criterios de atención y se facilitó la capacitación del personal de nuevo ingreso. La toma de decisiones no quedó supeditada a improvisaciones o criterios subjetivos del profesional actuante sino regido por normas que mantienen continuidad.

Fue elaborado en Octubre del 2004 e implementado hasta Abril del 2005 y hasta la fecha cumple la función esperada.

2. LAS ADICCIONES

2.1 Antecedentes: Historia de las adicciones

Según la enciclopedia Hispánica en 1989 en algún punto de la historia de la humanidad, el hombre y la mujer empezaron a usar sustancias psicoactivas. El consumo de la hoja de coca data, al menos, desde hace más de 7000 años y existe evidencia arqueológica de que el betal (una nuez estimulante) se masticaba hace 11000 años en Tailandia y hace 13000 en Timor.

Durante la historia de la humanidad se ha documentado la utilización de sustancias que hoy conocemos como adictivas con fines terapéuticos para la “curación” de diversas enfermedades o para causar bienestar (Escohotado, 2000)

Hablar del uso y abuso de drogas a través de la historia obliga a remontar nuestro pensamiento hasta tiempos tan antiguos como el hombre mismo. Según Courtwright en 2002 por droga psicoactiva entendemos lo que pensaban Hipócrates y Galeno: una sustancia que en vez de ser “vencida” por el cuerpo (y asimilada como simple nutrición), es capaz de vencerte provocando en dosis ridículamente pequeñas, grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos.

Este mismo autor nos habla de que las primeras drogas aparecieron en plantas o partes de plantas, como resultado de una coevolución entre el reino botánico y el animal. Ciertos pastos por ejemplo, empezaron a absorber silicio, obligando a que los herbívoros de esas zonas multiplicaran el marfil de sus molares o quedaran desdentados en pocos años.

De igual manera, algunas plantas desarrollaron defensas químicas ante la voracidad animal, inventando drogas mortales para especies sin papilas gustativas a un fino olfato.

Entre las culturas de cazadores-recolectores, se sabe que una alta proporción los sujetos aprendían y reafirmaban su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva.

Las primeras hostias o formas sagradas, fueron sustancias psicoactivas como el peyote, el vino o ciertos hongos. (Tapia, 2001).

Desde las culturas asirias hasta los recónditos suburbios de nuestra era, el hombre ha utilizado las drogas, ya sea por motivos medicinales, por costumbre o hedonismo.

Las fuentes de sustancias adictivas han estado siempre al alcance del hombre de una u otra forma y así por ejemplo existen documentos que datan de 4000 o 5000 años antes de Cristo (Sahagún, 1988).

Inglis en 1994 nos habla de que las drogas se han utilizado desde la existencia de las más antiguas civilizaciones con finalidades religiosas y médicas, así como un medio de evasión del mundo cotidiano y para subsanar el dolor físico y mental.

De hecho según la enciclopedia Hispánica en 1989 etimológicamente de la palabra pharmakon (remedio y veneno en el antiguo griego), se derivan otras como farmacia y farmacopea.

Los pueblos que hoy día aún son considerados como primitivos practican el uso de alguna droga. Por ejemplo, los aborígenes australianos (considerados como uno de los pueblos más primitivos del mundo) mastican la planta pituri, gracias a sus efectos narcóticos (Courtwright, 2002)

Se sabe que los asirios, egipcios, griegos, romanos y árabes usaron algunas drogas con fines médicos, para la magia o la iniciación de los misterios religiosos.

Los habitantes de Sumeria elaboraron drogas medicinales con sal, salitre, casia, cortezas de sauces, asafétida, tomillo, semillas, raíces, entre otros.

Courtwright también menciona la existencia de una tablilla que data de hace 4000 años y que es la prueba más antigua del uso de drogas, en la que el sumerio anónimo enumera algunos remedios contra enfermedades que no describía. Los babilonios utilizaron por primera vez la belladona (hierba de Eurasia) contra espasmos de la tos, y los chinos descubrieron que el hígado y el hierro curaban la anemia. En el año 4000 a. C. se halla la "Vitis vinícola", que es la variedad de viña de la que probablemente proviene el vino que se consume en la actualidad.

Existen registros según la Enciclopedia Hispánica que en 400-700 a.C. Los antiguos indios peruanos que masticaban coca con alcalinos, conocían el adormecimiento en

lengua y labios, que en quéchua significa "kunka sukunka" (faringe adormecida). Ya hacia 460-377 a.C. Hipócrates usa la "esponja soporífera", impregnada con una preparación de opio, beleño y mandrágora. Según la mitología griega la cerveza en sus orígenes se consideraba como "un regalo de los dioses", ya que el propio Osiris era el encargado de enseñar al hombre a fabricarla, allá por el año 2200 a.C. se encuentran escritos (en tablillas egipcias) que hablan del consumo de cerveza y de sus propiedades nocivas.

Escohotado en 2000 refiere que en esa época se dice que a los niños del antiguo Egipto se les administraba adormidera por las noches para que dejaran descansar a sus padres.

El mismo autor escribe que la cerveza egipcia era distinta a la actual; estaba hecha de una especie de "pan" o torta de cebada que podía beberse, aunque era muy densa y prácticamente podía llegar a masticarse. Así también es posible que los efectos psicológicos del opio ya fueran conocidos por los antiguos sumerios, la primera referencia indudable al jugo de amapola se encuentra en los escritos de Teofrasto en el siglo III a.C. Por otro lado los médicos árabes eran muy versados en el uso del opio, los mercaderes árabes introdujeron el compuesto en oriente donde se empleó principalmente para el control de la disentería. En el año 50 d. C. Dioscórides, un médico griego, también llamado Pedanio utiliza el término de anestesia al descubrir los efectos somníferos de la planta mandrágora.

Es en el siglo XIII, cuando unos monjes añadían el lúpulo, a modo de conservante fabricando una especie de cerveza que se parece a la de nuestros días.

En la Enciclopedia Hispánica existe el dato que en 1507 Américo Vespucio menciona que el hábito de los nativos por masticar hojas de coca adicionadas a polvo de cal para "fortalecerse". Siglo XVII. Ya en el siglo XVII, en Inglaterra, se intenta inyectar el opio intravenoso mediante el cañón de una pluma siendo considerable el avance en el desarrollo de técnicas de inyección intravenosa.

En 1794 Joseph Hipólito Unanue escribe en Lima: "Sobre el cultivo, comercio y virtudes de la famosa planta del Perú nombrada coca". Primer estudio médico de la coca y fuente de inspiración de Niemann. Fue el primero que ensayó el estudio químico de la hoja de coca".

Ya para 1800 El doctor Philip Syng, físico de Filadelfia, USA, recomendaba el empleo de dosis tóxicas de preparados alcohólicos a fin de relajar la musculatura. (Centros de Integración Juvenil, 2000)

Desde el comienzo de los registros históricos, probablemente todas las sociedades han utilizado sustancias que actúan sobre el estado de ánimo, el pensamiento y los sentimientos.

El uso de hongos y raíces para fines religiosos, así como el mascar hojas de coca para vencer el cansancio son ejemplos muy conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando.

Es importante darse cuenta que muchas de las sustancias que hoy son consideradas como drogas de abuso, en algún momento fueron utilizadas buscando algún efecto benéfico o curativo.

2.1.1 El caso de México

Hablando de sustancias adictivas no podemos dejar de especificar al alcohol y su historia de consumo en México ya que según la encuesta Nacional de Adicciones de 1998 y del 2002 sigue siendo la droga más utilizada.

Las primeras bebidas que se consumieron en América eran fermentadas y se obtenían de frutas silvestres en combinación con agua, bacterias y una temperatura elevada (CIJ, 2000).

El Maguey fue cultivado por los pueblos precolombinos de México, en la mesa central y en las regiones poco fértiles. Después de la caída del imperio tolteca el vulgarmente llamado pulque llegó a otros pueblos como el azteca.

Fray Bernardino Sahagún quien es considerado el investigador e historiador más importante de la cultura prehispánica nos dice que de la historia y de la caída del imperio tolteca se infiere como el pulque, desde su nacimiento, fue causante de pasiones desbordadas, vicios y tragedias que acabaron con él.

Los aztecas lo llamaron "metl" y los nahuas "octli", y desde la antigüedad los sembraron y aprovecharon. El octli tenía para los nahuas una importancia fundamental. Su uso no ritual era severamente castigado, incluso con la muerte, su consumo estaba asociado y restringido exclusivamente a ceremonias religiosas.

Era una bebida sagrada y sólo ciertos elegidos estaban invitados a compartirla: sacerdotes, guerreros, mujeres parturientas y ancianos. Los jóvenes eran severamente castigados. Si lo consumían, se les apaleaba en la plaza pública.

Pese a que en las festividades los viejos tenían licencia de ingerirlo Sahagún nos dice que los Aztecas hacían oraciones delante del dios Tlaloc, recomendando no beber pulque ya que era el principio de todo mal y perdición.

Para ese tiempo los indígenas ya consideraban al alcohol como la causa de hurtos y violencia, de la soberbia y la altivez. Y en verdad que, se dice que Quetzalcóatl cayó de su alto sólo por haberse emborrachado (como Noé en la Biblia), y lo mismo le sucedió a Tlachinoltzin, personaje de Cuautitlán, quien se emborrachaba mucho y tuvo que vender todo lo que poseía para adquirir su pulque diario.(Sahagún,1988).

Tepoztecatl fue un hombre que ayudo a perfeccionar la elaboración del pulque y de allí que fue considerado uno de los principales dioses Aztecas del pulque y de la embriaguez. En la elaboración del pulque aun se conserva la tradición de no ser probado hasta que esta culmine de lo contrario se considera de “mal agüero” (CIJ,2000).

Como se ha descrito, en el México Prehispánico, se ingerían fermentados de maíz y de diferentes frutas, además del pulque (neutle entre los mexicas) y el jugo de agave (utilizados sobre todo para la celebración de sucesos especiales); pero una vez que los conquistadores españoles se asentaron en el nuevo mundo, comenzaron a producir sus propios alimentos y bebidas. Una de ellas fue el vino, que no podía faltar en sus mesas.

Por las condiciones geográficas y climatológicas, además de existir parras silvestres donde injertaron las especies europeas, pronto el cultivo de la vid comenzó a dar sus frutos y dió tan buenos resultados que en tiempos de la Colonia el rey Felipe II tuvo que prohibir la siembra de uva y la producción vinícola; sólo se autorizó al clero para su propio consumo (Inglis, 1994).

Habiendo descubierto el proceso de destilación, que permitía alcanzar concentraciones mas altas de alcohol y que al perfumar y dar sabor a los destilados, se crearon la producción masiva de los licores. Surgió el mezcal y el tequila y fue prohibida su elaboración pues competía con la producción de la vid (CIJ, 2000)

En la historia es conocido que en el tiempo de la esclavitud los terratenientes y los hacendados pagaban el trabajo con alcohol para mantener controlados a sus campesinos.

Efectivamente, ante la falta de posibilidades y de oportunidades, el alcohol se vuelve un sustituto. En las comunidades indígenas actualmente se consume en gran parte debido al olvido y a la marginación con que se trató a los indios durante muchos siglos en este país, afirma la Ing. Xóchitl Gálvez (Titular de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas al periódico Reforma en 2005).

En el estado de Oaxaca se realizan a lo largo del año diversas fiestas populares: mayordomías, fiestas patronales, la Guelaguetza, conmemoración de Todos los Santos y Fieles Difuntos, romerías populares, etc.

En las fiestas, el campesino, quien en su vida diaria se muestra tímido, se transforma en personaje importante. Las fiestas patronales generan una congregación alegre, en donde la población masculina reforzará sus afectos (o rencores) a través del ritual del alcohol. Las prácticas tradicionales los arrastran a una fiesta diaria en la que el alcohol es uno de los invitados principales.

"En los pueblos en donde hay bajas temperaturas y donde la neblina apenas deja ver, los hombres y las mujeres acostumbran entrar en calor con bebidas alcohólicas, ya sea mezcal o pulque; en lugares de extrema pobreza se ve ingerir alcohol de 96°. No es sólo en las fiestas populares donde se consume alcohol, está en la vida cotidiana: los jóvenes se reúnen para este fin en tiendas o tendajones; la madre da mezcal al niño para que se duerma y deje de llorar de hambre. Lo más importante es que no hay estadísticas precisas del nivel de alcoholismo en los pueblos indígenas". (Castro, 2001)

En México el alcohol es considerado la bebida para las celebraciones es por ello que se afirma que la cultura salvo algunas expresiones aisladas es una enorme generadora de adicciones. La cultura la vuelve consensual, la legitima, reglamenta, cultiva, enseña, extiende, la vuelve deber ser. Para los consumidores mexicanos es la bebida exclusiva de las celebraciones.

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas; pero el fenómeno de la drogadicción solo ha alcanzado el grado de Problema de Salud Pública en las últimas décadas. (CIJ, 2000)

En la actualidad en nuestro país, se incrementó el índice de consumo de alcohol entre los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

Tapia menciona en 2001 que muy seguramente los procesos de refinamiento llevaron a la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo.

2.2 Definiciones

Existen múltiples definiciones que han ido transformándose de acuerdo al momento histórico y epidemiológico que se vive a nivel mundial. A continuación algunas definiciones que tienen vigencia en nuestros días y que sirven como marco para la comprensión del presente.

Droga es “toda sustancia que introducida a un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” según la Organización Mundial de la Salud en 1969. (Tapia, 2001).

Droga de abuso es aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capáz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada según la OMS en 1982.

Otra definición más reciente de droga de abuso nos dice que es aquella sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva, capaz de generar dependencia psicológica y física que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social (Ladero 2003).

Las sustancias psicotrópicas son todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen en el sistema nervioso central y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuo generando así una adicción. (CIJ, 2005)

Adicción. La adicción se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habituación. Consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir (Enciclopedia Hispánica, 1989)

Lino Díaz (CIJ, 2005) nos menciona que la **adicción** se define como la dependencia física o psicofisiológica de una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo, o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves.

Por otra parte se dice que la adicción es una enfermedad de etiología multifactorial, de carácter progresiva, que incluye un estado de dependencia física y mental, que afecta a la persona en su área física, mental, espiritual, familiar y social, y quien la padece puede presentar recaídas después de un periodo de abstinencia.

Otras definiciones tomadas de la norma oficial 028 de la Secretaría de Salud para la prevención y tratamiento de las adicciones publicada en 1999.

Droga o Fármaco. Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones; es una sustancia ajena al organismo, que al interactuar con él, altera algunas de sus funciones normales.

Farmacodependencia. Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la deprivación.

Síndrome de Abstinencia. Es el conjunto de trastornos fisiológicos que se presentan al suspender abruptamente la ingestión de una droga cuando ya existe adicción

(dependencia física). Las alteraciones que se presentan en estos casos pueden ser leves o graves, llegando incluso a provocar la muerte.

Dependiendo del tipo de drogas estas manifestaciones incluyen: apatía, irritabilidad, sueño, depresión, pérdida del apetito, temblores, sudoración, ansiedad, pánico, cefalea, insomnio, dolor abdominal, hiperactividad, vómitos, convulsiones, delirios, estados contusionales, coma y muerte.

Patrón de consumo. Es la historia de consumo, es el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Tolerancia. Según Guisa es el término con que designamos la adaptación del organismo a los efectos de la droga, situación que genera la necesidad de aumentar paulatinamente las dosis de droga para seguir obteniendo resultado de la misma magnitud. Esta situación implica tomar cada vez mayor cantidad de droga con el fin de obtener el mismo efecto inicial. (CIJ, 2002).

Canalización Oportuna. Estrategia preventiva, terapéutica y rehabilitatoria que da continuidad a la detección temprana, e incluye el análisis, derivación y seguimiento de los casos, a un servicio específico o institución especializada en la atención del problema y de las demandas respectivas, de manera acorde a las posibilidades, expectativas y recursos (CIJ, 2001).

2.3 Clasificación

Existen varias formas de clasificar a las drogas de abuso, una de las más utilizadas es aquella que agrupa a las sustancias de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central (Tapia, 2001).

- Estimulantes del SNC (cocaína, opiáceos, anfetaminas, metanfetaminas)
- Depresores del SNC (alcohol, solventes)
- Alucinógenos (LSD, marihuana, etc)
- De uso médico (benzodiacepinas)

La décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE 10 denominada Trastornos Mentales y del comportamiento, considera la siguiente clasificación:

- Alcohol etílico
- Opiáceos
- Marihuana
- Sedantes
- Cocaína
- Anfetamínicos
- Cafeína
- Alucinógenos
- Fenilciclidina
- Nicotina
- Disolventes Volátiles
- Uso médico

En Centros de Integración Juvenil elaboraron la siguiente clasificación:

Clasificación farmacológica de los psicotrópicos de abuso		
Tipo	Nombre comercial	
Opiáceos		Analgésico
Opio		Analgésico
Morfina		
Heroína		
Metadona		Desintoxicación
Meperidina	Demerol	
Codeína	Coderit	
Difenoxilato	Lomotil	
Fentanyl	Coderit	
Nalbufina	Nubain	
Propoxifeno	Darvon	
Buprenorfina	Buprenex	
Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos		
Barbituricos	Pentobarbital	Hipnótico
Benzodiacepinas	Valium Traxene	Anestésico
Buspirona	Buspar	Anticonvulsivo
Simpaticométicos Anfetaminas		
Cocaína (crack)		Anestésico
Anfetaminas	Dexedrina	Narcolepsia
Metanfetaminas	Ice, Extasis, Cristal	
Biperiden	Akineton	Antiparkinsonico
Trihexifenidil	Artane	Antiparkinsonico

Metilfenidato	Ritalin	Déficit de atención
Otros	Tenuate, Dospan, Ionamin	Anorexigenicos
Alucinogenos		
LSD 25		
Fenilciclidina y Analogos		Veterinario
Analogos		
Psilocibina	Hongos	
Mezcalina	Peyote	
Ololiuqui	Maravilla	
Cannabis		
Mariguana		
Asís		
Disolventes Volatiles		
Naftsetilsacetato		
Metiltilisobutelino		
Acetona, Benzol		
Tricloretileno		
Tolueno		
Benceno, Xileno		

Según Ladero en 2003 la clasificación de la Organización Mundial de la Salud publicada en 1975 es:

- Opiáceos
- Psicodepresores
- Alcohol etílico
- Psicoestimulantes mayores
- Alucinógenos
- Cannabis
- Inhalantes
- Psicoestimulantes menores
- Drogas de diseño

En el caso de las sustancias de uso médico en México existe una clasificación especial para la prescripción y venta de psicofármacos, esto es en cuatro grupos según su capacidad para producir dependencia..El grupo I son aquellos que se adquieren con una receta especial y cuya vigencia es de solo 5 días. En este caso los recetarios son suministrados y autorizados por la propia secretaria de salud.

En esta clasificación encontramos opiáceos utilizados para anestesia como Meperidina (Demerol), citrato de Fentanil (Fentanest) y Dextropropoxifeno (Darvon) inyectable.

El grupo II comprende los medicamentos que de acuerdo con la ley general de salud requieren para su adquisición de una receta que tenga impreso el nombre, domicilio y número de la cédula profesional del médico que la expida y deberá retenerse en la farmacia y ser registrada en los libros de control que para el efecto se llevan.

Las sustancias incluidas en este grupo son:

- Todas las benzodiazepinas
- Barbitúricos
- Anorexigénicos

El grupo III se consideran los medicamentos que solo pueden adquirirse con receta que contenga impreso el nombre, domicilio y número de la cédula profesional del médico que la expide; en este caso es posible surtir las recetas tres veces. En esta clasificación se encuentran los barbitúricos solos y tranquilizantes.

En el grupo IV se incluyen todos los demás medicamentos.

En la empresa Farmacéutica donde se realiza la intervención y motivo del presente reporte laboral se clasificó con base a la droga de impacto de la siguiente forma:

- Alcohol (exclusivamente)
- Tabaco (exclusivamente)
- Drogas (sustancias ilegales y/o combinadas con alcohol y tabaco)

La anterior clasificación identifica la droga de impacto es decir de la droga de mayor consumo en el momento del interrogatorio o la droga que ha generado un mayor impacto en los aspectos del desarrollo del individuo (social, económico, familiar de comportamiento y otros).

2.4 Etiología

La dependencia a sustancias es un proceso complejo que en una visión simple puede decirse que se desarrolla a partir del uso y abuso de determinadas sustancias.

Se inicia, en términos generales, con el uso experimental de una o algunas de ellas y a medida que su uso es más frecuente y en mayor cantidad va desarrollando dicho proceso. Sin lugar a dudas es claro que son muchos los factores que han de tomarse en cuenta, y muchas las teorías que han surgido para tratar de hallar una explicación a dicho trastorno.

Como en todos los trastornos psiquiátricos, las teorías causales iniciales se construyeron desde modelos psicodinámicos y modelos posteriores ofrecieron explicaciones conductuales, genéticas o neuroquímicas. (Kaplan 2001).

Teorías más recientes como el modelo conductual proponen un modelo psicofarmacológico de la dependencia como una conducta de búsqueda de sustancias mantenida por cuatro procesos principales: refuerzo positivo y efectos discriminativos de las sustancias y de los estímulos asociados a ellas (que facilitan la conducta de búsqueda) y efectos aversivos de las sustancias (que extinguen la conducta) (Kaplan 2001).

- El modelo epidemiológico tradicional, el cual ha sido utilizado y explica de manera clara las enfermedades infectocontagiosas, cuyo fundamento es la interacción de la triada clásica agente, huésped, medio ambiente, parece no ser suficiente en la explicación a dicho proceso (CIJ, 2005).
- El modelo psicosocial el cual enfoca la génesis de la enfermedad, básicamente, en el medio que rodea al individuo y pone mayor atención a los factores de riesgo a que el individuo está expuesto, comparte el concepto lineal causal del modelo tradicional.(CIJ, 2002)
- Un paradigma más moderno que los anteriores considera la naturaleza multifactorial del fenómeno. Reemplaza el concepto de un agente causal único por la exposición a una amplia variedad de factores de riesgo que afectan la probabilidad de que el individuo desarrolle la enfermedad (CIJ, 2002).

2.4.1 Factores de riesgo

Un gran número de investigaciones han correlacionado el uso de sustancias con la psicopatología. A pesar de ello no puede concluirse que exista una simple relación de causa-efecto entre psicopatología y fármacodependencia, así como tampoco que existía una verdadera personalidad adictiva.

Según Lino Dlaz en 2002 en vez de ello las tendencias actuales conciben a los usuarios de sustancias como una población heterogénea con múltiples factores que influyen para que la adicción se desarrolle.

Solo en cierto grado los pacientes con algún trastorno mental están en riesgo de consumir alcohol u otras drogas y a la inversa aquellos que consumen alguna sustancia adictiva pueden cursar enfermedades mentales.

Durante algún tiempo se pensaba y las investigaciones arrojaban una estrecha relación entre las amistades y la ingestión de sustancias adictivas, aunque ésto no es del todo falso no existen evidencias de que sea el único factor influyente para el consumo de drogas. La anterior tesis sigue vigente hasta nuestros días en la voz del pueblo y se explica por la necesidad de depositar responsabilidad en el exterior y no dentro de las familias.

Algunas investigaciones dicen que personas con amistades consumidores no desarrollaron la enfermedad y así existen numerosas investigaciones que nos hablan de que existen no uno, sino múltiples factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la enfermedad (CIJ 2002).

Estos factores se conocen como los que preceden al consumo de drogas, son denominados factores de riesgo, los cuales aumentan la probabilidad de una adicción.

La familia, la ocupación, los valores morales y religiosos, los intereses económicos y la reglamentación o las leyes prevalecientes para el uso o abuso de las sustancias adictivas, son factores importantes que influyen para que un sujeto se acerque o no, a las drogas.

También es importante mencionar la publicidad y los estereotipos o patrones de moda. Se encuentran los factores de tipo familiar, escolar, individual o de personalidad, de la comunidad, etc. (Moreno Kena, 2003)

2.4.2 Factores de riesgo familiar

Al interior de la familia existen factores que resultan ser promotores del consumo: una historia familiar de alcoholismo, es decir, abuso de Alcohol y/o uso de drogas ilícitas en uno o ambos padres y/o hermanos mayores incrementa el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas (CIJ, 2002).

Con las actitudes positivas hacia el consumo, en las familias en las que los padres consideran que beber alcohol o ingerir drogas ilegales es parte del desarrollo normal o “muestra de madurez”, habrá mayor consumo y tolerancia al mismo (Lukas 2001).

La pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto y violencia doméstica, abuso físico, sexual o emocional, frecuentes disputas matrimoniales son otros factores que se han encontrado asociados al consumo de drogas y en definitiva resulta importante considerar como factores de riesgo (Moreno Kena, 2003).

Se habla de los problemas de manejo de la familia. En donde las estrategias son inadecuadas, partiendo de la carencia de claras expectativas por la conducta de los hijos, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigos excesivamente severos o inconsistentes incrementa el riesgo de abuso de drogas.

El mismo autor comenta que la ausencia de normas claras y precisas, falta de límites en la familia, un estilo familiar autoritario o permisivo, familias desintegradas por divorcio o separación de los padres; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; bajas expectativas para el éxito sobre los hijos; la privación económica importante como el hacinamiento; la baja o nula religiosidad son factores que se encuentran asociados directamente al consumo.

2.4.3 Factores de riesgo emocionales y de personalidad

La imagen pobre de sí mismo ("baja autoestima"), el aislamiento social y la introversión, la actitud pasiva ante la vida, la falta de autonomía en la toma de decisiones son factores considerados de riesgo para el consumo de sustancias ya sea para el inicio del consumo o para permanecer en él (Rosovsky y Medina, 1998).

Se dice que la baja tolerancia a la frustración, los problemas con la búsqueda de la identidad, la tendencia a refugiarse en la fantasía para no enfrentarse y las conductas sexuales precoces son también factores que influyen en el inicio o mantenimiento del consumo (Linares, 1996).

Muchos esfuerzos están encaminados a ubicar trastornos de conducta, desconfianza, agresividad, inmadurez, egocentrismo, gusto por el riesgo en la edad escolar para prevenir el consumo es por tanto que se consideran factores de riesgo. (Chavez, 2005)

Los trastornos psiquiátricos, la ansiedad o depresión, hiperactividad o trastornos por déficit de atención sin un adecuado tratamiento han sido correlacionados con el consumo de sustancias y son considerados factores de riesgo. (Ogden y Nicol, 1997)

Otros de los factores son el abandono como parte de la historia de vida, la muerte de los padres en edades temprana, impulsividad y desadaptación social, baja tolerancia

a la frustración, es decir, desajuste afectivo dificultad para tolerar o modular los afectos. (Moreno Kena, 2003). Según Martha Alicia Chavez en 2005; la persona que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o en ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.

2.4.4 Factores de riesgo escolar

La temprana conducta antisocial, los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias.

Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia y por tanto la probabilidad de consumo de sustancias (Chávez, 2005).

Según Rosovsky y Medina Mora en 1998 el fracaso académico, si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente. El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible y por tanto a carecer de proyecto de vida que es un factor contemplado como influencia en el inicio del consumo.

2.4.5 Factores de riesgo de la comunidad

La privación económica y social, los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde (Moreno, 2002).

El bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria. Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos (CIJ, 2002).

Las transiciones y la movilidad son también factores que repercuten en el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas; también ocurre en las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad (Chávez, 2005).

Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad Los que se

asocian con iguales que utilizan drogas tienen mayor probabilidad de que también las consuman (Rosovsky y Medina Mora en 1998).

2.4.6 Factores biológicos o neuroquímicos

Según López en 2002 la actividad mental se genera a merced de un veloz intercambio de impulsos eléctricos y señales bioquímicas, mediados por distintos neurotransmisores cerebrales y sus respectivos receptores.

Las investigaciones en neurociencias se han centrado en el estudio de los sustratos neurales y los sistemas de neurotransmisores implicados en los mecanismos de reforzamiento (Castro, 2002).

La misma autora menciona que pese a que las sustancias de abuso son diversas y producen diferentes efectos en el organismo, convergen en la activación del sistema dopaminérgico cerebral (de recompensa). El encéfalo humano posee relativamente pocas neuronas dopaminérgicas.

El sistema de gratificación o de recompensa del sistema nervioso central (SNC) está directamente relacionado con el consumo y con la dependencia a sustancias, los componentes principales de dicho sistema son: sustancia gris, núcleos septales, amígdala, hipocampo, hipotálamo lateral; la corteza prefrontal, el polo temporal y el fornix. Es importante también el denominado haz medial del prosencéfalo, caracterizado por la gran cantidad de estructuras donde termina (Verona, 2003).

Lopez Antunez en 2001 dice que para la mayoría de sustancias de abuso con excepción del alcohol, se han identificado neurotransmisores o receptores específicos sobre los que estas sustancias ejercen sus efectos. Los principales neurotransmisores implicados en el desarrollo de abuso y dependencia son posiblemente los opioides, las catecolaminas (en particular la dopamina), y el sistema del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Mención especial merecen las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral. Estas neuronas se proyectan a las regiones cortical y límbica, especialmente en el núcleo accumbens. Esta vía responsable de la sensación de recompensa podría ser el principal mediador de los efectos de sustancias como la amfetamina y la cocaína.

El locus ceruleus, el grupo más importante de neuronas adrenérgicas, parece mediar los efectos de los opiáceos y los opioides. (Kaplan 2001)

Según Ladero en 2003 un elemento neurobiológico, en el que pudiera basarse el efecto de la mayoría de las drogas, es su capacidad para liberar endorfinas. Varios estudios muestran que los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y de péptidos opioides en el cerebro juegan un papel clave en estos procesos.

Por ejemplo, el alcohol aumenta la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica en regiones cerebrales asociadas a las vías de recompensa.

El alcohol y los péptidos opioides comparten muchas características farmacológicas y exhiben efectos similares sobre el comportamiento en animales y en el hombre. Se ha postulado al sistema opioide como posible mediador de los efectos reforzadores positivos del alcohol.

La dopamina es un neurotransmisor fundamental en el perfil de adicción a la cocaína. El alcohol, como la cocaína, modifica la transmisión dopaminérgica en áreas cerebrales asociadas a las vías de reforzamiento.

La ingesta de alcohol aumenta los niveles de dopamina y la actividad neuronal en el núcleo accumbens y otras áreas cerebrales. En particular, el alcohol aumenta la frecuencia de disparo de neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral. Estas neuronas proyectan principalmente a regiones límbicas y corticales del cerebro anterior, las cuales en conjunto han sido postuladas como los sustratos neurales de los efectos reforzadores de las drogas de abuso. La serotonina (5-HT) ha sido asociada con trastornos de ansiedad y comportamientos agresivos y antisociales, los cuales se manifiestan de manera importante en el alcoholismo. (Castro, 2001)

La administración de alcohol a ratas aumenta los niveles de metabolitos de serotonina en el núcleo accumbens, la corteza frontal y la parte anterior del estriado lo que sugiere una actividad serotoninérgica incrementada.

Una droga puede mimetizar o incrementar el efecto de un transmisor dado, denominado agonista o puede bloquear su efecto antagonista. Una droga, por ejemplo, puede estimular la liberación de un neurotransmisor dado, así las amfetaminas incrementan la liberación de norepinefrina y dopamina (Verona, 2003).

Acción sobre los receptores postsinápticos: una droga puede ejercer efectos similares a otras sustancias porque tiene una estructura similar a un neurotransmisor. Parte de los efectos de la nicotina los realiza por su similitud. La ingestión de drogas ejerce consecuencias sobre la organización de la personalidad subyacente, incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, anticiparse al peligro o a utilizar señales afectivas para activar los mecanismos de defensa, deficiente autoestima aunada a una escasa introyección del yo y de las imágenes objétales, alteraciones en el pensamiento y juicio, referidos a inmadurez y finalmente mecanismos de defensa y adaptación demasiado rígidos. (Inchaurraga, 1995).

Las teorías psicodinámicas se han centrado en hipótesis de un superyo demasiado punitivo y una fijación en el estadio oral en el desarrollo psicosexual. Es decir, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, las personas con un superyo duro y autopunitivo se vuelcan por ejemplo al consumo de alcohol como una vía para reducir su estrés inconsciente. La ansiedad de las personas fijadas en el estadio oral puede reducirse consumiendo sustancias por vía oral. (Amara, 2001)

La necesidad de explicar la relación entre el abuso de sustancias, los mecanismos de defensa, el control de los impulsos, las alteraciones afectivas, los mecanismos adaptativos han provocado un cambio desde las formulaciones de la psicología del yo. Una patología grave del yo se asocia a menudo con el abuso de sustancias y se considera secundaria a alteraciones profundas del desarrollo. Los problemas de relación entre el yo y los afectos emergen como el área principal del conflicto. (Kaplan 2001).

También desde este enfoque se habla de la relación con una madre castrante y/o distante y un padre ausente (Chávez, 2005).

2.4.7 Factores genéticos

Los pacientes con un trastorno relacionado con alcohol cuyos familiares tenían antecedentes de abuso alcohólico, es más probable que presenten formas graves del trastorno (Belssaso, 2001).

Lopez Antunez en 2001 menciona lo siguiente: datos muy consolidados señalan la existencia de un componente genético al menos en alguno de los trastornos relacionados con el alcohol. Dichos datos sobre la posible transmisión hereditaria de este trastorno son más firmes en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Es

tres o cuatro veces más probable que las personas con parientes de primer grado con este trastorno lo presenten. La fragmentación cromosómica es la técnica que se ha utilizado para realizar estudios genéticos en familias afectadas de trastornos relacionados con alcohol.

En el caso del alcoholismo apuntan que existe un factor genético en el sistema dopaminérgico mesoestriado ya que los hijos de padres alcohólicos pueden presentar una menor cantidad de dopamina y de sus metabolitos en el núcleo accumbens. (Medina-Mora, 1993).

2.4.8 Factores psicodinámicos

Los primeros intentos por explicar los mecanismos subyacentes al uso de sustancias estaban influenciados por la teoría de las pulsiones. La cual señala la gratificación libidinal que proporciona el objeto droga, así como sus efectos placenteros de tipo regresión (Ingelmo, 2000)

La ingestión de drogas ejerce consecuencias sobre la organización de la personalidad subyacente, incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, anticiparse al peligro o a utilizar señales afectivas para activar los mecanismos de defensa, deficiente autoestima aunada a una escasa introyección del yo y de las imágenes objéctales, alteraciones en el pensamiento y juicio, referidos a inmadurez y finalmente mecanismos de defensa y adaptación demasiado rígidos. (Inchaurreaga, 1995).

Las teorías psicodinámicas se han centrado en hipótesis de un superyo demasiado punitivo y una fijación en el estadio oral en el desarrollo psicosexual. Es decir, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, las personas con un superyo duro y autopunitivo se vuelcan por ejemplo al consumo de alcohol como una vía para reducir su estrés inconsciente. La ansiedad de las personas fijadas en el estadio oral puede reducirse consumiendo sustancias por vía oral. (Amara, 2001)

La necesidad de explicar la relación entre el abuso de sustancias, los mecanismos de defensa, el control de los impulsos, las alteraciones afectivas, los mecanismos adaptativos han provocado un cambio desde las formulaciones de la psicología del yo. Una patología grave del yo se asocia a menudo con el abuso de sustancias y se considera secundaria a alteraciones profundas del desarrollo. Los problemas de

relación entre el yo y los afectos emergen como el área principal del conflicto. (Kaplan 2001).

También desde este enfoque se habla de la relación con una madre castrante y/o distante y un padre ausente (Chávez, 2005).

2.5 Epidemiología

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia, relaciones y predicciones de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad. Consiste en la medición de la frecuencia de la enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente. (Kumate, 1995)

El fenómeno del abuso de sustancias en México comparte con la mayoría de los países del mundo formas de uso y tendencias, pero también se observan peculiaridades derivadas de las condiciones socioculturales locales. Los estudios que se han llevado a cabo en el país en esta línea, utilizan metodologías internacionales que permiten dar cuenta de los aspectos del fenómeno que se comparten con otros países los cuales, en mucho, se derivan de la globalización de costumbres y estilos de vida, entre los que se inscribe el uso de sustancias capaces de alterar la conciencia. (Tapia 2001).

El consumo de drogas ha tenido una variación en los últimos años. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores, de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha alcanzado a los niños y los sectores pobres de la población; nuevas drogas como las metanfetaminas aparecen en el mercado y el inicio del consumo se ubica en edades más tempranas. (Medina-Mora 2003).

El observatorio epidemiológico para alcohol, tabaco y drogas, de la Secretaría de Salud cuyo objetivo es proveer información en drogas para la toma de decisiones, tiene como fuente de información los primeros estudios sobre el consumo de drogas de los años 70s, la primera Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, la segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, la tercera Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, la cuarta Encuesta Nacional de Adicciones del 2002, los sistemas de información Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Centros de Integración Juvenil (CIJ), así como las encuestas en estudiantes.

Para tener un panorama epidemiológico del consumo de drogas en nuestro país es necesario tomar en cuenta las diferentes fuentes antes citadas, en este trabajo se hace una revisión principalmente a las Encuestas Nacionales ya que arrojan los datos importantes epidemiológicos en este campo.

En las Encuestas Nacionales se reportan los datos agrupados en tres rubros: alcohol, tabaco y otras drogas. El estudio se hace tomando en cuenta a la población rural y urbana de 12 a 65 años de edad y se desglosa por regiones geográficas, así como población adolescente y población adulta.

a) Alcohol

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en EU. y México (CONADIC,1998).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 señalan que existen en el país 32, 315,760 personas entre los 12 y 65 años que consumen alcohol. El volumen total de etanol consumido per cápita, por esta población alcanzó 2.79 litros y aumentó a 3.48 litros en la población urbana de entre 18 y 65 años de edad; y a 7.13 litros cuando se considera solo a los varones. En la población rural adulta, el consumo per cápita se estimó en 2.72 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años de edad, en tanto que en las mujeres el mayor consumo fue reportado en el grupo de 40 a 49 años, en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad.

En la población urbana entre 18 y 65 años de edad existen 13 581 107 hombres (72.2% de la población urbana masculina), y 10 314 325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta. En la población rural hay 357,775 varones (18.9%) y 185,422 mujeres (9.9%) (SSA, 2002).

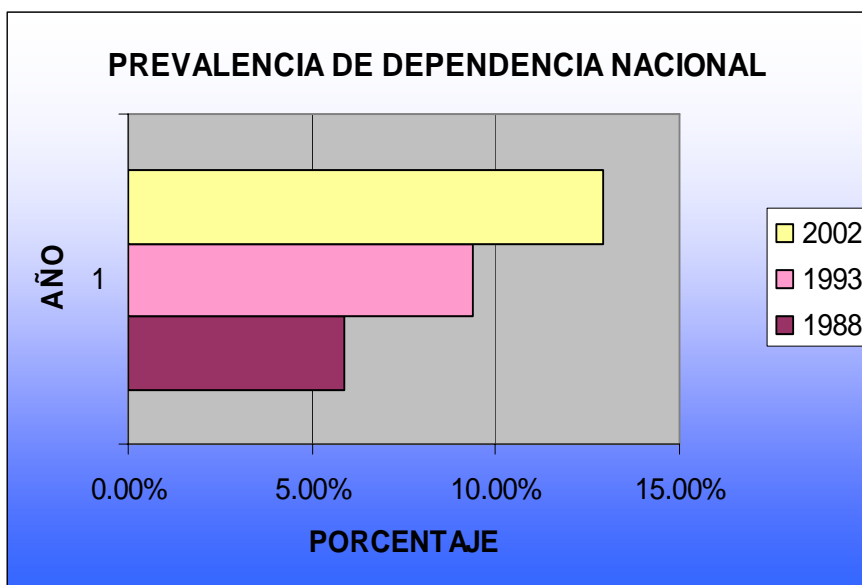
La prevalencia de bebedores en el nivel nacional muestra que la región Centro del país que incluye a los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Colima, Jalisco, Nayarit, Zacatecas, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Estado de México tiene el mayor porcentaje del consumo con 61.8%.

La región sur que comprende los estados de Michoacán, Guerrero, Veracruz, Tabasco, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca y Chiapas tiene un 55.2% del consumo.

En Tanto el menor índice de consumo se presentó en la región norte que abarca los estados de Baja California (sin considerar Tijuana) Baja California Sur, Sonora, Sinaloa Durango, Chihuahua (sin considerar Ciudad Juárez), Coahuila, Tamaulipas (sin considerar Matamoros), San Luis Potosí y Nuevo León con 53.1% del consumo.

El tipo de bebida de mayor consumo a nivel nacional es la cerveza con 67%, aproximadamente la mitad de la población bebedora consume destilados con 41%, vinos de mesa el 11.6% los coolers un 12.8% pulque 5.4 % y alcohol de 96 grados un 2.3%. En esta encuesta se encontró que los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en población rural y 11.6% en población urbana), en segundo lugar los problemas con autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y el 3.7% en zona rural) el haber sido arrestados mientras conducían después de haber consumido alcohol (3.2% y 2.4% respectivamente).

La siguiente figura muestra un incremento de la prevalencia de dependencia al alcohol a nivel nacional según la encuesta Nacional de Adicciones de 1988, 1993 y 2002. (Ortiz, 2001).



b) Drogas ilegales sin tomar en cuenta al tabaco y al alcohol

El consumo de drogas ilegales sin tomar en cuenta el alcohol y el tabaco se ha incrementado de forma intensa. El consumo de drogas como la cocaína muestra un considerable aumento, para 1988 el consumo de esta sustancia tenía un índice de 0.33%, mientras que para 1998 ya mostraba un índice de 1.45% (ENA 1988, 1998)

Así mismo el consumo de marihuana en 1988 mostraba un índice de 2.99% mientras que para 1998 se había incrementado hasta el 4.70% (CONADIC, 1998)

Por otro lado las tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, por sexo en la población Urbana de 12 a 65 años, comparando la Encuesta Nacional de Adicciones 1993 con la de 1998, tenemos que en 1993 el 7.32% de consumidores eran hombres mientras que el 0.76% eran mujeres, y en 1998 el 11.9% de consumidores eran hombres mientras que el 0.87% eran mujeres.

Más recientemente la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 señala que hay 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años que han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta (SSA, 2002)

La prevalencia por regiones indica que la Región Norte del país es la más afectada con un 7.45%, le siguen las regiones del Centro con 4.87% y la del Sur con 3.08%

Las tendencias del consumo de drogas por sexo en población de 12 a 65 años alguna vez en la vida indican que el consumo de drogas es más frecuente entre los hombres con una proporción de 4 hombres por cada mujer.

En ambos grupos el consumo es mayor en la zona norte, en segundo lugar aparece la Región Centro y finalmente la Sur. La menor diferencia en los índices de consumo entre hombres y mujeres se observa en la región Centro con una proporción de 3.3 hombres por cada mujer, en la región Sur se observa la mayor diferencia con una proporción de 5.2 hombres usuarios por cada mujer, en la región Norte la proporción es de 4.5 a 1.

En cuanto al consumo por grupos de edad en el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez en la vida,

el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439) y entre 35 y 65 años, 1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres). El mayor índice de consumo se observa entre los varones de 18 a 34 años.

c) Variaciones en el consumo en la población urbana y rural.

El 5.57% de la población urbana, que representa 2.9 millones ha usado drogas; en el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34%, con un total de 563,242 personas. En el año previo al estudio, 911,359 personas (1.31%) habían estado expuestas al uso de una o más sustancias, 756,132 (1.43%) en la zona urbana y 155,227 (0.92%) en la zona rural. El uso en el último mes fue reportado por el 0.87% de la población urbana y 0.64% de la población rural (SSA, 2002).

d) Variaciones por tipo de droga ilegal

La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el más expuesto, la proporción aumenta a 10.01%. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de crack.(SSA,2002)

La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (Kuri, 2004).

El consumo de drogas entre adolescentes según la encuesta Nacional de Adicciones 1998. Los índices de consumo de sustancias en adolescentes de 12 a 14 años son bajos; entre los varones oscilan de 2.5% en el caso de la marihuana, a 0.2% en el de alucinógenos; entre las mujeres los índices fueron aun menores, oscilando entre 0.5 y 0.1 % para estas mismas dos sustancias (Medina Mora 2003).

2.6 Factores asociados con el inicio del consumo

Los inhalables son las sustancias de inicio más temprano, seguidos por la marihuana; el consumo de cocaína se inicia a partir de los 11 o 12 años, sin embargo, cuando adolescentes inician el uso después de los 14 años, es más probable que lo hagan con marihuana o cocaína que con sustancias inhalables. Las calles y los parques son los lugares en donde con más frecuencia se obtienen las diferentes drogas; Las razones más importantes en los varones para usar drogas fueron ver si les gustaba (27%); porque les dijeron que se sentía bien (22%) o por que sus amigos las estaban usando (16%) (ENA, 2002).

2.7 Efectos del consumo

Los efectos del consumo de sustancias dependen básicamente del tipo de sustancia que se consuma de acuerdo a su farmacología, de la dosis utilizada, y de las condiciones físicas y mentales del sujeto. Los efectos pueden dividirse en efectos agudos y efectos crónicos del consumo. A continuación se hace una revisión general de los efectos de las principales sustancias de abuso

2.7.1 Alcohol

Según CIJ en 2005 el alcoholismo es un desorden multifactorial en el que intervienen factores biopsicosociales. El etanol es una sustancia de consumo legal que se encuentra contenida en las bebidas alcohólicas. El alcoholismo es considerado como una enfermedad.

Habitualmente la vía de administración del etanol es oral, sin embargo la absorción puede llevarse a cabo en casi todas las mucosas del cuerpo.

A los 50 miligramos las respuestas y reacciones se identifican y los procesos mentales integrativos comienzan a alterarse. A una concentración de entre cien y ciento cincuenta la mayor parte de las personas muestran signos evidentes de intoxicación, mostrando ataxia y un lenguaje disártrico. Si la ingestión continúa, las funciones físicas y cognitivas se alteran, pudiendo llegar al deceso tras el estado de coma.

El etanol es una sustancia que produce un efecto depresor del sistema nervioso central, especialmente en las estructuras responsables de los procesos de integración superior y muy particularmente en el sistema activador reticular ascendente y la corteza cerebral.

Una vez liberada la corteza del control ejercido por otras estructuras nerviosas, los procesos del pensamiento ocurren en forma generalizada interfiriendo con la calidad de ejecución de las acciones motoras, las emociones y los afectos.

Los reflejos espinales al inicio de la intoxicación se encuentran aumentados, pero una vez que la profundidad de esta avanza, los reflejos se deprimen y aparecen una anestesia generalizada. El consumo continuado de etanol genera tolerancia.

Durante la intoxicación aguda puede presentarse desinhibición, tendencia a discutir, agresividad, labilidad afectiva o inestabilidad del humor, deterioro de la atención, juicio alterado, interferencia en el funcionamiento interpersonal; existe también marcha atáxica, dificultad para mantenerse en pie, disartria(dificultad para articular palabras), nivel de conciencia disminuido, enrojecimiento facial, inyección conjuntival.

Cuando la intoxicación es grave, pueden además coexistir la hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos ostotendinosos.

a) Abstinencia

El síndrome de abstinencia es un fenómeno provocado por la supresión del consumo éste puede ser particularmente peligroso y poner en riesgo la vida del paciente, especialmente cuando la intoxicación ha sido intensa y prolongada o existen antecedentes de delirium tremens o de comorbilidad física asociada, como diabetes, epilepsia, etc.

Durante la abstinencia puede presentarse diaforesis, temblor de lengua, párpados o de manos, náusea, vómito, taquicardia, hipertensión, agitación psicomotora, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales, táctiles o ambas. Además puede presentarse convulsiones tónico-clónicas.

Como trastornos físicos del consumo crónico puede producir hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática la cual provoca daño orgánico a otros niveles como encefalopatías, sangrado de tubo digestivo; como una complicación de la ingestión crónica puede presentarse también pancreatitis aguda, desnutrición o neuropatías etílicas.

Así mismo pueden presentarse trastornos psiquiátricos como deliriumns tremens, alucinosis alcohólica, encefalopatía de Wernicke, trastorno amnésico alcohólico o síndrome amnésico fabulatorio de Korsakoff y demencia alcohólica.

2.7.2 Cocaína

La cocaína se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, que pertenece a la familia de las eritroxileas. Su principio activo se encuentra en las hojas. De los alcaloides que componen la hoja, hay tres grupos importantes que son: la metilbenzoilecgonina, que es la cocaína propiamente dicha; la metilcinamilcocaína y la alfa y beta trujillinas.

Refiriendo a Centros de Integración Juvenil en 2005 la cocaína se clasifica como estimulante y anestésico local. Actualmente no tiene uso médico. Puede introducirse en el organismo empleando varias vías de entrada: aspiración, inhalación, endovenosa, subcutánea, por vía oral, y por mucosas rectal y vaginal.

a) Intoxicación aguda

Se divide en tres fases

- Estimulación:

Caracterizada por excitación neurológica, la cual se presenta en forma rápida, existe cefalea, hipertensión arterial, taquicardia, náuseas, taquipnea (respiración rápida) y vómito.

- Estimulación avanzada:

Se caracteriza por un cuadro de intoxicación severa, con agitación psicomotora, alteraciones de la esfera mental, con alucinaciones, ideas paranoides, hipertensión arterial, epistaxis, y eventualmente convulsiones tónico-clónicas, taquicardia, severa hasta de 170 pulsaciones por minuto.

El cuadro de hipertensión arterial puede desembocar en evento cerebrovascular, especialmente por hemorragia subaracnoidea, y la taquicardia puede provocar un cuadro de fibrilación ventricular.

Durante esta etapa está indicado el manejo y observación médica.

- Fase de depresión:

En esta se presenta ideación suicida; se observa la reversión de los signos descritos en las dos primeras fases y cursa entonces con hipotonía muscular, disminución de los reflejos osteotendinosos, eventualmente parálisis muscular, falla cardíaca, colapso cardiovascular, hipotensión severa y bradicardia (latidos lentos). La muerte puede

ocurrir con dosis de 1 gramo vía venosa, aunque se han descrito muertes con dosis de 30 miligramos.

b) Intoxicación crónica

Se presentan efectos de dos clases:

Neuropsiquiátricos: Se presentan ideas paranoides y suicidas: Pueden ocurrir infarto cerebral, alucinaciones, especialmente de tipo táctil, alteraciones del sueño y complicaciones neuroinfecciosas como abscesos cerebrales.

Fisiológicos: Se ven afectados varios sistemas: en el cardiovascular pueden presentarse vasoespasmos (contracciones) coronarios, angina de pecho, inflamación del músculo cardíaco y pueden desarrollarse infartos agudos del miocardio; en el respiratorio, se presenta infecciones respiratorias altas y bajas, alteraciones en el intercambio de gases alveolo capilar y son frecuentes las neumonías de repetición. En el sistema reproductor se han relacionado casos con abortos repetidos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas y placenta previa. Los hijos de consumidoras crónicas presentan peso bajo al nacer y tienen mayor predisposición a la enfermedad que los hijos de no consumidores.

Los signos fisiológicos predominan en los casos de consumo agudo, en tanto que los neuropsiquiátricos lo hacen en los casos de consumo crónico.

2.7.3 Marihuana

Tiene su origen del cáñamo de la india, es obtenido de los extremos de las plantas del cáñamo. La planta del cáñamo de la india sintetiza no menos de 600 compuestos químicos, de los cuales más de 60 son cannabinoides. Los tres más abundantes incluyen canabinol, canabidiol y varios isómeros del tetrahidrocanabinol. El tetrahidrocanabinol es el responsable de la mayoría de los efectos psicológicos de la marihuana. Se clasifica como estimulante y alucinógeno (Tapia, 2001).

a) Efectos

El tetrahidrocanabinol ejerce sus efectos más importantes sobre el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular. Las respuestas de la conducta varían en función de las dosis, vía de administración, marco, de la experiencia y expectativas de los sujetos y vulnerabilidad individual a ciertos efectos sicóticos.

Efectos sobre el sistema nervioso central: Una dosis oral de 20 miligramos de tetrahidrocanabinol o el fumar un cigarrillo que contenga 2% de Tetrahidrocanabinol produce efectos sobre el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, el sensorio, el sentido del tiempo y la autopercepción.

Este mismo autor menciona que es más frecuente la sensación de bienestar o euforia, acompañada por sensación de relajación y somnolencia cuando los sujetos están solos. La memoria reciente está alterada y se deteriora la capacidad de realizar tareas que requieran pasos mentales múltiples.

Este efecto sobre la conducta dependiente de la memoria y dirigida hacia un objetivo ha sido denominado desintegración temporal y se correlaciona con una tendencia de confundir el pasado, el presente y el futuro y con despersonalización, una sensación de extrañeza e irrealidad hacia el propio ser. Aún las dosis bajas afectan el equilibrio y la estabilidad de la postura.

Puede presentarse disminución de la fuerza muscular y de la seguridad de las manos. Los procesos más complejos incluyendo la percepción, la atención y el procesamiento de información requeridos para manejar, son deteriorados por dosis equivalentes a uno o dos cigarrillos; la alteración persiste durante 4 a 8 horas.

Frecuentemente los fumadores de marihuana manifiestan aumento del apetito, boca y garganta seca, imágenes visuales más vívidas y un sentido de audición más agudo. En las dosis sociales usuales, la marihuana disminuye la empatía y percepción de emociones en otros. La claridad del diálogo secuencial está alterada y las ideas y palabras irrelevantes se introducen en la corriente de comunicación. Existe la sensación de que el tiempo pasa con mayor lentitud. Los consumidores crónicos de marihuana pueden presentar apatía, torpeza, deterioro del juicio, la concentración, la memoria y pérdida del interés en el aspecto personal y en la persecución de objetivos convencionales. Esto se denomina síndrome amotivacional.

2.7.4 LSD

Es un derivado semisintético del cornezuelo del centeno. Ha sido la molécula que ha caracterizado a los alucinógenos. En la actualidad no tiene uso médico. La vía de ingreso al organismo es oral en líquido o tabletas.

Presenta dos mecanismos de acción sobre neurotransmisores del sistema nervioso central, específicamente sobre el sistema de la serotonina, lo que hace que se den dos respuestas en el organismo, una de tipo simpaticomimético y otra parasimpaticomimética, de tal forma que el cuadro nunca va a ser el mismo, por que va a predominar dependiendo de la dosis, el tiempo de exposición y de susceptibilidad del sujeto uno u otro cuadro o manifestarse ambos.

Los efectos clínicos pueden ser de dos tipos: neurológicos y mentales o neuropsiquiátricos, igualmente presenta efectos fisiológicos primarios.

Los efectos neuropsiquiátricos son los más importantes, predominan sobre los mentales y fisiológicos. Los efectos neuropsiquiátricos están relacionados con los mismos efectos que produce el estrés como son ansiedad, crisis de pánico, alteraciones de la percepción como ideas paranoides con delirios de persecución, ideas suicidas, alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas o táctiles, presentan un fenómeno que es la fragmentación de la orientación, lo que hace que el individuo esté desorientado en tiempo y espacio, pero permanece siempre orientado en persona.

Entre los efectos fisiológicos están los que dependen del sistema simpático que se manifiestan por midriasis, taquicardia, hipertensión, hipertermia, taquipnea y ataxia.; también los efectos que dependen del sistema parasimpático los cuales se caracterizan por sialorrea, diarrea, broncoconstricción, náuseas o vómito.

Cuando se presentan los efectos parasimpáticos, el sujeto experimenta un “mal viaje”. Dosis orales de tan solo 20 a 25 microgramos producen efectos sobre el sistema nervioso central.

2.7.5 Opio y derivados.

El opio se obtiene de las cápsulas de semillas no maduras de amapola. Los opiáceos son todos los fármacos derivados del opio e incluyen la codeína, la morfina y derivados semisintéticos. Los opioides son sustancias que tienen una actividad semejante a la morfina.

Las sustancias derivadas del opio pueden ser administradas de diversas maneras; por vía oral se administran principalmente el tramadol, la morfina, la codeína y la hidromorfona. Por vía rectal en forma de supositorios el tramadol y la morfina. Por vía

sublingual se aplican la buprenorfina. La heroína, principalmente se aplica por vía endovenosa.

2.7.6 Morfina

Se clasifica como narcótico depresor del sistema nervioso central. Se usa médicamente como analgésico de alta potencia. Se presenta líquida, en tabletas o polvo blanco para dilución y aplicación inyectable. Produce dependencia física, la supresión brusca produce síndrome de abstinencia.

Los efectos sobre el sistema nervioso central son euforia o prevenir las molestias que ocasiona la abstinencia. Los efectos de una dosis alcanzan máxima intensidad a los 20 minutos: sensación abdominal similar al orgasmo, enrojecimiento de la piel, constipación, miosis, disminución de la frecuencia respiratoria y cardíaca, ligera disminución de la temperatura corporal y espasmos de la musculatura lisa y de los esfínteres.

En el consumidor de opiáceos suelen presentarse miosis (cuando se cierran las pupilas), constipación, depresión respiratoria y trastornos menstruales que llevan hasta la amenorrea en mujeres consumidoras crónicas.

Los estigmas de la farmacodependencia cuando su uso es por vía parenteral, consisten en múltiples huellas de punción subcutánea y venosa, con obstrucción linfática vecina y linfoedema por fibrosis; en la piel y en el tejido subcutáneo son frecuentes los granulomas de cuerpo extraño con cristales. En los pulmones es común la presencia de granulomas con cristales y a veces hipertensión pulmonar en el consumidor crónico.

En la sobre dosis existe edema y hemorragias alveolares. A nivel hepático infecciones por virus A y B. En el corazón se han descrito cuadros de miocarditis focal.

El síndrome de abstinencia por retiro brusco o por suministro de dosis inadecuadas originan ansiedad, diaforesis, calambres abdominales, hiperpirexia, sequedad bucal, náuseas, vómitos y diarrea ocasionalmente.

2.7.7 Metilendioximetanfetamina (MDMA) “Extasis”

Es una sustancia derivada de las anfetaminas, que está relacionada químicamente con los estimulantes y los alucinógenos. La MDMA es una fenilsopropilamina que

pertenece al grupo de las fenilalquilaminas. La vía de administración más frecuente es la oral pero también se puede inhalar, está disponible en tabletas, cápsulas y polvo.

La sustancia que se consigue como “éxtasis” puede estar adicionada de otras sustancias tales como cafeína, ketamina, otras anfetaminas acetaminofen, mezcalina, etc. Aunque el mecanismo de acción aun no esta bien dilucidado se sabe que altera la actividad de la serotonina y la dopamina.

a) Efectos agudos.

Produce taquicardia, hipertensión arterial y aumento de la frecuencia respiratoria y la temperatura. Se presenta midriasis, excitación, logorrea, alucinaciones, temblor, hiperreflexia. Además produce síntomas mentales como euforia, sentimiento de intimidad y de cercanía con otros, aumento de la autoestima, disminución de la autocrítica, insomnio. Produce también anorexia y deshidratación.

En el llamado “mal viaje” aparte de los síntomas anteriores pueden presentar reacciones de pánico, mucha ansiedad, temor, agresividad, conductas autodestructivas y delirios paranoides.

Otras complicaciones son arritmias severas, paro cardiorrespiratorio, hipertermia, convulsiones, crisis hipertensivas, infarto y hemorragia intracerebral, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, falla renal y muerte.

b) Efectos crónicos

El consumo de “éxtasis” puede agravar enfermedades preexistentes, tales como arritmias, hipertensión arterial, epilepsia y enfermedades psiquiátricas.

Con el consumo crónico se presenta pérdida de peso, irritabilidad, falla hepática, trastornos hidroelectrolíticos y hemorragia intracraneal espontánea. Psicosis paranoides crónicas y depresiones severas con ideación suicida también pueden ser producidas.

Puede presentarse además, “flash backs” que corresponden a la aparición de los síntomas producidos por el éxtasis sin haberlo consumido recientemente o desencadenados por el consumo de sustancias deferentes. Esta alteración se conoce como trastorno perceptual persistente por alucinógenos.

2.7.8 Benzodiazepinas

Tienen múltiples formas de presentación comercial; sus efectos son tranquilizar produciendo algún grado de sedación, y probablemente sea uno de los fármacos de patente de los que más se abusa en el mundo. En general todas las benzodiazepinas, en mayor o menor grado, inducen a dependencia psíquica, física, tolerancia y severo síndrome de abstinencia; una de las características que lo revisten de gran severidad son las convulsiones; se han comunicado además síndromes de abstinencia en recién nacidos, hijos de madres adictas a estas sustancias. Además los problemas de abuso y dependencia a sustancias tienen diferentes causas, vertientes y consecuencias individuales tanto físicas como psíquicas, familiares, como presiones, dificultades en la comunicación, y en la asunción de roles, y sociales como problemas económicos, laborales, educativos, de adaptación estigmatización entre otros (Serna,1997).

2.8 Diagnostico

El diagnostico del paciente adicto requiere de un gran conocimiento sobre el tema de parte de los profesionales de salud. En nuestro medio es habitual que el paciente adicto acuda primeramente con el medico, la mayoría de las veces, con la finalidad de disminuir los síntomas de un cuadro de intoxicación aguda o de algún cuadro de abstinencia.(Míquez,1998).

El desconocimiento del proceso de adicción como una enfermedad, hasta hace muy poco tiempo, relegaba al paciente a recibir la atención aguda en alguna sala de urgencias o clínica y para posteriormente, generalmente de manera inadecuada, canalizarlo algún tipo de lugar o dependencia que se relacione con el tratamiento de las adicciones.

La falla en el diagnostico genera que el proceso adictivo persista a través del tiempo con las esperadas consecuencias de la enfermedad. Como todas las enfermedades la dependencia a sustancias genera una serie de signos y síntomas los cuales tienen que investigarse y documentarse.

Para que se lleve a cabo un diagnóstico el profesional de la salud debe tomar en cuenta el tipo de sustancia y su historia de consumo, así como el cuadro nosológico que presente en el momento de la atención. (Lukas2001)

Detección temprana es una estrategia terapéutica, que combina la identificación de los riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos. Una vez realizada la detección se procede a

efectuar la referencia de casos. Según la Norma oficial 028 de la Secretaría de Salud para efectuar dicha referencia se deberá enviar a un establecimiento que asegure el tratamiento del paciente, debiendo cumplir con los requisitos del establecimiento al que será remitido, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo.

Una herramienta diagnóstica con la que actualmente se cuenta es el manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales de la American Psychiatry Association (DSMIV). La cuarta edición es su edición más reciente.

Para efectuar el diagnóstico de dependencia según el citado manual, se señala la presencia de por lo menos tres de los siguientes criterios:

1. Tolerancia, que implica:
 - a) La necesidad de incrementar la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Reducción importante de los efectos con el uso continuo y con la misma cantidad de sustancia.
2. Abstinencia, manifestada por:
 - a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia
 - b) Ingestión de la misma sustancia, o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Administración de la sustancia en mayores cantidades o períodos más prolongados de lo que se pretendía. Deseo persistente o esfuerzos poco exitosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.
4. Inversión de una gran cantidad de tiempo para obtener la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos.
5. Reducción o abandono importante de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de la sustancia.
6. Uso continuado de la sustancia a pesar de la presencia de problemas físicos recurrentes o persistentes, presumiblemente causados o exacerbados por la sustancia.

2.9 Pruebas de Diagnostico

- IDARE
- DAST
- Escala de auto concepto Tennessee
- Escala de locus de control
- Cuestionario Fagestrom
- Cuestionario de indicadores orgánicos de ansiedad
- Cuestionario sobre farmacodependencia
- Escala familiar FES forma S
- Escala de ansiedad manifiesta
- Cuestionario de tolerancia a la nicotina
- Actitudes sobre el consumo de alcohol
- SADD
- AUDIT

2.10. Tratamiento

Existen muchas dificultades en el ámbito del tratamiento de las adicciones ya que no existe evidencia científica sobre un modelo terapéutico que pueda ser aplicable de manera sistemática en todos o la mayoría de los casos.

Los procedimientos terapéuticos para tratar el abuso de sustancias varían en función de cada una de ellas, del patrón de consumo, de la disponibilidad de un sistema de apoyo psicosocial y de las características individuales del paciente (Lukas 2001).

En general, los programas de tratamiento persiguen dos objetivos principales. El primero de ellos es la abstinencia de la sustancia. Aunque algunas personas han sido capaces de cambiar un patrón de consumo de abuso a un patrón de consumo moderado, son la excepción, ya que para la mayoría la abstinencia total es la única manera de controlar el problema. El segundo objetivo es obtener el bienestar físico y psicosocial del paciente. Durante los prolongados periodos de abuso, a menudo se produce un deterioro importante de los sistemas de apoyo psicosocial del paciente. Un apoyo psicosocial adecuado es de gran utilidad para facilitar los complejos cambios conductuales que son necesarios para que un paciente abandone el abuso de sustancias (Serna, 1997).

La terapia inicial de estos pacientes puede llevarse a cabo tanto ambulatoriamente como en régimen de hospitalización.

La modalidad residencial ofrece la posibilidad de alojar a las o los usuarios en los establecimientos destinados al tratamiento de las adicciones.

La moralización de la enfermedad, el rechazo de los profesionales de la salud, un diagnóstico equivocado o la referencia automática de pacientes a instituciones inadecuadas ejemplifican un manejo terapéutico inadecuado (Lino Díaz, 2002).

En el campo de la salud mental y de la psiquiatría de las adicciones, se utiliza la expresión comorbilidad psiquiátrica o diagnóstico dual para indicar la presencia simultánea de un trastorno mental y uso de alcohol y otras sustancias; denotando con ello la coexistencia de dos trastornos independientes, pero invariablemente interactuantes.

Los pacientes que presentan este tipo de padecimiento requieren de un abordaje que identifique el trastorno primario que condiciona la sintomatología o que se presenta como el resultado del uso de drogas.

Lino Díaz afirma que es indispensable realizar una historia clínica completa que posibilite esclarecer e identificar las posibles causas del trastorno psiquiátrico primario: establecer un correcto diagnóstico que permita discriminar si la sintomatología se correlaciona con el uso de alcohol y otras drogas, o bien si corresponde a otra entidad nosológica. Algunos pacientes cursan más de dos trastornos y en este caso los principios aplicables a los trastornos duales también son de utilidad para trastornos múltiples. Los pacientes con diagnóstico dual requieren de tratamientos más prolongados y presentan problemas médicos más severos.

Todo lo anterior explicaría en gran medida el caso de los pacientes que recorren innumerables instituciones dedicadas al tratamiento de las adicciones sin una notable mejoría.

Los pacientes que presentan episodios psicóticos, esquizofrenia, trastornos afectivos y de personalidad por ejemplo necesariamente requieren de farmacoterapia misma que no todos los modelos de tratamiento ni instituciones cuentan. Lamentablemente y debido a ello la posibilidad de recuperación disminuye y el deterioro de todas las áreas de la vida aumenta.

Invariably debe existir un manejo médico durante el síndrome de abstinencia y de intoxicación. La falta de una atención profesional genera en algunos casos la muerte del paciente (Currie, 1999).

La fuerza que sustenta un buen servicio de atención en el campo de las adicciones debe incluir un enfoque de tratamiento multidisciplinario con énfasis en los componentes bio-psico-sociales combinado con el conocimiento de las drogas de abuso y la utilización de programas adjuntos que hayan demostrado eficacia auxiliar en el manejo de estos pacientes (CIJ, 2002).

En México la ley general de salud establece la normatividad para la Prevención, Tratamiento y control de las adicciones a través de la norma oficial 028 S.S.A-2.1999.

Bajo esta Norma existen varios modelos de tratamiento; modelo profesional, de ayuda mutua, mixto y modelos alternativos.

2.10.1 Modelo profesional

El modelo profesional ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud como médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.

El trabajo en conjunto permite abarcar más áreas de la vida del paciente y disminuir el dolor durante la desintoxicación.

Dentro del modelo profesional existen varios programas que combinan el manejo médico y el psicológico. Se encuentran por ejemplo las clínicas de metadona que trabajan con el objetivo de disminuir paulatinamente la ingestión de heroína vía endovenosa al tiempo que se le brinda terapia psicológica individual y de grupo tanto al paciente como a sus familiares.

Los Centros de Tratamiento Residencial que se basan en un modelo profesional manejan varias fases de Tratamiento (Cárdenas, 2006)

Desintoxicación: que consiste en un proceso de atención médica que ayuda al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar la estabilización de su funcionamiento emocional y físico con el menor malestar posible.

Rehabilitación: (proceso medico-psicológico que persigue evitar la reanudación del consumo y tratar de dar elementos a los pacientes para controlar los impulsos que los llevan al abuso de sustancias y mejorar su desempeño familiar y social.

Prevención de Recaídas: (Proceso de asesoramiento individual y grupal sobre factores que pueden proteger o evitar recaídas, seguimiento de psicoterapia y /o farmacoterapia o inclusión a un grupo.

Existe un término aplicado al modelo profesional llamado **Comunidad Terapéutica Democrática:** Con este modelo se trata de establecer un sistema democrático en la unidad de tratamiento. Se privilegia una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal: la información la toma de decisiones y la solución de problemas. Según el último congreso Internacional de Fármacodependencia. La resolución de conflictos es desde los recursos en donde el conflicto es tomado como algo positivo e ineludible que debe ser centro del trabajo terapéutico. Se reconceptualiza que el conflicto es una herramienta de transformación.

2.10.2 Ayuda mutua

Su propósito fundamental es apoyar al enfermo a lograr la abstinencia. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de A. A.". Estas agrupaciones son dirigidas y atendidas por personas recuperadas de la dependencia. . Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo, se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.

a) Programa de los doce pasos

Alcohólicos Anónimos, es una asociación mundial de hombres y mujeres que comparten entre sí sus experiencias, fortalezas y esperanzas, como un esfuerzo de recuperarse del alcoholismo.

Este grupo se basa en el programa de los doce pasos para la recuperación, que actúa como una guía personal hacia la sobriedad. Este plan es una fuente muy poderosa de información, valor, fortaleza y esperanza para sus miembros. Ofrece un soporte para la recuperación en el proceso del desarrollo personal que alienta la búsqueda interna y

los aspectos de la vida que se han visto afectados por el uso de alcohol y drogas. (AA ,1998).

Es el programa que más personas recuperadas en adicciones ha brindado en el mundo (OMS, 2002).

2.10.3 Modelos alternativos

Son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario. (Norm-028,1999). Por mencionar algunas la acupuntura, la aromaterapia, la meditación son técnicas utilizadas como complemento al tratamiento de las adicciones.

Modelos basados en la fe.

Es uno de los más representativos que basa su filosofía en provocar un cambio en el individuo a través de la espiritualidad. Los centros mas conocidos basan sus enseñanzas en el conocimiento de la Biblia.

2.10.4 Modelo mixto

Se considera como **modelo mixto** ya que en el colaboran profesionales de la salud y grupos de ayuda mutua.

Desde 1948 y 1950 se fundaron tres centros pioneros con un trabajo clínico sistemático para desarrollarlo y revisarlo. Es también llamado Minnesota ya que surgió en esa ciudad en Estados Unidos de Norteamérica..

Ofrece servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.

2.11 Reconocimiento de la enfermedad

En las líneas de ayuda, en los centros de prevención y tratamiento y en general en las instituciones dedicadas a la rehabilitación se escucha como los familiares se quejan de que el enfermo no quiere tratamiento o los médicos se quejan de que los pacientes minimizan su consumo y no dan datos fidedignos del mismo lo anterior se debe a múltiples factores que he descrito.

También puede explicarse bajo la premisa de que muchos de ellos llegan con frustración, síntomas de depresión que imposibilita el reconocimiento de la enfermedad como tal.

2.12 Enfoques y modalidades en psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento para los problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques. A continuación se mencionan tres de los utilizados en el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia a sustancias. Así mismo, se presentan las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas.

2.12.1 Cognitivo conductual

Este modelo se originó para contender contra la depresión y la ansiedad (Beck, 1988). Su fundamento reside en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, con miras a reducir o eliminar las conductas y sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos que se asocian a las conductas y sentimientos de los usuarios de sustancias.

Para promover la motivación, se basa en técnicas de persuasión sociopsicológica. Destaca la empatía como instrumento para enfatizar las ventajas e inconvenientes de la conducta adictiva, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia a través de la reflexión, desarrollando aptitudes para enfrentar el estrés interno y externo, así como el aprendizaje de los motivos de reanudación del consumo. Así mismo, fomenta y refuerza las capacidades y conductas sociales para evitar el uso de sustancias.

2.12.2 Sistémico

Esta teoría busca entender y analizar como un sistema se ve a sí mismo dentro de su realidad, a partir del contexto que lo rodea lo cual incluye principios, normas sociales, valores, educación, etcétera, es decir, los elementos culturales en que se desenvuelve el sistema familiar.

Con base en estos aspectos, se hacen intervenciones retomando recursos que ayudan a que la familia esclarezca su forma de vivir, tomando en cuenta que en sus relaciones interpersonales, ellos construirán un nuevo conocimiento de interacción, con el que podrán enfrentar situaciones que le sean conflictivas.

Por eso, las técnicas y estrategias de intervención, van enfocadas a incidir en las relaciones familiares con el mundo que las rodea, y a su vez en como éstas influyen en su interacción familiar, para que el sistema reflexione y decida la manera de interactuar entre sus miembros.

En cuanto al abuso y dependencia a sustancias, este modelo plantea retomar alternativas basadas en los recursos sociales con los que cuenta la familia y la percepción que tienen de sus propias reglas, principios y valores que permitan enfrentar de otra forma la situación del consumo, sin que esto llegue a generar nuevos conflictos que agudicen más la problemática.

2.12.3 Psicodinámico

Se fundamenta en el marco teórico-técnico del psicoanálisis, que de manera esquemática podría presentarse así: el ser humano cuenta con un aparato psíquico que esta estructurado y conformado por instancias o partes (yo, ello, superyo), que interactúan entre si como respuesta a los estímulos tanto internos como externos. Su funcionamiento psíquico esta determinado por principios y mecanismos no concientes, que puestos en acción buscan mantener una adecuada interacción del sujeto con su realidad. (Inchaurraga,1995) La psicoterapia psicodinámica con sus técnicas, tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento de dicho aparato psíquico, con el fin de regular adecuadamente la conformación de la personalidad del ser humano, reflejado en un estilo de vida satisfactorio y gratificante.

2.13 Modalidades de terapia psicológica.

2.13.1 Psicoterapia individual.

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad terapéutica.

Los aspectos principales a trabajar en una psicoterapia individual, son las siguientes:

Las razones que llevan al paciente a la psicoterapia y las que pueden hacerle permanecer en ella.

Condiciones psíquicas del paciente en relación a la dependencia, es decir, a su historia (temporalidad, trayectoria de uso de las sustancias, frecuencia del consumo y situaciones o circunstancias en que ocurre).

El lugar que ocupa y juega el paciente en su interacción con los otros y en la relación terapéutica (transferencia). El significado y la función que tiene la droga en la conexión entre el campo psíquico-emocional y la realidad externa.

El sentido o significados que tiene el acto de drogarse para el paciente. Otros deseos que tiene el paciente, que pueden hacer que deje de drogarse.

2.13.2 Terapia familiar

Esta modalidad considera a la familia como paciente y al miembro adicto como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, como la comunicación, roles, involucramiento afectivo, reglas y disciplina, control, realización de tareas, valores e ideales, constituyen un modelo de abordaje terapéutico para detectar los factores que promueven y mantienen las conductas adictivas, favoreciendo el esclarecimiento de relaciones interpersonales y familiares que llevan a la solución del conflicto.

Las distintas orientaciones teóricas de esta modalidad incluyen: la estructural-sistémica, estratégica, psicodinámica y los enfoques conductuales.

Las intervenciones pueden centrarse en el paciente, en la familia nuclear, en el cónyuge y en el tratamiento simultáneo multifamiliar y de redes sociales.

2.13.3 Psicoterapia de grupo

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (a la madre, el padre, a los hermanos y a los abuelos), que experimentan todos los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, ya que lo primero que se pide a los pacientes, es que expresen espontáneamente todos sus sentimientos. Así las resistencias fundamentales de carácter salen involuntariamente en cada sesión como: el aislamiento, la sospecha, la seducción, la intelectualización, el estar absorto, la arrogancia, y la impulsividad, son ejemplos de lo que debe resolverse.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales.

2.13.4 Modalidades complementarias

a) Prevención de recaídas

Marlatt y sus colaboradores, desarrollaron uno de los modelos más utilizados, el cognitivo conductual, basando su teoría en que la prevención de recaídas tiene como objetivo enseñarle a los sujetos como anticiparla y enfrentarla. En este modelo, una recaída no es vista como un fracaso sino como una herramienta de aprendizaje.

El modelo hace énfasis en la necesidad del individuo de aprender nuevas habilidades cognitivas y conductuales, para enfrentar las situaciones de alto riesgo.

Sin embargo estas no son suficientes por si solas para mantener la sobriedad; se requiere de un cambio de estilo de vida: ejercicio, meditación, técnicas del manejo del estrés, relajación reestructuración cognitiva, automonitoreo, etc., (Feldman, 2000).

2.13.5 La resiliencia: La prevención como tratamiento

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo. (Osborn, 1990).

El vocablo *resiliencia* tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993). Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (Nuñez, 1994).

Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982 en Werner y Smith, 1992).

Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambling et al., 1989).

En la Enciclopedia Hispánica se define resiliencia como la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resiliencia.

En español y francés resiliencia se emplea en el campo de la ingeniería civil únicamente para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora.

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

Se señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella.

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto respuesta honesta.

Independencia: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

La capacidad: La habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otros.

Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.

Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

De acuerdo a se distinguen cuatro aspectos que se repiten en forma recurrente, siendo éstos últimos los que ayudan a promover los comportamientos resilientes.

- la capacidad intelectual y la forma en que ésta es utilizada.
- se refiere a la naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los hijos.
- contar con un profesor, un padre/ madre sustituta, o bien, instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia, entre otros.

Factores que promueven la resiliencia

- Género. El pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora, según lo indican estudios que han observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres, por mecanismos que se exponen más adelante.

- Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos. La presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia, favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.
- Apego parental. Estudios longitudinales han destacado que la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento (Greenspan, 1997), con al menos uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.

- Temperamento y conducta. Investigaciones con adolescentes han observado que aquellos que actualmente presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia.

- Relación con pares. Los autores replican lo observado por Werner en el estudio con niños en Kauai, señalando que los niños resilientes se caracterizaron por tener una relación de mejor calidad con sus pares que los niños no resilientes.

- Los niños tienden a reaccionar a través de conductas opositoras con mayor frecuencia que las niñas, lo cual a su vez genera respuestas negativas de parte de los padres.

- En general, las personas tienden a interpretar de modo distinto las conductas agresivas de los niños que las de las niñas y a su vez, a castigar más severamente estos comportamientos en los varones.

Otras variables mencionadas por Rutter (1990) que actuarían también a favor de la vulnerabilidad o de la protección son: el apoyo marital, la capacidad de planificación, las experiencias escolares positivas y los eventos neutralizantes.

En estudios con madres jóvenes, Quinton y Rutter (1984; en Rutter, 1990) observaron que la presencia de una relación armónica, cálida y de confianza con la pareja, favorecía el que las mujeres criadas en instituciones, fueran capaces de ejercer una buena maternidad.

Otra de las variables que mostró ser predictiva de un desarrollo positivo en la vida de las jóvenes fue la capacidad de elegir pareja y planificar el matrimonio. En aquellas que presentaban estas características, se observó una menor tasa de embarazo adolescente y menos presiones por casarse prematuramente para salir de la casa. Asociada a esta capacidad se observó, en este mismo grupo, la presencia de experiencias escolares positivas.

Estos eventos son experiencias que contrarrestan o neutralizan una situación negativa. Sin embargo, no cualquier experiencia positiva puede actuar como neutralizante, sino sólo aquellas que tienen la característica de disminuir el impacto negativo de una amenaza o dificultad.

La muerte temprana del padre y en especial de la madre, constituye otro factor de vulnerabilidad. Por otra parte, Baldwin et al. (1992) reportan la importancia que reviste para los hogares que se desenvuelven en ambientes de alto riesgo, la participación en algún grupo religioso. Se sugiere que la iglesia, como grupo de apoyo social, refuerza las políticas parentales de crianza y provee de influencias con pares que refuerzan los valores familiares, constituyéndose por tanto, en un elemento relevante dentro del desarrollo positivo de estos. (Baldwin, Baldwin & Cole, 1992).

A su vez, Werner (1993) afirma que las familias de niños resilientes de distintos medios socioeconómicos y étnicos poseen firmes creencias religiosas, las que proporcionan estabilidad y sentido a sus vidas, especialmente en tiempos de adversidad. La religión parece dar a las personas resilientes un sentido de enraizamiento y coherencia.

Además, este enfoque implica que en el diseño de las prácticas educativas será indispensable no sólo contar con un mensaje adecuado, sino también, con un mensajero que los transmita con respeto y cariño al niño.

Tal mensaje educativo debe basarse en la posibilidad de que el menor desarrolle la capacidad de ser activo frente a los adultos y su medio, generando así una adecuada autoconfianza y autoimagen. De acuerdo a Löesel (1992), la importancia que se venía otorgando a la posibilidad de utilizar los aportes que entrega el enfoque de la resiliencia, no debiesen reemplazar los esfuerzos que sea posible desarrollar por reducir tanto los riesgos como los déficit del desarrollo.

En enfoque de resiliencia resulta interesante para el enfoque preventivo dado que:

- Los factores protectores pueden compensar al menos parcialmente, a aquellos factores de riesgo que se hacen presente en un momento determinado.
- El enfrentamiento exitoso con el estrés puede contribuir al desarrollo de una personalidad positiva.
- La prevención primaria puede ser posible sin grandes intervenciones externas en los contextos naturales.

A continuación se señalarán algunos resultados de investigaciones recientes, que señalan y sugieren líneas preventivas concretas.

- El hecho de que la madre trabaje y que los niños permanezcan frecuentemente al cuidado de los hermanos mayores ha mostrado contribuir en estos últimos a conductas que muestran autonomía y responsabilidad. En general, comportamientos resilientes (Werner 1988).
- La estructura y las reglas del hogar, como también los quehaceres domésticos asignados, capacitan a muchos niños a presentar comportamientos resilientes y reaccionar adecuadamente a las situaciones provocadas por la pobreza, ya sea que vivan en medios rurales o urbanos (Werner, 1988).

Además, participan en redes sociales informales de vecinos, pares y/o adultos de quienes reciben consejos frente a situaciones críticas y cambios que ocurren durante la vida.

- Frecuentemente, los niños resilientes hacen de la escuela su hogar , fuera de su casa. A modo de ejemplo un profesor favorito puede llegar a ser un modelo de identificación para un niño resiliente (Werner, 1988).
- Se ha descrito (Rutter et. al. 1979), que las experiencias positivas vividas en la sala de clases pueden mitigar los efectos de un estrés considerable en el hogar. Entre las características de las escuelas más exitosas se cuenta con un entorno físico apropiado, retroalimentación afectiva del profesor hacia los alumnos, uso frecuente de alabanzas, buenos modelos de comportamiento de los profesores, y el brindar a los estudiantes labores de responsabilidad y actitudes de confianza.
- La participación en actividades extra-curriculares o clubes sociales puede constituirse en una fuente informal que apunta a desarrollar conductas resilientes. El apoyo emocional provino también de un grupo de iglesia (Werner, 1988).

Lo que puede ser proporcionado a los niños, ya sea en la sala de clases, en el lugar de juegos, en el vecindario y/o en la familia, siempre que estén presente personas que se preocupen y den atención a los niños (Werner, 1988).

La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

3. INTERVENCIÓN EN CRISIS

3.1 Antecedentes de la intervención en crisis.

Según Caplan en 1964 afirma que la resolución inadecuada de las crisis vitales pueden conducir a un deterioro psíquico a largo plazo.

Históricamente el concepto de crisis ha tenido muchos significados por ejemplo: el ideograma chino crisis indica lo mismo peligro que oportunidad.

Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es fundamental para determinar como sortearan los individuos estos puntos de cambio.

El origen de la moderna intervención se remonta a 1942 con los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores quienes asistieron a los sobrevivientes del incendio más grande ocurrido hasta ese momento en un centro nocturno en Boston. En él murieron 493 personas cubiertas por las llamas y sofocadas por el humo.

Linderman además de asistir a los familiares y sobrevivientes de la tragedia realiza reportes clínicos que dan origen a las teorías sobre la elaboración del duelo y la aceptación de la pérdida de un ser querido.

Como se menciona con anterioridad es Caplan en 1964 quien concibe la trascendencia de las crisis en la psicopatología de los adultos ya que un análisis minucioso de la historia clínica de pacientes psiquiátricos mostraba que todos ellos habían enfrentado crisis de manera desajustada y esto tenía repercusiones mayores en la enfermedad que padecían, en la aparición o la evolución de la misma.

Es entonces que concluye que las crisis mal tratadas conducen a desorganización y enfermedad mental subsecuente. Por tanto la prevención hace acto de presencia al darse cuenta de que existen crisis en el desarrollo normal del ser humano que puede generar desajustes si no existe información recursos personales y sociales.

Todo ello da énfasis a la prevención que consiste en generar crecimiento positivo y aminorar los riesgos de deterioro ante cualquier crisis. El primer centro de prevención del suicidio en América del Norte se basa en los principios de Caplan.

El primer centro de prevención empieza a operar en 1960 las 24 horas los 365 días del año y son voluntarios no profesionales los que integran el primer equipo de trabajo. La idea inicial era tener consulta domiciliaria en donde los voluntarios acudieran al lugar de los hechos. En 1972 y 1973 Fowler y McGee, Knickerbocker y McGee, Slaikeu desarrollaron las técnicas adecuadas para intervenir vía telefónica exclusivamente.

En 1963 se aprobó el acta de los centros de salud Mental y gracias a esto todos los centros federales debían de contar con la modalidad de urgencias las 24 hrs. Surgieron programas que contemplaban el tratamiento de las crisis basados en Caplan.

Al mismo tiempo que en la década de los 60 y 70 surgían programas se generaron escritos y evidencia bibliográfica de diversos autores sobre intervención en crisis, crisis de familia, de pareja, del desarrollo como la adolescencia o la menopausia y también dirigidos a como realizar esta intervención. (Slaikeu 2000).

En 1976 Viney señala que los pacientes pueden potenciar su dolor o limitarlo a través de una buena intervención sobre todo cuando se les hace ver las partes positivas de las crisis y el aprendizaje que estas pudieran darle al paciente a mediano y largo plazo.

Cummings en 1977 y algunos colaboradores dieron a conocer la eficacia durante una intervención breve encontrando que con 6.5 sesiones lograban el objetivo de la terapia y que esta opción resultaba más económica y sin consecuencias de deserción que presenta la terapia tradicional. Baldwin en 1979 sugiere y da énfasis al trabajo interdisciplinario como tratamiento integral.

3.2. Definición

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu,2000).

3.3 Teorías de la intervención en crisis.

Existen cuatro influencias teóricas en lo relacionado a la crisis. La primera tiene que ver con Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su

ambiente. Después de numerosos estudios e investigaciones en las islas Galápagos refiere que en el mundo sobrevive el animal más fuerte y este es el que es capaz de adaptarse a los cambios.

Una segunda influencia se origina en la realización y el desarrollo del ser humano. A la motivación del impulso que es reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers en 1961 y Abraham Maslow (1954), quienes se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

La premisa de la autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler y otros en que la conducta humana es intencional y esta constantemente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se considera a las crisis como

Momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o súbitamente parecen inalcanzables. El enfoque de Erickson del ciclo vital del desarrollo proporciona una tercera influencia capital para la teoría de la crisis.

La visión de Erickson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un nuevo reto, transición o crisis, su teoría habla de que la vida está basada en los de la infancia y la niñez temprana.

Hay sucesos que inevitablemente generan crisis como en el caso de una muerte o pérdida de la pareja o el empleo en donde habrá varias etapas que vivir como un proceso obligado de ello. Bucal nos habla de las situaciones que más dolor según algunas investigaciones causan al ser humano.

3.4. Bellak y Small

Para Bellak y Small la terapia breve se limita a unas pocas sesiones de tratamiento, comprende una actividad dirigida cuidadosamente hacia una meta establecida.

La psicoterapia breve puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional y si se utiliza en alguna clase de emergencia psicológica le llaman psicoterapia de emergencia. Entonces la psicoterapia de emergencia provee ayuda en una situación psicológica difícil igual que la terapia breve en sus metas (Bellak).

Bellak y Small coinciden en que no existen diferencias teóricas y de concepto básicas entre la intervención en crisis y la psicoterapia de emergencia. La terapia breve adquirió importancia ante la escasez de personal y ante la necesidad de resolver los problemas emocionales rápidamente. La terapia breve es útil como medida preventiva ya que en muchos casos se evita que el malestar evolucione hacia algo grave o crónico.

El terapeuta está obligado a realizar una terapia breve tanto como el médico a detener una hemorragia aunque sepa que el tratamiento posterior será dotar de vitaminas para su recuperación total.

La psicoterapia breve proporciona un medio de minimizar la alteración. Evita la consecuente dependencia de la terapia a largo plazo y por tanto el costo del tratamiento es menor.

El modelo de Bellak y Small es de 5 sesiones bajo la premisa que después de la quinta sesión los pacientes abandonan el tratamiento. Esta conclusión se obtiene tras largas investigaciones en clínicas de consulta externa en donde los pacientes después de la quinta sesión ya no regresaban.

La dinámica de la reacción en crisis no es diferente de la formación sintomática ordinaria, psiquiátrica o somática el objetivo tanto en el caso de la intervención en crisis como en psicoterapia de emergencia es retornar al paciente al equilibrio y en muchos de los casos resolviendo los síntomas que solo son consecuencias de los conflictos.

La terapia breve es una de las formas de ejercer prevención primaria en donde si se actúa o realiza la intervención estaremos evitando que se instale una psicopatología simplemente se trata de evitar situaciones que conduzcan a la enfermedad. La prevención se enfoca a que una situación aguda no se torne crónica.

En Estados Unidos a partir del surgimiento de la terapia breve se implementa la terapia activa que no es más que la visita domiciliar del terapeuta al lugar de la crisis.

Ha sido eficaz para pacientes sicóticos por ejemplo que incapaces de acudir a una consulta son atendidos para salvar sus vidas, disminuir su aislamiento o mejorar la calidad de vida, lo mismo ocurre con otras patologías como las fobias.

A continuación se nombran algunas patologías que bajo esta concepción Bellak y Small señalan que es útil la terapia breve: Trastornos de ansiedad, despersonalización, desordenes somáticos, disfunciones sexuales, problemas específicos de la edad y el desarrollo, la pérdida y elaboración del duelo, miedo a la vida, etc.

3.5 Caplan

Hoy en día el término intervención en crisis habla de un modo de concebir la salud y los trastornos mentales y consiguientemente la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública. (Caplan, 1964)

Esta concepción de la salud mental comunitaria empezó en los años sesenta, en estos años el presidente Kennedy hace oficial el pronunciamiento de que la enfermedad mental debe considerarse un problema de responsabilidad comunitaria y no únicamente un problema que solo afecta a los pacientes sus familiares y los profesionales de la salud que los atienden según Caplan en Fernández 2002.

El objetivo de este movimiento era sustituir la vieja red de atención psiquiátrica basada en la exclusión de los enfermos mentales de la sociedad a través de manicomios o centros apartados tradicionalmente de las zonas urbanas.

Según Caplan en 1964 las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre si mismo y su entorno y la resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad que es dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro. (Fernández, 2002)

Propone 4 fases durante las crisis.

1ª fase se ponen en marcha las habilidades que regularmente intervienen para lograr nuevamente el equilibrio tras una tensión.

2ª fase La falta de éxito de estas habilidades y la permanencia del estímulo causan un estado de alteración mayor y de tensión.

3ª fase Al aumentar la tensión se recurre a reservas de energía y de recursos de manera que el individuo puede darse cuenta de algunas cosas que antes no esto de una forma gradual y no inmediata. Llegan a redefinirse objetivos y aspectos inalcanzables .Existe la probabilidad de que el individuo explore mediante ensayo y error.

Es entonces que se comprende a la crisis como una situación de suma importancia para el ser humano ya que los efectos si bien pueden ser positivos con los adecuados recursos también pueden ser devastadores y muy negativos.

Todas las personas en su vida pueden llegar a tener una crisis ya sea por como parte del desarrollo como dice Erickson o por situaciones en donde se carece de recursos personales y o sociales como afirma Caplan.

En la fase 4, si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad o evitarse con la resignación de la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión puede elevarse hasta el punto de la ruptura .Es entonces cuando se produce desorganización del individuo con resultados graves.

Desarrollo su propuesta como aportaciones teóricas y prácticas para reducir la frecuencia de trastornos mentales en la comunidad, disminuir la duración de estos y reducir el deterioro de los ya instalados. A esto le llamó prevención primaria, secundaria y terciaria respectivamente.

Cualquier intervención dirigida hacia la mejoría del individuo a partir de una crisis es una forma de prevención.

La prevención primaria es la que se enfoca a evitar que se instale cualquier tipo de trastorno; este tipo de prevención ocurre antes de que se presente la crisis y busca evitar que suceda. Se encamina a la capacitación de los individuos para resolver sus problemas y mejorar sus habilidades sociales por ejemplo.

La prevención secundaria se da bajo el supuesto de que la crisis es un momento de oportunidad para el crecimiento y refiere que es en donde se debería de enfocar más los esfuerzos de los profesionales de la salud sostiene que no puede haber crecimiento sin que exista un proceso de reconstrucción.

También se enfoca a brindar información para evitar que la crisis genere un ajuste inadecuado pero no evita la crisis.

La prevención terciaria se enfoca a reparar el daño hecho hace tiempo y por lo regular es aplicada a pacientes con deterioro y trastornos emocionales producto de un desajuste durante la crisis.

Para los programas de prevención primaria Caplan propuso dos tareas a realizar: Asegurar los aportes básicos con la acción social y ayudar a enfrentar las crisis con la acción interpersonal es decir con relación paciente-terapeuta (Fernández, 2002).

Fernández en 2002 afirma que para Caplan la posibilidad de realizar prevención primaria a través de la provisión de aportes se basa en la idea de que un sujeto para mantener su salud mental debe recibir los aportes físicos, los aportes psicosociales y los aportes socioculturales necesarios para progresar en cada etapa del desarrollo y no caer en crisis. Si se da esta adecuada provisión de aportes posibilita el mantenimiento del funcionamiento en cada una de las etapas de desarrollo.

En síntesis la hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende sobre todo de la forma en que se maneje la situación en ese momento. (Fernández, 2002)

3.6 Erickson

El desarrollo de la personalidad puede entenderse como una sucesión de fases diferenciadas, cualitativamente diferentes entre si. La transición entre estas etapas de desarrollo se realiza en unos periodos de características especiales que Erikson denominó crisis evolutivas. Definió también las crisis accidentales en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces. Distingue dos tipos de crisis: las crisis evolutivas y las crisis accidentales.

La intervención en crisis podrá realizarse en cualquiera de los dos casos. A veces, sobre todo en el segundo caso, podrá reducirse a una intervención puntual en el momento en el que se produce una situación crítica. Otras veces constituye una forma de terapia breve. Al desarrollar las características del proceso terapéutico nos referimos casi siempre a este tipo de formato. El estrés que desencadena la crisis, puede ser un acontecimiento externo o interno (Erikson, 1950).

Desarrollo en el curso del ciclo vital

Etapa	Motivo de transición
Infancia (0-1 años)	Confianza contra desconfianza
Aprendizaje (1-2 años)	Autonomía contra vergüenza y duda
Infancia temprana (2-6 años)	Iniciativa contra culpa
Infancia media (6-12 años)	Industriosidad contra inferioridad
Adolescencia (12-18 años)	Identidad contra confusión de Roles
Adulthood Temprana (18-34 años)	Intimidad contra aislamiento
Adulthood media (35-50 años)	Generatividad contra estancamiento
Madurez (50-65 años)	Generatividad contra estancamiento
Vejez (65-a la muerte)	Integridad del yo contra desesperación

Información tomada de Slaikeu 2000

3.7 El inicio de las crisis

Algunos sucesos se identifican como precipitantes de crisis, por ejemplo, el nido vacío, la maternidad sin matrimonio, el matrimonio, la jubilación, los desastres naturales y cambios sociales o tecnológicos rápidos; otros son devastadores universalmente como la violación o la muerte de un ser querido, sin embargo, el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos en el desarrollo. (Nowak 1978) Se necesita observar tanto el suceso externo como lo que este significa para la persona ya que según Viney en 1976, uno de los errores más frecuentes es suponer lo que el paciente siente o percibe en los acontecimientos que reporta.

Existe una escala que mide las crisis vitales a lo largo de la vida, en esta escala se le asigna un puntaje y el que tiene en la sumatoria total 350 puntos, esta viviendo una crisis vital. Lo más importante más allá de los puntajes es saber que pese a que las crisis son tomadas como sucesos inesperados, la mayoría de ellas es predecible sobre todo aquellas que tienen que ver con el desarrollo.

El camino a seguir es entonces trabajar con el principio de la impermanencia y los cambios constantes a lo largo de la vida como prevención primaria.

Rapaport y Lazarus sugiere que un conflicto inicial puede percibirse como una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional o bien una pérdida o un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo.

3.8. Clasificación del inicio de crisis.

1. Se identifica daño físico o una pérdida
2. Acontecimientos tensionantes que representan una amenaza para el bienestar presente
3. Un suceso de mucha tensión que puede representar un reto, una oportunidad de crecimiento, dominio o ganancia

La siguiente descripción es con el objetivo de mostrar las evidencias de investigadores primeros en la teoría de la crisis y que siguen vigentes hasta nuestros días.

El desequilibrio, desorganización o desorden se define como un periodo de confusión, ambivalencia o soledad, angustia generalizada, vulnerabilidad del individuo (Taplin 1971)

En la reducción de defensas desorganización, confusión efectos en sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. (Halpern, 1973)

La vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales. Tyhurts (1958)

Caplan afirma que el estado de crisis se caracteriza por desequilibrio y desproporción.

Las crisis activan todos los recursos que el individuo ha adquirido a lo largo de su vida y las maniobras que antes daban resultado son insuficientes como el redefinir la situación, hablar con un amigo o tomar unas vacaciones. La persona en crisis puede

sentirse miserable o completamente incapaz de abordar nuevas circunstancias desestabilizantes.

Cuando una crisis se presenta el tiempo posterior a esta es vital. Se habla de 6 o 7 semanas para restaurar el equilibrio como tiempo máximo en que un individuo lograra estabilidad sin embargo lo anterior no quiere decir que ha resuelto la crisis o que el camino tomado a partir de ella no genere un mayor deterioro. La muerte de un familiar querido por ejemplo puede generar dolor desestabilizante y alcanzar equilibrio en unas semanas sin embargo, el duelo, la resolución de la crisis podría tomar años.

En el mismo caso de la pérdida sin un aprendizaje u orientación adecuada, un ser humano puede concluir que no volverá a amar a nadie para no sentir el dolor de perder a alguien nuevamente.

Los valores y las creencias religiosas son también una parte importante del funcionamiento cognitivo del individuo, sus valores y su filosofía de conjunto acerca de la vida ejerce una influencia poderosa sobre cualquier otra dimensión de la personalidad.

Si las creencias permiten al sujeto manejar las circunstancias de su vida entonces es posible que no ocurra una ruptura que genere crisis.

Desde la infancia se pueden adquirir conceptos erróneos comunes que con frecuencia ejercen influencia sobre las expectativas del futuro y desencadenan en crisis.

La crisis provee una oportunidad para analizar el concepto erróneo y su relación con los recientes incidentes llenos de tensiones, lo que conduce a cambios subsecuentes en el modo de pensar (Hammond y Stanfiel, 1977).

3.9 Etapas que cursa una crisis.

Desorden: Son las reacciones iniciales al suceso. (Llanto, gritos, desmayo, lamentos)

Negación: Conduce al amortiguamiento del impacto Puede acompañarse de entorpecimiento emocional es no pensar en lo que paso o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. Por ejemplo en la pérdida de la pareja por muerte, cuando la persona se ocupa de las actividades que coinciden con las de sus familiares, lo que lleva a la conclusión por parte de ellos que la persona es muy fuerte

o se encuentra muy bien. Los pensamientos pueden ser “no puedo creerlo, esto no esta pasando, llegando a la casa me encontrare con el”.

Intrusión: Incluye pensamientos e ideas involuntarias de dolor por el suceso. Estas ideas se presentan y pueden haber sido expresadas o no como por ejemplo “no puedo seguir adelante” “no puedo más con esto”.

Traslaboración: Es el proceso en que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. En esta etapa para algunos individuos será natural expresar y otros necesitaran ayuda para hacerlo.

Terminación: Es la etapa final que marca una reorganización en el individuo o el inicio de ella. Se han identificado y se han enfrentado y expresado los sentimientos, pensamientos. En el caso de la perdida se generan pensamientos de “esto pudo no haber pasado” o sentimientos de tristeza “a mi esposo le hubiera gustado”

Caplan y Richard Lazarus coinciden en siete características de la conducta de enfrentamiento efectivo ante una crisis.

- Explorar activamente los conflictos.
- Expresar sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración
- Pedir ayuda activamente a otros.
- Descomponer los problemas en fragmentos manejables y resolver uno a la vez.
- Estar conciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización.
- Aceptar los sentimientos y estar dispuesto a ser flexible para cambiar
- Confiar en si mismo y en otros.
- Tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.
- Tener la actitud de confianza en la propia capacidad para resolver problemas.

3.10 La terapia para crisis

Esta terapia es mucho más efectiva cuando coincide con el periodo de desorganización (hasta 5 o 6 semanas) y su objetivo es que el paciente pueda generar crecimiento y evitar el debilitamiento.

Existen cuatro tareas de la resolución de la crisis

1) Supervivencia física de las secuelas de la crisis

En este caso se busca disminuir el extremo dolor emocional y físico derivado o asociado a la crisis.

2) Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis

3) Dominio cognoscitivo de la experiencia completa

4) Ajustes conductuales para el futuro

La terapia para crisis comprende experiencias facilitadoras que incluyen la reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimientos, el mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones de conducta apropiadas a la situación.

Baldwin en Slaikeu lo resume de esta manera.

1- Definir problemas, tratar con los sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar los problemas o nuevas conductas de enfrentamiento

2.- Identificar y resolver por lo menos parcialmente conflictos subyacentes representados o reactivados por la crisis.

3- Definir y movilizar recursos individuales externos e internos, hacia la solución de la crisis

4- Reducir afecciones desagradables o incómodas relacionadas con la crisis.

La resolución de la crisis siempre va a implicar el integrar el suceso a la vida, el reacomodo de sus consecuencias. Lo contrario a la resolución de una crisis será negar los sucesos o bloquear lo que sentimos y permanecer en esa o alguna otra etapa sin la capacidad de resignarse.

El lenguaje interno de la resolución de la crisis es:

...Si eso me pasó, incluso pensé que no podría seguir y hoy el suceso ya no tiene el mismo valor que tuvo al principio. Encuentro que tuve la oportunidad de replantear muchas cosas como la cercanía con la familia y amigos.

Las cicatrices se están cerrando aunque todavía están allí y todo esto pasando a ser parte de mi historia y estoy lista para seguir, a veces puedo revivir algunas experiencias y sentimientos nocivos pero siento que estoy lista para seguir...

Estar abierto al futuro significa tener voluntad y disposición para poder seguir. La respuesta de un individuo ante una crisis tiene que ver con los recursos personales,

materiales y sociales del mismo. Esta parte es fundamental ya que facilita otros esfuerzos positivos psicológicos para el enfrentamiento.

La terapia de la crisis buscará asistir al paciente en la reevaluación de sus creencias, expectativas destrozadas o conceptos erróneos en busca de mejores sustitutos para él.

3.11 Estabilidad y equilibrio

Todos los sistemas vivos tienden a retornar al equilibrio. Así que hablese de familias o personas, desde la teoría de sistemas, encontraran una **homeostasis**.

En ese sentido el clínico debe permanecer atento a los recursos del individuo para que el retorno sea positivo. Las variables que conducen a la resolución positiva pueden ser las que ocurren naturalmente en el medio como la familia, la iglesia, la escuela, y también aquellas que podrá introducir el terapeuta como la aplicación de tareas de comunicación o conductuales, el aprendizaje de alguna habilidad social, etc. Existen dos tipos de crisis, las que tienen que ver con el proceso de maduración y que son parte del desarrollo y las circunstanciales. Hablando de las crisis del ciclo vital se habla de que cada etapa del desarrollo presenta conflictos por la transición y las tareas durante el reacomodo.

Slaikeu resume que las características de las crisis circunstanciales pueden ser aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia (amenace la vida), impacto potencial sobre comunidades enteras como los desastres naturales y por ultimo peligro y oportunidad de crecimiento.

Los efectos de una crisis pueden ser un cambio que refleja mejoría, una adaptación inadecuada que empeore las condiciones del paciente o un reacomodo a los niveles previos de funcionamiento. El movimiento de prevención del suicidio se basa en la idea que un efecto adverso de la crisis es el suicidio.

Los efectos de las crisis pueden ser suicidio, homicidio, formas de violencia física como el maltrato a la esposa o los hijos.

En el momento de la desorganización el individuo decide que no hay esperanza, que el dolor es muy grande y se sienten incapaces de enfrentar el dolor así que toman la decisión de arriesgar sus vidas o atacar a otros.

Cuando definimos que se ha resuelto la crisis encontramos la restauración del equilibrio, hay dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, que incluyen cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos. “Translaborar la crisis significa que el suceso quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona este abierta en lugar de cerrada al futuro”

3.12 Primeros Auxilios Psicológicos

La prevención primaria tiene lugar antes de que ocurran los sucesos de crisis. La verdadera prevención significa evitar que sucedan algunos acontecimientos siempre están dirigidos a la capacitación de los individuos para resolver problemas y se encuentre preparado para sobrevivir a los sucesos o etapas críticas de la vida.

El tratamiento o prevención terciaria incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis vitales. Su propósito es reparar el daño ya hecho en pacientes que son casos psiquiátricos accidentales por estrés.

La intervención secundaria se da cuando ya ocurrió la crisis. Intenta realizar una adaptación del individuo. A continuación se enumeran los pasos a seguir en dicha intervención.

a) Realizar un contacto psicológico

Realizar el contacto psicológico es invitar a hablar al paciente, escuchar los hechos y sentimientos, sintetizar, efectuar empatía. Establecimiento de Rapport.

b) Analizar las dimensiones del problema

Pasado inmediato, incidente que precipito la crisis. Recursos personales, recursos sociales, decisiones inminentes.

c) Sondear posibles soluciones

Preguntar que es lo que el paciente ha intentado, que puede hacer ahora, proponer alternativas. Establecer prioridades, alentar la lluvia de ideas.

d) Asistir en la ejecución de pasos concretos

Contrato verbal de compromiso a la acción con el paciente o su familia. Establecer metas específicas de corto plazo

e) Y seguimiento para verificar el progreso.

Hacer convenio para recontactar al paciente con el objetivo de evaluar los pasos de acción y progresos.

3.13 Antecedentes de la intervención vía telefónica

El centro acreditado como el primero que desarrolló las técnicas de cómo utilizar el teléfono para efectuar intervenciones para la salvación de vidas fue el de los Ángeles en 1906.

Levine y Levine en 1970 afirma que los servicios de orientación por teléfono son influidos por las condiciones sociales y económicas de los tiempos.

En 1950 la orientación por teléfono se convierte en la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio y se desarrolló rápidamente en el entorno del activismo social en los 60.

Hasta 1965 existían alrededor de 50 centros que atendían las 24 horas del día y hasta 1980 ya eran 500 centros conocidos.

3.13.1. Historia de la Intervención en crisis vía telefónica en México.

En 1979 se funda la primera línea de apoyo ciudadano en México llamado Locatel con dos funciones inicialmente: la localización de personas extraviadas o abandonadas y la localización de automóviles extraviados o robados (Cerón 1989).

Aunque esta línea fue constituida como una asociación de iniciativa privada en 1984 por decreto presidencial se incorpora como un organismo perteneciente al Departamento del Distrito Federal y el 29 de diciembre de 1998, LOCATEL ya como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social comienza a dar información, orientación y apoyo médico, legal y psicológico como parte de su servicio público telefónico.

Este servicio se implementa en el DF y área Metropolitana sin costo pero no para el resto de la República Mexicana.

Antes, en 1985 un grupo de psicólogos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM en conjunción con la Federación Mundial de Salud mental intervienen a 700 personas vía telefónica por los efectos los sismos ocurridos en la ciudad de México que dejaron miles de personas sin hogar o con la pérdida de algún familiar y/o que presentaban problemas de ansiedad, soledad, angustia y sobre todo estrés.

Este sistema de apoyo fue evolucionando de manera intermitente ya que abrió y cerró sus servicios dos ocasiones.

Es hasta 1992 que SAPTEL con un trabajo en conjunto con la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental se inaugura de forma permanente y definitiva. Saptel es atendido por pasantes de Psicología que reciben capacitación y supervisión constante. (Gaitan, 1993).

3.14. Características de la orientación por teléfono.

Una de las características básicas de la orientación vía telefónica es que no contamos con el lenguaje corporal y las gesticulaciones. Solo se cuenta con el lenguaje verbal. Existe un encuadre diferente en la terapia cara a cara ya que por lo general existe un día, una hora acordadas para los encuentros y el terapeuta da pie a la terminación de la misma (Bautista, 1995).

En el caso de la intervención por teléfono el que no exista un horario ni día acordado no implica una agresión al encuadre, en ese sentido el paciente tiene todo el control del inicio y término de la intervención

Otra característica de la orientación por teléfono es que preserva el anonimato del paciente. La posibilidad de proteger la identidad se cree que facilita una mayor revelación de sí mismo y apertura por parte de muchos de los que llaman. Los orientadores también son anónimos, un hecho que facilita transferencia positiva (Slaikeu, 2000).

La orientación por teléfono reduce la dependencia de alguien que llama con el orientador gracias a la canalización. La intervención por teléfono tiene accesibilidad para aquellos que por sus condiciones no pueden salir de casa como ancianos o personas con capacidades diferentes.

La mayoría de las veces el servicio se brinda a un muy bajo costo o a ninguno y dado que la mayoría de las personas cuentan con un teléfono, el servicio resulta accesible, situación determinante para los pacientes en crisis.

En los servicios de orientación se da la característica de 24 horas lo que implica disponibilidad para el usuario. Basados en un análisis de las llamadas recibidas, los centros planean programas específicos de intervención para diferentes poblaciones y estos son definidos siempre por la atención comunitaria que se ofrece en la localidad.

3.15. Intervención en crisis vía telefónica y las adicciones.

La adicción es considerada una crisis circunstancial que inicia en el periodo de la adolescencia.

Puede decirse que la ingesta de drogas se inicia durante una crisis severa en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas. Si el usuario experimenta beneficio adaptativo, entonces puede presentarse como consecuencia un uso y dependencia continuos. La dependencia se correlaciona con una manifestación regresiva, o bien, puede entenderse como una especie de funcionamiento normal debido a los efectos de la droga. (Díaz Barriga 2001).

En muchos casos el uso de drogas responde a un impulso fallido para contender con sensaciones de displacer de insatisfacción de ideales y como tentativas de solución a la dependencia emocional (Díaz Barriga 2001).

La presencia de alcohol y otras drogas complica la intervención ya que el efecto de todas ellas puede imposibilitar el responder preguntas básicas como que sustancia ha consumido y en que cantidad. Se recomienda observar activamente el lenguaje del paciente y su comportamiento para averiguar estos datos. (Vega. 2004).

En la intervención por teléfono se necesita estar atento a indicadores conductuales como la simpleza, hablar apresurado, alborozamiento, agresividad y a cambios emocionales como la euforia, irritabilidad, ira, angustia, depresión, y o paranoia.

En caso de que el paciente no pueda proporcionar los datos necesarios apoyarse de la información de familiares y/o amigos.

No hay que olvidar que el peligro de muerte aumenta con la presencia de alcohol y otras drogas y que el juicio social empeora el comportamiento, con frecuencia el paciente esta fuera de control y los sentimientos se exaltan.

La recomendación que hace Slaikeu es que no se sobre-estimule al paciente que se le hable de forma tranquila y apoyadora; apartándose de la crítica y de querer resolver problemas que provoquen confrontación.

Se necesita que la persona se encuentre sobria para poder incidir de otra forma así que lo más importante es indicar la desintoxicación asistida por un medico.

3.15.1 Los pacientes con adicción.

En Estados Unidos se descubrió que los pacientes adictos que eran ingresados en un hospital recibían algún tipo de maltrato por parte de los médicos enfermeras y trabajadores sociales. En este hallazgo encontraron también que los motivos estaban relacionados con el cansancio, el resentimiento con personas que se inflingen dolor así mismas, la convicción de que los adictos a las drogas no tienen esperanza y la convicción de que los adictos son malagradecidos, poco cooperativos y problemáticos.

Ante ello Dunkan afirma que es necesaria una reeducación de los prestadores de servicios de salud para sensibilizarlos ante tan devastadora enfermedad.

De la misma forma las familias conservan las convicciones de desesperanza y es por ello recomendable que acudan a pláticas informativas para saber como intervenir con su familiar enfermo.

Incluso esta acción se dice que genera una disminución en la ansiedad de la familia acrecentando la futura recuperación del paciente.

En México ocurre lo mismo ya que los servicios de salud en la mayoría de las ocasiones están centralizados y se encuentran en las ciudades grandes; lo que implica una sobre saturación que requerirá de elegir entre dar una cama al paciente adicto que no quiere internarse o asignarla a un paciente con insuficiencia renal.

Objetivos de la intervención (Prevención) en adicciones

- a) Evitar que se presente la conducta adictiva
- b) Retrasar el inicio del consumo experimental

c) Disminuir el consumo regular, abuso y/o dependencia de drogas

Tipos de Prevención según Kaplan en 1980.

- Primaria: Interviene antes de que surja la enfermedad, para impedir que surja la enfermedad.- Prevención
- Secundaria: Identifica la enfermedad y se orienta a detener su evolución desde los primeros estadios.- Tratamiento
- Terciaria: Se dirige a evitar complicaciones y recaídas.- Rehabilitación

Contacto psicológico y establecimiento de Rapport

Solo a través de la aceptación podemos generar un cambio en otro (Barragán, 2003)
El paciente necesita sentirse aceptado y comprendido. El orientador necesita comunicar aceptación modulando el tono de su voz y evitando realizar juicios que bloquearan al paciente. En la orientación por teléfono se debe tomar en cuenta la voz ya que es el vehículo para entablar comunicación con el paciente o usuario. El habla debe ser atenta, calmada y controlada.

Slaikeu recomienda que cuando quien llama este renuente a hablar o haga muchos silencios puede ser ayudado por aseveraciones breves, reflexivas, empáticas por parte del orientador, las cuales demuestren interés y un deseo de comprender la situación.

Escuchar de manera atenta los hechos y sentimientos y hacer uso de aseveraciones reflexivas empáticas ayuda a que el usuario se sienta aceptado, comprendido y escuchado.

3.15.2 Análisis de las dimensiones del problema

Puesto que la mayoría de los contactos para orientación por teléfono involucra a usuarios no conocidos previamente existe poca información para definir el problema de quien llama.

Para ubicar las dimensiones del problema el orientador debe apoyarse en la narrativa del usuario y tomar las categorías siguientes para su codificación: riesgo de mortalidad, fortalezas y debilidades, recursos, decisiones inminentes y así sucesivamente. Se pueden hacer preguntas abiertas y Slaikeu en 2000 menciona que es una táctica útil para deducir la información necesaria.

Una de las ventajas que el usuario no percibe es que el orientador telefónico puede hacer las notas necesarias y utilizar hojas de codificación de acuerdo a la problemática en este caso de adicciones. Se pueden leer diagramas de flujo al tiempo de la llamada, manuales o cualquier otra guía que de pie a una atención adecuada.

Exploración de posibles soluciones

Caplan afirma que quienes llaman con frecuencia han agotado sus recursos personales y sociales o sienten que aquellos disponibles como la familia, amigos y compañeros de trabajo no comprenden. Un contacto psicológico por teléfono es entonces una excelente oportunidad para revisar las vías que el usuario del servicio ha intentado, lo que si ha funcionado y lo que no, en fin, el orientador telefónico deberá explorar las posibles soluciones y abrir el abanico de posibilidades además de alentar al paciente a tomar decisiones en función de sus deseos.

3.15.3 Cumplimiento de la canalización

Frecuentemente los pacientes fallan en la completación de sus canalizaciones. Los bajos índices de completación se han asociado a los pacientes varones menores de 40 años y de grupos socioeconómicos muy bajos, de raza negra y /o diagnosticados como psicóticos.

Los altos índices de completación se han relacionado con personas que rebasan los 40 años, mujeres, de clase trabajadora o con diagnostico de neurosis depresiva (Slaikou ,2002).

Con todo ello Chafetz en 1968; Rogawski y Edmundson en 1971 afirman que antes de atribuir el resultado de las canalizaciones al paciente se debe revisar la disposición de las instituciones y sus programas. Por ejemplo si existe disponibilidad en la institución tratante aumenta la probabilidad de que acudan a tratamiento.

Si el consejero o la institución que remite apoyan con la transportación y se comunica con la institución tratante el intento es más productivo.

En México las listas de espera desalientan al paciente al compromiso en su rehabilitación. Lamentablemente aquellas instituciones que pueden ofrecer servicios de internamiento con un modelo mixto o multidisciplinario son costosas y por tanto inaccesibles.

Algunos pacientes buscan contacto humano antes que una canalización para tratamiento a largo plazo. Por ello es importantísimo conocer el motivo por el que acude o llama el paciente es decir detectar adecuadamente su necesidad y hacérsela saber para incrementar el éxito de la canalización.

La sugerencia de Lazarus en Slaikeu es que se identifiquen las necesidades del paciente y se trabaje con el en la elaboración de un plan de tratamiento.

3.15.4. Reincidentes

Algunos pacientes toman el servicio de urgencias y la línea de intervención en crisis como su médico o terapeuta de cabecera y esto se asocia con síntomas específicos como depresión, anorexia, pensamientos suicidas y retraso psicomotor (Rodríguez, 1984)

En Estados Unidos se encontró que estos pacientes son predominantemente mujeres con antecedentes de divorcio o viudez con personalidad indefinida y cuyos problemas son crónicos y permanentes. Bassuk y Gerson sugieren que estos reincidentes no se benefician de la evaluación y la canalización tradicionales.

3.15.5. Retroalimentación

La retroalimentación es un servicio que pocas líneas de ayuda conservan sin embargo se ha encontrado que a través del rastreo de los progresos del paciente los orientadores, psicólogos y médicos en línea llegan a comprometerse más con sus canalizaciones y la atención que proporcionan. (Bautista, 1995).

4. CONTEXTO LABORAL

4.1 Giro de la empresa y actividades principales

El conjunto de circunstancias que acompañan el presente reporte se dan en una empresa farmacéutica mexicana fundada en 1997 dedicada a la venta de medicamentos de marca a precios más bajos.

La empresa es una institución definida como entidad lucrativa de carácter privado, constituida legalmente como Sociedad Anónima de Capital Variable y se encuentra ubicada en el sector terciario de la economía (servicios).

Distribuye en el mercado, medicamentos de laboratorios nacionales que cumplen con la norma establecida por la secretaría de salud.

Su sistema de franquicias establece sus primeras sucursales en el DF y posteriormente en las principales ciudades de la Republica Mexicana. A la par de cada sucursal pone a disposición consultorios médicos donde se otorgan consultas a bajo costo.

Al 2006 son 3506 Farmacias en México y tiene presencia en Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Ecuador, Perú, Chile y Argentina. Pertenece a un grupo de empresas que han sido reunidas con el objetivo de compartir una sola misión y visión,

- El Grupo tiene como **misión** ayudar a los que menos tienen, luchar contra la corrupción, ofrecer medicamentos de calidad a un precio justo, dar consultas médicas más accesibles y dar apoyo a instituciones de asistencia social.
- Su **visión** incluye el bienestar de la sociedad mexicana a través del crecimiento de sus farmacias, consultorios, apoyo a los más desprotegidos, de asesorías legales sin costo, de talleres de conciencia ciudadana y de la atención telefónica gratuita para guía psicológica y médica.

4.2 El Centro de Atención Telefónica (CAT)

En 1997 la empresa farmacéutica crea un centro de atención telefónica para recibir las llamadas de los usuarios que deseen información del grupo.

Este centro empezó a brindar el servicio con tres operadores telefónicos. Actualmente brinda servicio las 24 horas los 365 días del año.

El Centro de Atención Telefónica (CAT) se encuentra dividido en 3 áreas principales

- Área administrativa
- Operadores telefónicos y voz del personaje que representa a la empresa
- Área medica y de psicología

4.3 Aspectos Generales.

Objetivo y Misión

Brindar el mejor servicio de calidad a los clientes vía telefónica en el menor tiempo posible.

4.4 Recursos humanos

Lo conforman 50 personas: 1 director, 1 coordinador general, 1 coordinador del área médica y de psicología, 3 supervisores, 1 encargado de quejas, 1 capacitador, 3 asistentes administrativos, 5 psicólogos, 7 médicos, 2 operadores de captura, 26 operadores telefónicos.

4.5 Recursos materiales

Mamparas, escritorios, sillas, archiveros...

Las instalaciones se han constituido de acuerdo a las normas de funcionalidad arquitectónica con las condiciones absorción sonora en pisos, aire acondicionado, instalación de red para computadora... Suficientes para lograr el entorno de trabajo idóneo. El centro de encuentra equipado con el mobiliario adecuado a la función laboral consistente en estaciones de trabajo específicas para call center, puestos de mando de supervisión, y demás equipamiento básico (sillas, materiales de oficina, etc.)

Equipo de cómputo: computadoras conectadas en red, una de ellas se ocupa como servidor para respaldar la información y procesar los datos de las llamadas.

Diademas con amplificador y supresor de ruidos que permite eliminar interferencias, y dan la oportunidad de agilizar las labores de captura de información en la medida que deja las manos libres para utilizar el teclado.

Equipo telefónico con las funciones de silencio, conferencia, transferencia, llamada en espera. En este equipo al presionar la tecla hold, el usuario de la línea o cliente escucha música instrumental y/o promocionales del CAT.

4.6 Sistemas

ACD, rutador y conmutador.

El ACD es un sistema que permite visualizar en pantalla el estatus de las extensiones, la disponibilidad, las llamadas en espera, la duración de las llamadas, las llamadas perdidas, el tiempo que tarda un operador en el baño o en su tiempo de comida, etc.

El cliente o usuario tiene la opción de elegir el servicio que busca seleccionando el número correspondiente que se presenta a través de una grabación a la que acceden marcando el número gratuito. A este sistema de selección se le conoce como árbol de decisiones.

4.7 Software

Windows XP, PLM, Internet, Monitor.

El sistema "Monitor" es el software para registrar, grabar o modificar con facilidad la información que se obtiene en cada llamada y ayuda a optimizar el tiempo de captura ya que cuenta con el despliegue de opciones para que el empleado no escriba letra a letra los datos de los usuarios como: nombre, sexo, edad, estado de la república, motivo de consulta, entre otros.

4.8 Recursos técnicos y Herramientas

Manuales, directorios, listas.

MANUALES	DIRECTORIOS	LISTAS
Manual de apoyo psicológico e intervención en crisis	Interno	Estudios clínicos
	División asistencial	Medicamentos
De intervención Médica por teléfono	Sucursales nacionales	Programas de Televisión
	Sucursales internacionales	Productos básicos
Manual de quejas médicas	Laboratorios	
Diccionario de especialidades Médicas PLM 2005 y 2006	Delegados de división asistencial.	
	Hospitales y Centros de salud	
	Organizaciones Gubernamentales, ONG Albergues Teléfonos de emergencia	
	Centros Nutricionales	

4.9 Servicios que se brindan en el CAT

En la siguiente tabla se muestran los servicios que se brindan, el número que le corresponde en el árbol de decisiones y el personal que los atiende.

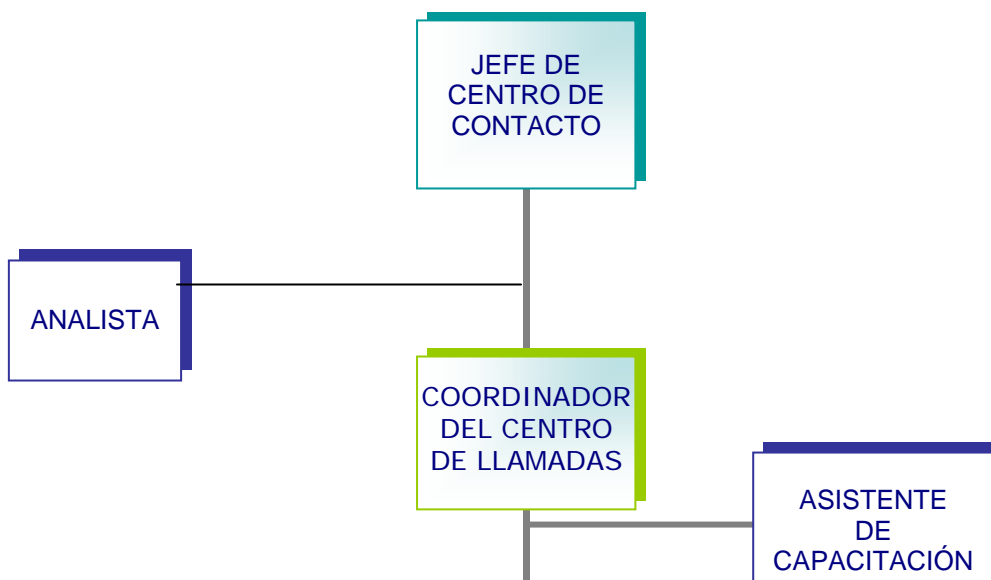
NUMERO EN EL ARBOL DE DECISION	MACROSERVICIOS	INFORMACIÓN QUE SE BRINDA	PERSONAL QUE ATIENDE
		UBICACIÓN	

1	FARMACIAS:	MEDICAMENTOS Y SUS COSTOS MAYOREO TARJETA TELEFÓNICA SIMICONDON	OPERADOR TELEFONICO
	LABORATORIOS	UBICACIÓN ANÁLISIS, PERFILES Y COSTOS INFORMACIÓN	
	FUNDACIÓN	UBICACIÓN	
	TARJETA DEL SEGURO	INFORMACIÓN APOYO INTERNO	
	DENUNCIAS	ACTOS DE CORRUPCIÓN ILICITOS INFORMACIÓN DEL MOVIMIENTO ANTICORRUPCIÓN	
2	FRANQUICIAS	INFORMACION DE VENTA	OT ESPECIALIZADO
3	VITAMINAS	INFORMACIÓN DE COSTOS	OPERADOR TELEFONICO
4	VOZ DEL PERSONAJE DEL DR	CANCIONES, ADIVINANZAS	OT ESPECIALIZADO
5	ASESORIA MÉDICA	INTERVENCIÓN MEDICA QUEJAS MÉDICAS HORA DEL DR ADICCIONES SUGERENCIAS CONDON-USO CORRECTO	MÉDICO
	ASESORIA PSICOLÓGICA	INTERVENCIÓN PSICOLOGICA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA TV ADICCIONES CONDON /USO CORRECTO	PSICOLOGO
6	OPINIONES O SUGERENCIAS AL PRESIDENTE DE LA EMPRESA	PROGRAMA EN DOMINGO CORRUPCION DEL IFE	OPERADOR TELEFONICO

OT operador telefónico

*Hora del Dr. Programa transmitido por TV que aborda diversos temas (política, salud, economía familiar, etc.)

4.10 Organigrama



En el CAT ocupo el puesto de psicóloga en el área médica, realizando las funciones de asesoría e intervención en crisis vía telefónica a toda la Republica Mexicana.

Actualmente cubro el turno vespertino que va de las 15 a las 22 hrs desde hace 3 años, habiendo laborado al inicio en el turno nocturno durante un año.

4.11 Área Médica

El lugar de trabajo propiamente al que se hará referencia en el presente es el área médica que se crea en diciembre del 2003 y comienza a brindar servicio de 24 horas en abril del 2004.

Tiene función y objetivo específico de dar respuesta a las demandas que presentan los usuarios o clientes en el ámbito de la salud física y psicológica.

Actualmente la conforman 7 médicos y 5 psicólogos.

La atención vía telefónica que se brinda se enmarca bajo los principios generales:

- a) respeto a los derechos y a la dignidad de las personas
- b) cuidado responsable
- c) integridad en las relaciones
- d) responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad

Interviene en la actualización de información sobre los temas de salud que se transmiten por televisión.

Colabora en la Elaboración y actualización de directorios.

Interviene en la capacitación y actualización de los mismos miembros del área.

El área médica y de psicología del Centro de Atención Telefónica está a cargo de una coordinación médica que a su vez cuenta con una jefatura general.

4.12 Funciones de sus integrantes

Coordinador medico

La coordinación médica es el vínculo entre la jefatura y las demás áreas y programas del Grupo.

Actualiza a médicos y psicólogos de la información nueva del servicio o del equipo. Preside las juntas del área. Supervisa a través del monitoreo a los profesionales de la salud.

Analiza y elabora reportes de calidad de acuerdo al número de llamadas recibidas, el tiempo de la llamada y los criterios establecidos para cada servicio. Brinda retroalimentación de dichas evaluaciones de manera personal y grupal por medio de grabaciones y estadísticas.

Rinde informes semanales y grupales a la jefatura del CAT, a la Presidencia del Grupo y a la Presidencia de Acción Social.

Supervisor.

Revisa y registra las actividades del centro de llamadas. Realiza monitoreo de los agentes telefónicos lo que ayuda a mantener el nivel de servicio.

Retroalimenta a los operadores telefónicos sobre sus funciones, da seguimiento y asistencia durante la operación a todas las áreas.

Médicos.

Los médicos son graduados en medicina general con conocimientos o entrenamiento en intervención vía telefónica. Atienden todas las llamadas entrantes que soliciten asesoría médica.

El servicio que otorgan es información general sobre medicamentos, farmacología, efectos de los medicamentos, contraindicaciones, etc.

Son los encargados de Informar de los estudios clínicos y de laboratorio, condiciones de los mismos y de requerirse costos y dirección más cercana.

Brindan asesoría médica general a los usuarios y canalizan a centros de atención de primer, segundo y tercer nivel con cobertura nacional en caso necesario.

Reportan las quejas de carácter médico que reciben de los consultorios que se encuentran en cada una de las sucursales. Escuchan y capturan las quejas de laboratorios.

Atienden las demandas de información sobre los temas de salud que se generan a partir de los programas transmitidos en televisión. Dan información de productos de marca propia, preservativos y vitaminas. Colaboran en la Elaboración y actualización de directorios de hospitales y centros de salud.

Psicólogos.

Es el puesto responsable de la intervención en crisis vía telefónica.

Los psicólogos pertenecientes al área médica tienen formación clínica con conocimientos y/o entrenamiento de intervención en crisis.

La participación de los psicólogos fue planeada para dar asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono. Su función es atender todas las llamadas

entrantes dando apoyo y contención ante crisis emocionales. Brindan acompañamiento, información y orientación psicológica promoviendo con ello la salud mental del individuo.

Asesoran sobre diversos temas como: desarrollo humano, problemas psicológicos asociados a la infancia, a la adolescencia, edad adulta; sobre depresión, autoestima, estrés, duelo, problemas de pareja, trastornos alimentarios, trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, esquizofrenia, violencia, sexualidad , etc.

Alientan a los usuarios a adquirir y desarrollar habilidades útiles para enfrentar las contingencias de la vida (toma de decisiones, asertividad, establecimiento de límites acuerdos, etc.)

Sensibilizan al usuario de la línea telefónica respecto a la necesidad de buscar apoyos complementarios a la atención telefónica. Refieren o canalizan hacia centros especializados, refugios o servicios institucionales cercanos a su domicilio.

Participan activamente en la impartición de breves pláticas a los demás miembros del área sobre temas de salud mental, sexualidad y calidad de vida.

Dan cursos o platicas al área de la voz del personaje que representa a la empresa para el manejo de los usuarios, en su mayoría niños que presentan alguna problemática como abuso sexual, maltrato, discapacidad o en temas específicos de sexualidad, autoestima, relaciones con sus iguales, relaciones familiares, etc. Ocasionalmente elaboran propuestas para la mejora del servicio.

En la atención ordinaria del área de psicología cada llamada tiene en promedio una duración de 19 minutos y el área medica de 6 minutos.

4.13 Normatividad

Todas las llamadas son registradas en el sistema conocido como "Monitor". Cualquier servicio que no está incluido en el sistema "Monitor" es atendido mediante formatos específicos.

La calidad de información que se ingresa en el sistema es responsabilidad del personal de cada área ya que es utilizada para evaluar el desempeño.

Toda la información registrada tiene carácter confidencial. La información es compartida solo en caso de existir previa autorización del supervisor en turno y del gerente del área.

Existen reuniones predefinidas por el supervisor y/o gerente del área cada semana, y tienen el objetivo de retroalimentar sobre la calidad, sobre la nueva información de los equipos o del servicio.

El ambiente laboral.

El trabajar en un centro de llamadas cuyo servicio de psicología representa una muy pequeña parte, pues no es su misión principal, resulta enriquecedor.

En la empresa de miles de empleados solo existen 7 psicólogos destinados a la atención en materia de salud mental; 5 en línea y dos en atención presencial.

La labor comienza desde convencer a las mandos medios de que el servicio de psicología cumple una función social importante, que la información y conocimientos tienen una base científica, que es necesario apegarse a ello para cumplir los objetivos hasta explicar porque el servicio vía telefónica no sustituye el presencial; va desde convencer y sustentar que dar una asesoría en adicciones vía telefónica esperando que con ello los pacientes se rehabiliten (es decir que suspendan permanentemente el consumo) no es viable, hasta manifestar que la llamada no puede tener una duración de 2 o 3 minutos y que la duración mayor no representa una carencia de calidad en el servicio.

Específicamente en adicciones sustentar y dar a conocer porque somos las psicólogas y médicos capacitados los que deberán atender las llamadas y no los telefonistas cuya información es limitada hasta porque los spots no deberían de manejar que tenemos la solución mágica para las adicciones.

Es pues, que laborar en el servicio de asesoría psicológica e intervención en crisis por teléfono representa un esfuerzo constante de investigación, tenacidad y fortaleza por parte de las psicólogas que en ello trabajamos.

5. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

Grupo por un País Mejor y su empresa farmacéutica dedicada a la venta y distribución de medicamentos más baratos genera un programa llamado “Plan Nacional de Lucha Contra las Adicciones y ayuda a adictos”.

Dentro de este plan se contempla ofrecer el servicio de asesoría y canalización vía telefónica contra las adicciones desde el centro de llamadas. El personal designado para la atención se concentra en el área médica.

Como parte de la difusión del Plan se transmiten 4 programas de televisión sobre alcoholismo y drogadicción dando a conocer el número del Centro de Atención Telefónica para solicitar ayuda.

Para dar respuesta a la demanda de llamadas sobre adicciones se decide que el sistema (RUTADOR) reparta las llamadas equitativamente entre las extensiones pertenecientes a médicos y psicólogos.

Las llamadas recibidas tuvieron una duración de hasta 90 minutos, el abandono de llamadas se calcula fue de 80%, la canalización no correspondió a la necesidad del usuario, existió confusión en los profesionales de la salud al brindar la atención. Se perdían llamadas, las llamadas eran largas en comparación a los objetivos del Centro de llamadas. Lo anterior debido a que en el momento del lanzamiento del Plan no se contaba con los lineamientos ni estrategias, así como la información que permitiera una atención adecuada y unificada para los usuarios interesados en el tema de las adicciones (pacientes, familiares, instituciones, etc.)

Justificación

La necesidad de crear un Manual es basada en que no existe ningún documento en el Centro de Atención Telefónica ni material de apoyo que unifique criterios y de lineamiento a las actividades para brindar la atención en adicciones vía telefónica. No existe información clara en los profesionales de la salud sobre la atención en el ramo de las adicciones.

Objetivos

El objetivo para el buen funcionamiento de un servicio de atención y asesoría por teléfono es lograr que el consejero telefónico cuente con una metodología eficiente y tenga acceso a la información relevante.

- Generar un manual de atención para médicos y psicólogos del CAT que brinde asesoría y canalización en adicciones vía telefónica.
- A través del manual brindar la guía para la identificación, la evaluación, asesoría y canalización oportunas en el servicio de adicciones vía telefónica.

Cronograma

DIFUSIÓN	PLANEACIÓN	CONSTRUCCIÓN	REVISIÓN	IMPLEMENTACIÓN
Septiembre	Octubre	Noviembre	Dic/Feb	Marzo –Abril

Procedimiento

En función de los requerimientos sobre manejo y control de un “Centro de llamadas”, se decidió elaborar un Manual destinado al área médica que cumpliera con los objetivos anteriormente citados y ya conocidos que son primeramente recibir llamadas relacionadas a la problemática de las adicciones vía telefónica y en consecuencia brindar atención al respecto de manera inmediata para, en segundo término, lograr canalizar hacia otras instituciones a las personas afectadas; la resolución no se hizo esperar y se vio constituida por la elaboración de un manual que integrara tanto la culminación de los propósitos de la empresa como la organización , evaluación y control internos.

El procedimiento se dividió para fines prácticos y descriptivos en tres etapas Planeación, Construcción e implementación.

5.1. Planeación

Antes de la construcción del Manual se formó un esqueleto con los principales puntos a tomar y partiendo de las necesidades de los profesionales de la salud que atienden las llamadas de adicciones. En dicho punto se consideró el carácter multidisciplinario de los integrantes del área, médicos y psicólogos.

Se elaboró un inventario de la información que debía contener el Manual y que obedeció a la necesidad expresada por médicos y psicólogos del Centro de Atención Telefónica

Se definieron los objetivos del Programa, se delimitó el alcance que pudiera tener el Manual, se establecieron los lineamientos para que coincidieran los objetivos del Programa Nacional con los objetivos del área buscando que fueran acordes con la normatividad oficial vigente de la secretaria de salud.

La presentación de la propuesta de elaboración consistió en una breve plática en donde se proporcionaron por escrito las partes que lo conformarían es decir su estructura y las ventajas de su implementación.

Se presentó el programa de trabajo, se acordó un calendario y un formato de presentación con la coordinación del área médica y del centro de llamadas

Para mantener su vigencia se contemplo que existiera una actualización periódica donde se incluiría la información relevante en el campo de las adicciones y la operación en cuanto a sistema de captura.

5.2. Construcción

La construcción está basada en el rubro de referencia de casos de la norma oficial vigente (Norma-028-SSA2-1999) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Se tomó en cuenta el personal al que se dirige, las características de la atención que se brinda, los objetivos del servicio, la información del Plan Nacional, los instrumentos a los que se puede tener acceso en cuanto a directorios y equipo.

Otras variables que se tomaron en cuenta para la construcción del Manual fueron los criterios básicos de intervención en crisis, las Instituciones que se inscribieron para participar en el plan, las modalidades de tratamiento de las mismas, la posible población usuaria del servicio (pacientes y familiares).

En la Investigación documental se recabó información de interés relacionada con la atención en adicciones, los temas principales fueron: Diagnóstico y evaluación en el campo de las adicciones, modelos de atención modalidades de tratamiento, instituciones que brindan atención, consecuencias del consumo, manejo de emergencias por intoxicación, manejo de síndromes de abstinencia y supresión, la familia del enfermo de adicciones, consejos útiles para la familia, la atención vía telefónica, las normas que rigen la atención en el campo de las adicciones.

Se visitaron las bibliotecas o centros de documentación de CIJ, Facultad de Psicología de la UNAM, CONADIC, Instituto Nacional de psiquiatría. Durante la investigación documental, el procedimiento consistió en conocer, describir y ordenar la información

Se generó a la par un directorio especializado para efectos de canalización y poder contar con los elementos necesarios, esto es, una base de datos actualizada de Hospitales, Instituciones, Centros de Apoyo, Centros de Rehabilitación y desintoxicación, Instituciones que brinden apoyo psicológico Grupos Organizados e incluso terapeutas privados para aquellas personas que busquen terapia personalizada.

Se realizaron algunas visitas a 3 centros de atención y rehabilitación para conocer los diferentes tipos de intervención y se escucharon algunos testimonios de personas rehabilitadas.

La construcción fue bajo los criterios que todo instrumento debe contener y que pretende ser una guía:

Claridad

Que significa que los términos sean concisos y aquellos que se presten a confusión sean definidos en un anexo que facilite la revisión.

Especificidad.:

Que implica tener claros los alcances del Manual y si este cumple con la función esperada.

Aplicabilidad. :

Que esté adaptado a las necesidades de la población solicitante y que ofrezca recomendaciones prácticas confiables y clínicamente importantes para los psicólogos y médicos del CAT.

Congruencia con sus objetivos:

Significa que exista una secuencia acorde con el orden habitual de la atención de un paciente.

Se planeo que un profesional en el campo de las adicciones hiciera una revisión del trabajo concluido y cotejara la correspondencia con los objetivos planteados. En este caso el Dr Rafael Arista Amado coordinador del Plan Nacional de Lucha contra las Adicciones quien tiene formación de médico especialista en adicciones por CIJ.

La autorización y revisión final quedo al cargo de la Vicepresidenta de Acción Social, la coordinadora del área con formación de médico y el encargado del Centro de llamadas, licenciado en administración.

5.3 Implementación

Una vez aprobado el Manual se convocó al personal y se realizó la presentación del mismo. Para dar continuidad y homogeneizar el servicio, la coordinación del área médica realizó monitoreos que consistieron en escuchar el manejo de llamadas de los médicos y psicólogos. Para ello se cuenta con un sistema que graba, si se desea, las llamadas recibidas. La gerencia del CAT realizó llamadas de prueba.

La coordinación del Plan Nacional impartió dos cursos de capacitación en donde se explicó claramente los puntos a considerar para la intervención contenidos. La coordinación medica efectuó la retroalimentación del monitoreo cada semana y hasta la fecha.

IMPLEMENTACIÓN	
CAPACITACIÓN	MONITOREO
MARZO	ABRIL

5.4 Técnicas utilizadas

La **observación directa** se utilizó para conocer la problemática existente durante la atención. Se realizo una reunión aplicando la dinámica de **lluvia de ideas** con psicólogos y médicos para conocer su necesidad La coordinación del Plan Nacional aplico un examen para medir el conocimiento de los médicos y psicólogos sobre el tratamiento de las adicciones. Dicha información también fue tomada en cuenta para elaborar el manual.

La **entrevista** como técnica consistió en celebrar 2 reuniones con el encargado del Plan Nacional y la coordinadora del área para conocer los objetivos que cada uno perseguía en cuanto a la atención vía telefónica. Esto sirvió para obtener la información preeliminar para efectos de plantear modificaciones al servicio brindado.

La investigación documental se basó en la revisión de fuentes primarias, libros, revistas y artículos específicos del tema.

5.5 Población de aplicación

7 médicos y 5 psicólogos.

5.6 Instrumentos y equipo

Manual de Saptel, examen diagnóstico perteneciente a la Coordinación del Plan Nacional de Lucha contra las adicciones, Manual de atención psicológica del Centro de Atención Telefónica (CAT, 2003).

5.7 Materiales

Papelería en general, equipos de cómputo, textos bibliográficos, impresiones suficientes para la población a la que se dirige.

5.8 Estructura general del Manual

5.8.1 Título

Manual de atención para médicos y psicólogos de un Centro de Atención de Llamadas: asesoría y canalización en adicciones vía telefónica.

5.8.2 Objetivo General

- A través del Manual brindar la guía para la identificación, la evaluación, asesoría y canalización oportunas en el servicio de adicciones vía telefónica del CAT.
- Sensibilizar a médicos y psicólogos para dar una atención de calidad y calidez en adicciones

5.8.3 Objetivos Específicos

- Ubicar la participación y el lugar que le corresponde a cada uno de los integrantes del centro de llamadas en el servicio de adicciones.
- Describir las actividades que deben ser desarrolladas por los miembros del área y los procedimientos a través de los cuales esas actividades serán cumplidas.
- Clarificar la acción a seguir y las responsabilidades a asumir en aquellas situaciones en las que puedan surgir dudas respecto a la atención que debe

ofrecer o a la decisión a tomar. Que el manual funja como fuente de consulta y también como inventario de lo que se realiza en el área

5.8.4 Descripción del instrumento

- Contiene la Introducción al Plan Nacional de Lucha Contra las Adicciones, recomendaciones generales de la atención vía telefónica, protocolo de atención y captura, flujo de una llamada, evaluación, criterios de canalización, modelos de atención, Instituciones que integran el directorio, recomendaciones para médicos y psicólogos, qué hacer en casos de intoxicación, recomendaciones a la familia y la mención de los factores de riesgo y de protección.

5.9 Otros elementos complementarios

5.9.1 Capacitación Recibida sobre adicciones.

- Curso de manual (EMPRESA FARMACEUTICA)
- Curso de adicciones (Instituto CALMA)
- Curso de canalización oportuna (CIJ)

5.9.2 Actividades constantes en el Programa

- Retroalimentación
- Sistematización de la información
- Capacitación
- Actualización de la base de datos y del directorio de instituciones
- Promoción del servicio

5.9.3 Difusión y promoción

La difusión del servicio empezó en 2004 y se enfocó en dar a conocer los horarios de atención y el número telefónico de apoyo. Las acciones de difusión consistieron en: spots de televisión y radio, dípticos, desplegados en prensa y revistas. espectaculares., promocionales: llaveros, gomas, etc.

6. RESULTADOS

Como consecuencia de la implementación del manual se obtuvieron los siguientes resultados.

Se evaluó el servicio a partir del número de llamadas recibidas, la duración de las llamadas y el porcentaje de abandono. La muestra fue tomada del sistema de registro del Centro de atención Telefónico del CAT, correspondiente a los meses de abril a septiembre de 2005, buscando con ello tener los registros completos de un semestre de trabajo. Los resultados se presentan en porcentajes y promedios debido a que es una muestra no probabilística.

Tabla 1. Porcentaje y número de llamadas recibidas por clasificación en el periodo de abril a septiembre de 2005.

Clasificación	No. Llamadas	Porcentaje
Medica y de psicología	16287	90.25%
Adicciones	1733	9.75 %
Total	18020	100%

La tabla anterior se elaboró tomando en cuenta el número total de llamadas que entraron al área médica y psicológica aislando las de adicciones. Con este respecto se tiene que el 9.75 por ciento fueron de adicciones.

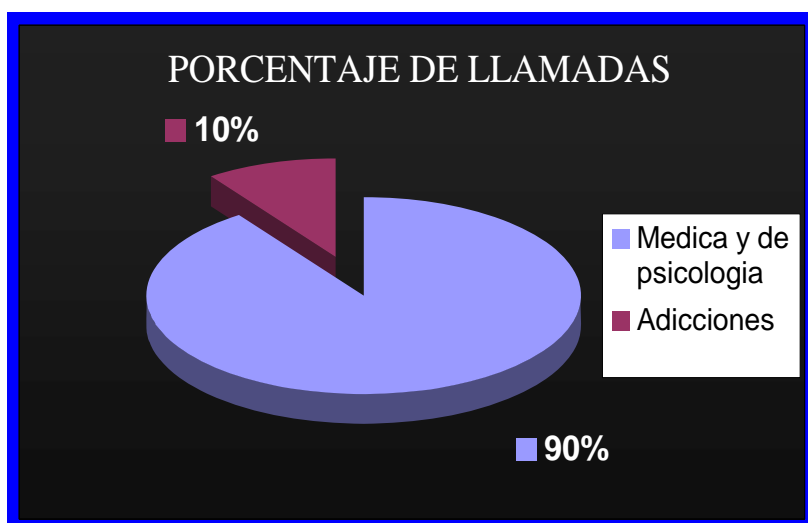


Figura 1. Porcentaje de llamadas recibidas en el periodo de abril a septiembre del 2005

La siguiente figura muestra el nivel de servicio antes de la planeación e implementación del manual que fue de 20% lo que equivale a un **80 % de abandono de llamadas**. Muestra como una vez implementado el manual el nivel de servicio fue de 96% equivalente a un **4 % de abandono**.

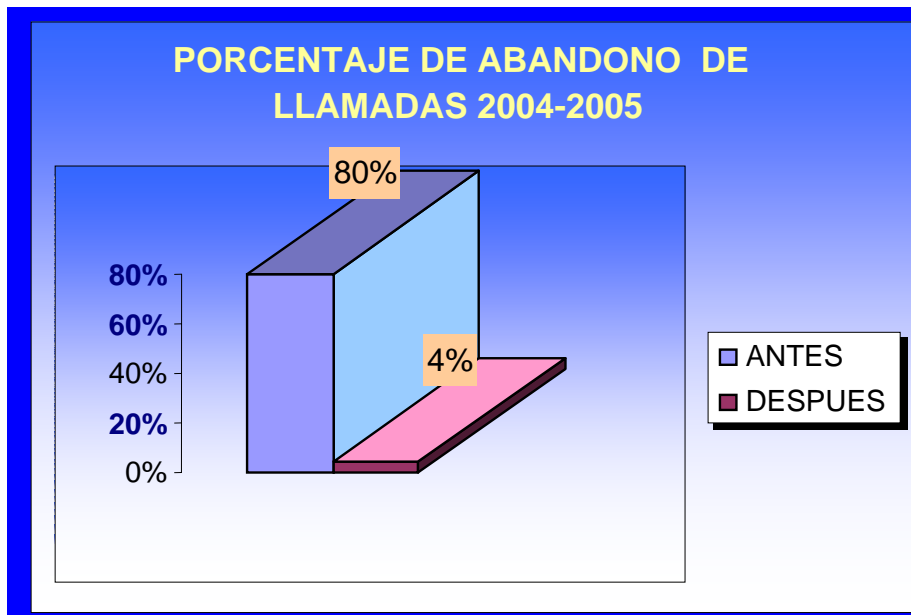


Figura 2. Porcentaje de abandono de llamadas.

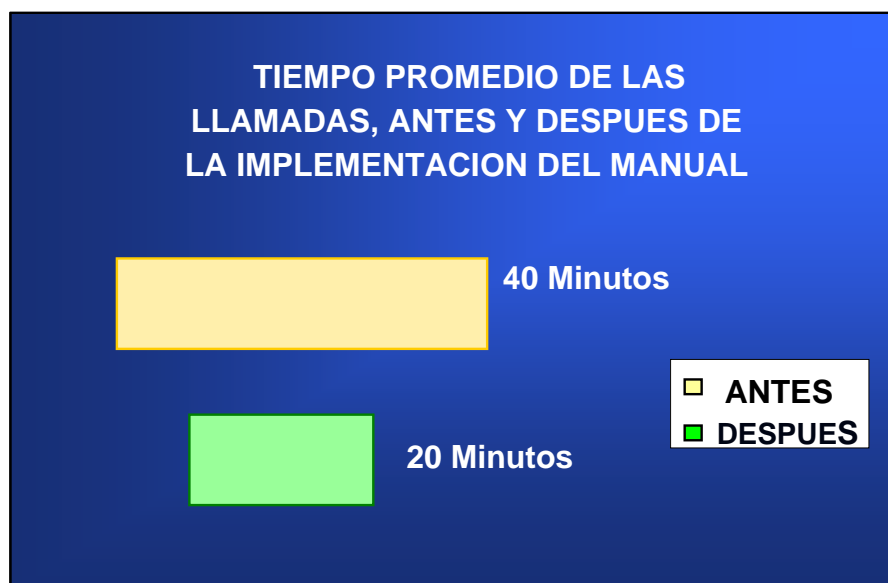


Figura 3. Tiempo Promedio de las llamadas antes y después de la

Implementación del manual.

En total se recibieron 18020 llamadas en el área médica y de psicología de las cuales 1733 fueron específicamente de adicciones (figura.1) Esto representa el 10% del total de llamadas recibidas.

En la figura 3 se observa que la duración de las llamadas disminuyó de 40 a 20 minutos, situación que coincide con la implementación del manual.

El sistema ACD arrojó que el nivel de servicio cambió de un 20% a un 96%, lo cual indica que el abandono de llamadas disminuyó de un 80% a un 4% (figura 2). Aunque no podemos concluir que estos datos hablan de que el manual es la única variable que influyó para disminuir los tiempos ya que los programas de televisión cesaron y la difusión dejó de ser prioritaria para la empresa.

El manual constituye una de las herramientas básicas con que cuentan los profesionales (médicos y psicólogos) del Centro de Atención Telefónica para el buen desarrollo de sus funciones en el servicio de adicciones. En el servicio vía telefónica solo podemos contar con el interrogatorio y por ello el Manual constituye una aportación que dio solución a las confusiones que existían en médicos y psicólogos. Los psicólogos y médicos reportaron que el manual les daba estructura durante la atención de llamadas ya que en algunas ocasiones tenían que dejar hasta varios minutos en espera al paciente o familiar por no tener claro el objetivo del servicio que brindaban, el motivo de llamada o la información solicitada.

Con lo anterior se concluye que gracias al Manual la toma de decisiones no quedó supeditada a improvisaciones o criterios subjetivos del profesional actuante sino regido por normas que mantienen continuidad.

Las llamadas fueron escuchadas y grabadas para retroalimentación del área encontrando que la atención se volvió homogénea y acorde a lo estipulado en el manual.

La coordinación del Plan Nacional, la coordinación del área médica y la dirección de acción social hicieron llamadas de prueba confirmando que psicólogos y médicos se apegaban a lo establecido en el Manual.

Al conocer los datos y las formas de canalización, la clasificación y captura; se facilitó el control por parte de los supervisores al existir un instrumento que define con exactitud cuales son los actos delegados.

Facilitó la capacitación del personal de nuevo ingreso hasta la fecha. Ayudó a la planificación, coordinación y control del área al tener claramente determinados los objetivos y las responsabilidades para cumplirlos.

Economizó tiempo (fig.3), es decir, se pudo reducir el tiempo en llamada al brindar soluciones a situaciones que antes debían ser analizadas, evaluadas y resueltas en cada caso.

6.1 Otros cambios percibidos.

Evaluar solo cuantitativamente nos perdería de la posibilidad de conocer todo lo que sí se ha logrado en la atención de personas enfermas de adicción y sus familiares es por ello que se presenta a continuación un análisis cualitativo de los efectos del manual y del servicio que se brinda en el CAT.

La **introducción** contiene la información del Plan Nacional de lucha contra las adicciones, esta información permitió a médicos y psicólogos conocer por vez primera los objetivos del plan y durante la atención con los usuarios pudieron dar dicha información a instituciones interesadas en recibir o dar apoyo.

El **flujo de la llamada** permite tener una presentación gráfica y explícita de los pasos a seguir que son el saludo establecido, la detección de necesidades, la evaluación diagnóstica, la canalización y/o plática psicoeducativa y la despedida que la empresa exige.

Sobre todo en la detección de necesidades se observó que médicos y psicólogos, quienes a veces se preguntaban que habían hecho mal para que los usuarios terminaran “hablando de su infancia”, pudieran concluir la llamada tras haber cumplido el objetivo tanto del servicio como del usuario.

En las **recomendaciones generales** se tocan puntos básicos de la intervención en crisis y se hace referencia a la importancia de no juzgar al paciente. Esto con la intención de generar un cambio de actitud en médicos y psicólogos quienes en ocasiones ven las adicciones como un vicio y no como una enfermedad. Este estigma como lo llama Manuel Guisa en el 2002 ha permanecido en la sociedad y la única

forma de quitarlo es a través de la investigación científica y de la información veraz de la enfermedad

Se busca que las personas puedan sentirse motivadas a la acción con una intervención de respeto y aceptación. En el CAT la asesoría ya no se brinda asesoría a manera de regaño en donde se juzgue al paciente.

El protocolo de atención contiene la forma en que se debe atender la llamada, contiene palabra a palabra el saludo y la despedida tomados en cuenta para las evaluaciones que la coordinación realiza. Se observó que la implementación del Manual junto con el monitoreo diario generó aciertos en la calificación final de los profesionales en este punto.

El rubro de **clasificación y captura de datos** define cada uno de los espacios a llenar durante la llamada. Basados con el orden habitual de la atención de un paciente; motivo de llamada, tipo usuario, sustancia consumida, si ha recibido algún tratamiento, solución, canalización y notas. Se observó que los datos capturados contenían menor número de errores ortográficos y de clasificación.

Criterios de canalización: Los criterios utilizados en el servicio de asesoría y canalización en adicciones para referencia de personas que presentan uso, abuso y dependencia de drogas son basados en la **NOM-028-SSA2-1999** para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en su rubro de referencia de casos. En dicho rubro se establece que para enviar a una persona a un establecimiento para su tratamiento deberán tomarse en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrón de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo. Cabe destacar que con ello el manual sistematizó la información por apartados. Las canalizaciones que a partir del manual se registraron en el sistema se hicieron no con base a un domicilio sino a la necesidad del usuario y a la evolución de la enfermedad.

Incluso con aquellos que por su estado de intoxicación solo recibían un corte de la llamada se generó un cambio. El manual contempla claramente que en el caso de poder entablar una plática coherente es necesario solicitar y explorar si existe una red de apoyo, familiares o amigos cercanos que estén dispuestos a ayudar durante la intervención, obteniendo que en algunos casos se pudiera cumplir con el objetivo de involucrar a la familia en el tratamiento.

Al conocer las **modalidades de los tratamientos**, que la enfermedad tiene una evolución, que no es lo mismo un usuario experimental que un dependiente (contenido en el rubro de criterios de canalización, modelos de atención, instituciones que integran el directorio) se logró utilizar de mejor forma el directorio que hasta ese entonces sólo era utilizado para remitir a CIJ.

Al respecto los pacientes y sobre todo los familiares se mostraban desilusionados por la referencia ya que en muchos de los casos ya habían acudido a la institución y no querían regresar debido a que el paciente había abandonado el tratamiento en las primeras sesiones mencionando que les dan cita hasta dentro de un mes tiempo en el que la crisis había pasado y las circunstancias impedían que el paciente pudiera involucrarse y responder activamente en el tratamiento y que se pudiera establecer la adherencia institucional.

Con ello atendimos la demanda de aquellos usuarios que ya conocían la institución referida, que ya habían cursado un tratamiento o que por la evolución de la enfermedad requieren de un modelo alternativo con modalidad de internamiento, como aquellos basados en la fé.

Algunos pacientes reportan que han acudido a diversos tratamientos y sin embargo no han podido rehabilitarse, a esto se le llama posible comorbilidad psiquiátrica. Díaz Barriga en 2002 apunta a la necesidad de ubicar este tipo de pacientes cuyo consumo es un síntoma asociado a un trastorno primario, como en el caso de la depresión con el consumo de cocaína o la esquizofrenia con el consumo de marihuana, trastorno de pánico y consumo de alcohol, trastorno de personalidad limítrofe y abuso episódico de diversas sustancias.

Para ello se contempla la posibilidad de referir a centros de Salud Mental, hospitales psiquiátricos y hospitales regionales que cuenten con especialistas para realizar un diagnóstico diferencial al tiempo de el servicio de desintoxicación.

Una entrevista adecuadamente realizada puede dar cuenta al paciente de su necesidad y movilizarlo de la precontemplación a la acción esto contenido en el **Script**.

Al preguntar que le ha funcionado para mantener la abstinencia se le esta induciendo a un ejercicio de reflexión y de auto introspección.

El preguntar sobre las ventajas y/o desventajas de seguir consumiendo, el preguntar que esta dispuesto a realizar para mejorar, el preguntar sobre la historia de consumo tiene el doble propósito de conocer el patrón de consumo y que este pueda realizar un ejercicio de honestidad consigo para dar cuenta de los recursos que posee.

El apartado de **Factores de riesgo** dio una herramienta importante a médicos y psicólogos ya que podían con esta información involucrar a madres y esposas que preguntaban qué hacer y como podían ayudar a su familiar enfermo. Se toca un punto importante en cuanto a que la desintoxicación solo es el primer paso y que no se puede concluir que un solo factor influyó en sus hijos y esposos para que enfermaran. Con ello se intenta inyectar curiosidad por saber más, tomar tratamiento, pláticas o incluirse en un grupo de autoayuda también.

La empatía es un punto que el Manual contempla en todo el documento para poder ayudar a pacientes y familiares a movilizarse a un tratamiento.

El apartado de “los **nombres populares**” ayuda a que el lenguaje del solicitante pueda ser comprendido por médicos y psicólogos que no conozcan sobre las sustancias y al tiempo puedan establecer el Rapport sin obstáculos.

Producto de los spots en televisión muchos familiares llamaron con la expectativa de una pastilla mágica que cura las adicciones y otros con la firme idea de que se ofrecía un tratamiento novedoso y rápido para evitar que su paciente consuma sustancias. El apartado de **la familia** contempla dicha situación en donde literalmente el especialista debe mencionar que nos encontramos frente a una enfermedad que requiere el compromiso de la familia y del paciente a un proceso (tratamiento) que no es mágico.

El tratamiento parte en la desintoxicación y finaliza en la inserción a la sociedad. Por otra parte algunas personas solicitaban explícitamente que se convenciera a su familiar (en estado de intoxicación) a que ya no consuma o solicitaban un regaño con la idea de que con ello bastaría.

La intervención de los médicos y psicólogos consiste en explicar que un regaño no ayuda ya que por lo regular ya han recibido consejos de familiares y amigos, que la enfermedad solo va a responder a un tratamiento integral y que lo que menos necesita un paciente es ser juzgado o tratado de forma peyorativa. La fuerza que sustenta un

buen servicio de atención en el campo de las adicciones debe incluir un enfoque de tratamiento multidisciplinario con énfasis en los componentes bio-psico-sociales combinado con el conocimiento de las drogas de abuso y la utilización de programas adjuntos que hayan demostrado eficacia auxiliar en el manejo de estos pacientes (CIJ, 2002). El manual hace referencia a la parte física, psicológica, social y sugiere el trabajo en conjunto de médicos y psicólogos del Centro de Atención.

7. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

7.1 Alcances.

A manera de conclusión se puede mencionar que el manual explica paso a paso el procedimiento para realizar la canalización y asesoría adecuadas. Contiene información relevante que sirve de control y evaluación interna. Auxilia para el desarrollo correcto de las actividades y contiene la descripción de tareas a realizar. Es útil en la inducción del puesto. Brinda información a cualquier área de la empresa y constituye una base para el mejoramiento del servicio.

La asesoría y canalización resulta benéfica para el usuario consultante que en su mayoría son personas de muy bajos recursos que no cuentan con otro medio para contactar a unidades especializadas.

Desde que inició el servicio se han recibido llamadas de pacientes o familiares que desean felicitar el apoyo brindado estas pese a que no son datos estadísticamente significativos han sido un aliciente para seguir mejorando.

7.2 Limitaciones.

Los efectos del manual y por tanto del servicio que se proporciona no pueden evaluarse cuantitativamente y directamente con los usuarios ya que en la empresa no existe la infraestructura para tales fines.

Por las características del servicio en cuanto al anonimato y a la veracidad de los datos que los usuarios de la línea proporcionan, resulta difícil realizar un seguimiento por cada asesoría y por cada canalización brindada y no existe la infraestructura en la empresa para esa evaluación.

Debido a los tiempos de implementación del sistema de recolección de información sobre los usuarios no fue posible realizar el análisis comparando el número de llamadas antes y después de la implementación del manual.

Durante la atención de llamadas nos encontramos con algunas dificultades una vez superada la de criterios y conocimientos ya que el directorio a Nivel Nacional de las instituciones no cuenta con aquellas que combinen una atención con enfoque multidisciplinario de internamiento y los costos accesibles para la población demandante.

CIJ (Centros de Integración Juvenil) tiene varios centros de tratamiento residencial de la farmacodependencia, sin embargo por propia voz de los pacientes refieren que es un servicio difícil de acceder pues los profesionales recomiendan primero el tratamiento ambulatorio

Los costos del tratamiento interdisciplinario en cualquier otro lugar son elevados para los usuarios lo cual explica que recurran a granjas o grupos que no se encuentran reconocidos por la secretaria de salud y que violan los derechos humanos básicos.

Muchos familiares han sido “vacunados” para comprometerse a un tratamiento profesional debido a que en un inicio no recibieron la información necesaria ni el tratamiento acorde a la evolución de la enfermedad. Algunos familiares solo quieren deshacerse de su familiar porque roba y es agresivo y no están dispuestos a recibir asesoría.

Otros familiares se mostraron molestos al conocer que la empresa farmacéutica no había creado la píldora mágica que resolvería los problemas de adicción en su familiar y se mostraron renuentes a recibir mayor información.

7.3 Sugerencias

Los métodos de evaluación de calidad de la atención psicológica tienen que ser específicos y adecuarse a las características de cada centro o unidad asistencial. Algunos atributos fundamentales para evaluar el desempeño en el suministro de servicios y sus herramientas son:

- **Disponibilidad**

El grado con que un servicio está disponible, siempre que los clientes necesitan (por ejemplo, 24 horas por día, 365 días al año).

- **Accesibilidad**

El grado con que los clientes consiguen contactar.

- **Cortesía**

El grado con que el psicólogo demuestra un comportamiento cortés y profesional .

- **Agilidad**

El grado con que una Unidad de Atención rápidamente satisface la solicitud de los clientes.

- **Confianza**

El grado con que el psicólogo demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable.

- **Competencia**

El grado con que el psicólogo demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar el servicio (por ejemplo, la persona que me está atendiendo ¿es capaz de responder a mis preguntas?).

- **Comunicabilidad**

El grado con que el proveedor del servicio se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento.

En base a los criterios de calidad se hacen las siguientes propuestas:

1) Para evaluar el servicio de asesoría y canalización en adicciones se puede medir la satisfacción del usuario al término de cada llamada si el paciente no se encuentra en crisis. El cuestionario puede ser aplicado también en días posteriores llamando a los usuarios de forma aleatoria para obtener datos objetivos.

Para ello se necesita elaborar un cuestionario encaminado a medir la satisfacción del servicio con base en los criterios de calidad antes citados. Este cuestionario debe ser breve, conciso y fiable, con un máximo de 5 o 10 preguntas, de modo que no entorpezca el ritmo de trabajo de los profesionales.

2) Otra forma que no excluye a la anterior es incluir en el sistema de registro el seguimiento para cada paciente que nos devuelva la llamada. El manual contempla este servicio pero no ha sido habilitado hasta la fecha.

Para incentivar a las personas a que vuelvan a contactarnos ofrecerles el envío de material informativo de las adicciones en su siguiente llamada.

3) Con las instituciones inscritas en el Plan Nacional **rastrear** aquellos pacientes y familiares que solicitaron ayuda y se movilizaron hacia el tratamiento. Puede llevarse a cabo con llamadas de salida o vía correo electrónico los primeros días de cada mes.

4) Realizar el monitoreo de las llamadas bajo criterios de calidad mas específicos complementará la evaluación del servicio. (Ver hoja de evaluación en Anexo)

Es clara la tendencia de la población mexicana en la conducta y afección de las adicciones, el pronóstico en esta tendencia es claramente a la alza, es indiscutible la obligatoriedad de la aplicación de los mecanismos tecnológicos participantes de las actividades cotidianas de la población, el teléfono se ha constituido como una de las herramientas más indispensables en estas actividades; su tendencia en su uso es también a la alza, no puede menospreciarse a otros tantos recursos tecnológicos de reciente adopción como la internet y las comunicaciones satelitales; por otro lado es de igual modo claro y evidente la presencia de otros medios de comunicación que se han arraigado para no desaparecer muy prontamente como radio, prensa, televisión entre otros, es en este contexto en donde debe aplicarse una insistente participación de los profesionales de la salud en materia de prevención y atención de las adicciones, el trabajo en esta materia dentro de este contexto es arduo y profundo, observó una perspectiva en la que hace falta, mucha falta una mayor presencia de recursos públicos y privados para atender esta demanda de salud de la población.

Por lo reciente de la aparición del servicio de adicciones en este centro de atención telefónica al que se ha dedicado la creación del multicitado manual, es necesaria la revisión de múltiples variables que pueden dar pauta para la inferencia de nuevas formas de atención a la problemática, variables que corresponden a nuevas líneas de investigación y que no han sido todavía incluidas en su vinculación con los instrumentos de atención telefónica; es pues, una visión a futuro incluyente de estas variables para nuevas correcciones y aportaciones para cumplir cabalmente con la misión propuesta, la puerta debe quedar abierta.

La instalación de un servicio de asesoría y canalización en adicciones ha confirmado su operatividad en tanto que facilita y da oportunidad a las personas que se encuentran a distancias insalvables por otros medios de acceder a un servicio de tal naturaleza.

En relación al Centro de Atención Telefónica y en particular a su situación actual respecto de la futura actuación del mismo es certero que habrá de proseguir el desarrollo natural, se deberá adaptar a los ritmos cambiantes de la sociedad y a la muy lamentable aparición de nuevas sustancias adictivas que de manera inaceptable aparecen en la población menos favorecida, y es precisamente allá donde deberá edificarse un programa mas pero dirigido especialmente a la prevención; el camino apenas comienza.

8. OTROS HALLAZGOS

A continuación se presentan las características de las llamadas recibidas en seis meses de trabajo a partir de la implementación del manual.

Las llamadas son explicadas en porcentajes con el objetivo de dar a conocer la población que nos llama y poder dirigir a esta las modificaciones propias de la actualización del multicitado manual.

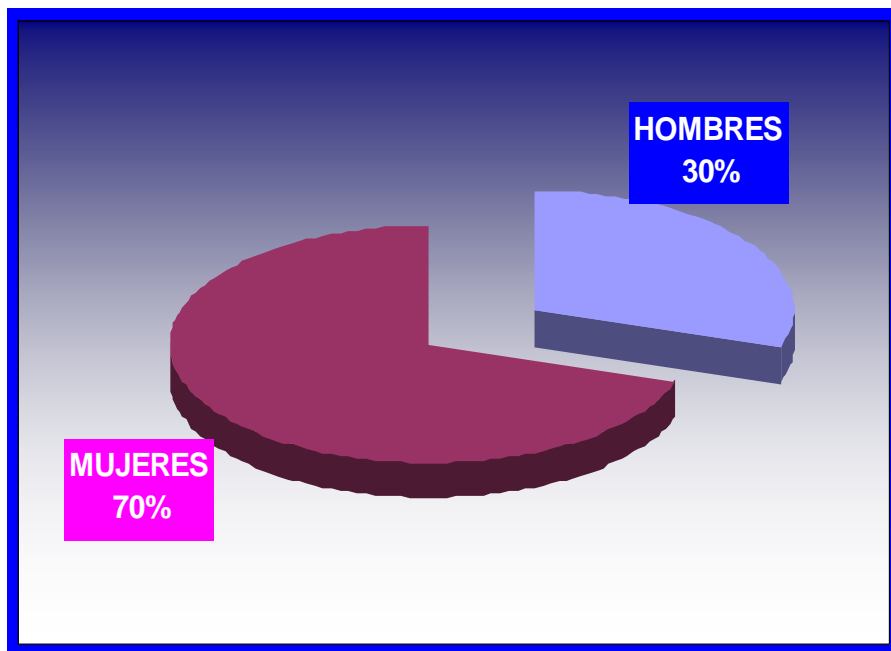


Figura 4. Porcentaje de llamadas por sexo.

Del total de las llamadas se encontró que el 70% las realizó una mujer en su mayoría familiares que solicitan ayuda.

En ese sentido el manual podría contener mayor información para los familiares mujeres y reforzar los conocimientos sobre la codependencia que viven para referirlas a un grupo o institución que las ayude.

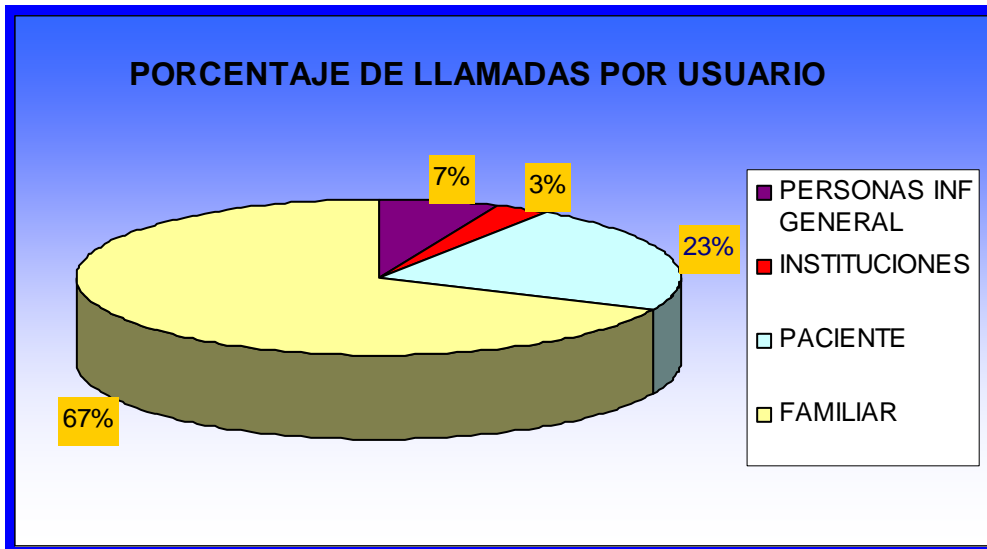


Figura 5. Porcentaje de llamadas según el tipo de usuario.

Los resultados nos muestran 113 llamadas de Personas que requirieron información general sobre adicciones para darla a un tercero (que no era familiar con problemas de consumo) como vecinos y maestros que pretendían prevenir el consumo de sustancias en su comunidad esto es un 7% del total de las llamadas.

Se recibieron llamadas de alrededor de 53 Instituciones, organizaciones o personas que deseaban inscribirse en el directorio y /o solicitaban apoyo para su organización. Dichas instituciones fueron canalizadas para su seguimiento a la coordinación de adicciones .

Llamaron 390 Personas que consumen algún tipo de sustancia (pacientes), en busca de algún tratamiento o medicamento para evitar el consumo. Posiblemente y dadas las características de la enfermedad el porcentaje de pacientes que solicitan ayuda es menor.

Como lo muestra la Figura 5 un 67% de las llamadas que se recibieron fueron de personas que tienen un familiar consumiendo alguna sustancia adictiva.

Con ello nos damos cuenta que puede ser necesario ampliar y mejorar la información dirigida a los familiares de usuarios de drogas, además de implementar en el sistema de registro la opción de especificar el tipo de parentesco con dicho familiar, ya que en una observación “empírica” inicial parece determinar que son principalmente la madre, la esposa o la hermana del usuario de drogas las que más solicitan la información.

Con este respecto será también interesante explicar sobre la codependencia y ampliar el directorio con instituciones que brinden tratamiento al respecto no solamente Alanon, Neuróticos Anónimos y Adictos a las Relaciones Destructivas.

La Siguiete figura muestra el número de llamadas según el medio de difusión por el que el usuario se enteró del servicio

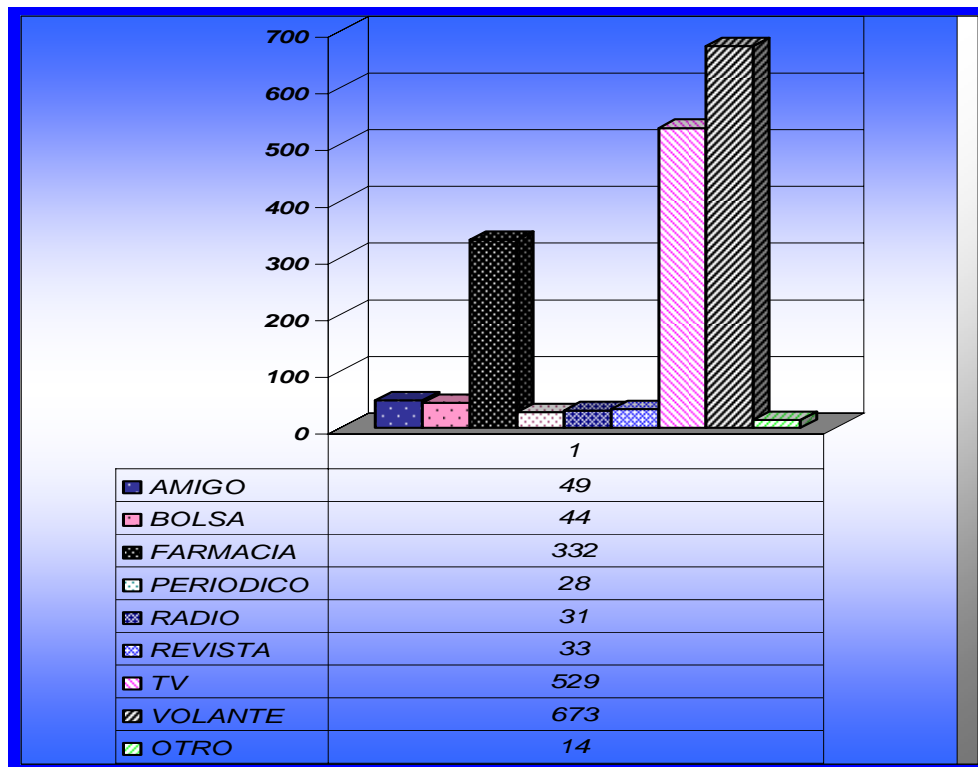


Figura 6 Llamadas según el medio por el que se enteraron

Los volantes fueron el medio de difusión con el cual más número de usuarios se enteró del servicio, aun más que los medios masivos de información como la televisión. Será de interés seguir evaluando el impacto que causa el material de difusión impreso para dar rumbo a la difusión del servicio.

En la siguiente tabla se presenta el número de llamadas según el tipo de sustancia que el usuario refirió ser utilizada.

Sustancia	Llamadas	Porcentaje
DROGAS	1238	71%
ALCOHOL	444	26%
TABACO	51	3%

Tabla 2.

Llamadas según

la referencia de sustancia

En la siguiente gráfica se observa el porcentaje de llamadas recibidas por sustancia en el periodo de abril a septiembre.

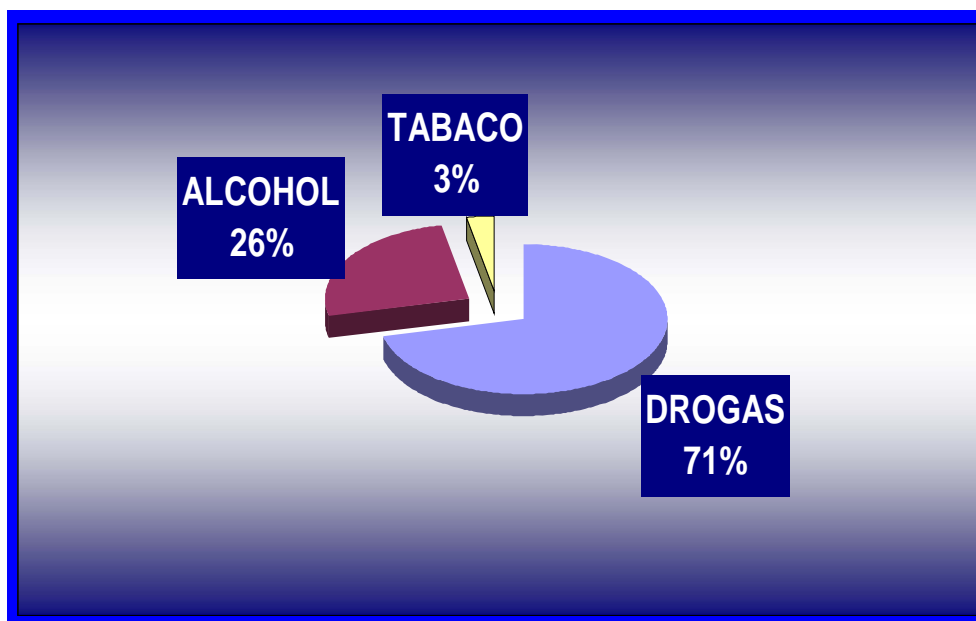


Figura 7 Porcentaje de llamadas por sustancia.

Las llamadas que más se recibieron fueron las relacionadas al consumo de drogas que no son ni alcohol ni tabaco. En este aspecto queda incompleta la información ya que en el rubro de “drogas” no se especifica adecuadamente del tipo de droga que se trata. Lo anterior nos orienta a que en el sistema de registro se tenga la opción de especificar el tipo de droga al que se refiere el usuario.

Además de ser necesario reforzar en los profesionales que atienden las llamadas en cuanto a droga de impacto.

Uno de los rubros que se pregunta a los usuarios, es si ha recibido atención médica o de otra índole con anterioridad para su problema de adicción. Se presenta los porcentajes y se esquematizan en la siguiente grafica.

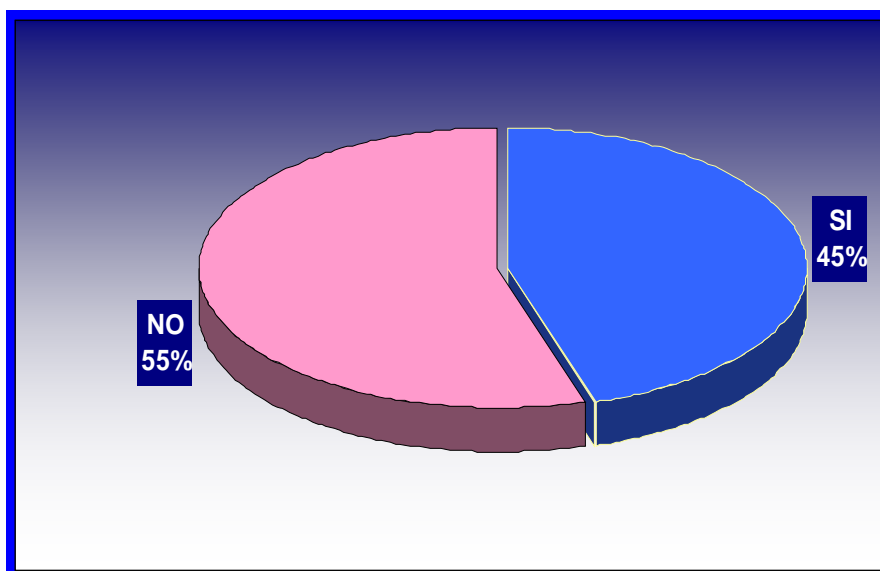


Figura 8 Porcentaje de personas que habían recibido algún tratamiento con anterioridad.

En las llamadas se observa que en un gran porcentaje los usuarios (45% Figura 8) ya habían recibido algún tratamiento con anterioridad esto nos dirige a dos cosas: Implementar en el sistema de registro la opción de especificar que tipo de atención ha recibido, donde y cuantas veces; cual fue su evolución y si esto tiene relación con una recaída. Dar continuidad a la capacitación de los profesionales que atienden las llamadas en cuanto a las recaídas y el conocimiento de los programas de prevención de recaídas. Conors dice que los pacientes pueden presentar una enfermedad mental asociada y que debido a un diagnóstico inadecuado no reciben el tratamiento que les sería de utilidad. La canalización por tanto en el caso de un paciente que ha visitado infinidad de instituciones deberá ser a una consulta en psiquiatría para un adecuado diagnóstico.

En estos meses se recibieron 4321 llamadas en el área de psicología exclusivamente y un 30% de las mismas eran problemas asociados al consumo de drogas, sin embargo no fueron clasificadas como el primordial motivo de consulta.

Propuesta de Control de calidad en el servicio de asesoría y canalización en adicciones.

**Criterios de evaluación
Criterios para “inbound” (llamadas de entrada) desde la intervención en crisis.**

FLUJO DE LA LLAMADA

Inicio

- Saludo
 - Buenos...días, tardes, noches.
- Presentación
 - Le atiende...(nombre y apellido)
- Pregunta con quién está hablando
 - ¿con quién tengo el gusto?

Control de la llamada

- Detección de necesidades
 - ¿cuál es el motivo de su llamada?
- Toma de decisiones
 - Atiende la llamada
 - Canaliza la llamada a médico o psicólogo
 - Canaliza a institución o coordinación
- Información
 - Centros, Albergues, grupos ,Hospitales
 - Síndrome de intoxicación y abstinencia.
 - Recomendaciones a la familia
- Manejo de información
 - Comunica adecuadamente la información
 - Canaliza adecuadamente
- Control del tiempo de la llamada
 - Se mantiene conciente sobre el tiempo de llamada

- Menciona al paciente que ha terminado el tiempo y le anticipa el cierre
 - Sr (a)... el tiempo disponible está por terminar...
 - Para finalizar me gustaría comentarle...
- Se cerciora de que el paciente ha dicho lo suficiente
 - ¿hay algo más que quisiera agregar?

Cierre de la llamada

- Agradece la llamada mencionando el nombre del paciente
 - Gracias por su llamada Sr. (a)...
- Identificación
 - Le atendió... de Empresa farmacéutica. Buenos (días, tardes, noches)

RECOMENDACIONES

Habla

- Timbre de voz
 - Evitar voz nasal, gutural, u otras afectaciones
- Claridad al hablar
 - Timbre neutro o resonante
 - Ritmo normal
 - Abrir la boca
- Énfasis congruente y prosodia
 - Modulación de la voz según las palabras que se dicen
 - Adopción de la postura que corresponde (no familiaridad ni autoridad)
- Muletillas
 - Evitar “ajá”, “mmh”, “o sea”, “ok”, etc.
- Pronunciación correcta
 - Evitar “pus”, “pos”, “haiga”, “dijistes”, etc.

Información

- Claridad
 - Información clara No confundir información
- Memoria

- No olvidar información
- Congruencia
 - No contradecir información
 - Evitar respuestas como “si y no”, “más o menos”
 - Evitar conceptos antagónicos

Empatía

- No confrontar al paciente
- No hacer preguntas acusatorias
- No interrumpir
- No dar información innecesaria
- No emplear vocabulario demasiado técnico
- No regañar, burlarse, ofender, insinuar, no usar tono irónico
- No hacer juicios de valor
- Personalizar: menciona el nombre del paciente por lo menos tres veces durante la llamada

HOJA DE EVALUACION

CRITERIOS DE CALIDAD	PUNTOS	CALIFICACION	OBSERVACIONES
Inicio	4		
Saludo	2		
Identificación	2		
Establecimiento de rapport	10		
Comunica aceptación	5		
Se muestra dispuesto a ayudar (interés)	5		

Manejo de llamada	30		
Detección de necesidades	5		
Información(memoria, conocimientos)	5		
Manejo de información	5		
Control del tiempo de la llamada	5		
Anticipa el cierre	5		
Satisfacción (se cumplió con objetivos)	5		
Actitud de servicio	25		
Personalización	5		
Cortesía	5		
Empatía	5		
Tenacidad (Entusiasmo)	5		
Sabe escuchar	5		
Comunicación	15		
Lenguaje claro	5		
Vocabulario	5		
No usa muletillas	5		
Voz	4		
Timbre	2		
Volumen	2		
Prosodia (entonación)			
Captura de datos	10		
Solicita los datos necesarios	5		
Ortografía	5		
Cierre de llamada	2		
Despedida	2		
TOTALES	100		

00-79	No aceptable
80-84	Aceptable
85-94	Bueno
95-100	Excelente

EQUIVALENCIAS	
SI	5 y 2
NO	0

9. BIBLIOGRAFÍA

Alatorre, R (2002) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Traducción Selectiva: Manual of American Psychological Association México, Facultad de Psicología UNAM.

Alcohólicos Anónimos (1998) Viviendo sobrio. México.

Amara G. (2001) Perseguidos por el paraíso: claves para encontrar una salida a las adicciones. Lectorum. México.

Arista R. (2005) Manual del Plan Nacional de Lucha Contra Las Adicciones y ayuda a Adictos. Fundación Best, AC. México.

Bautista, M. (1995) Una propuesta de servicio telefónico de ayuda para adolescentes de la Ciudad de México con un enfoque centrado en la persona. Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana, México.

Beck 1993. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós, Barcelona.

Beck T. Aaron. (1988) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós. México.

Becoña Elisardo. Manual de intervención en drogodependencias.

Brailowsky Simón. Las sustancias de los sueños. Neuro psicofarmacología. CONACYT/ Fondo de Cultura Económica, 1ª reimp., México, 1993.

Cárdenas Otoniel. (2006) Congreso Internacional de Adicciones. CIJ. México, DF.

Carrillo, E. (1990). Telsida: Más que un servicio informativo. Gaceta CONASIDA, 3 (2), 14-15.

Castillo I, Gutierrez A, Díaz B, Sánchez R, Guisa V (2002) Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras drogas. CONADIC, SSA, México.

Castro E. (2002) Como educar hijos sin adicciones. PAX. México.

Centros de Integración Juvenil (2005). Mujer y drogas. CIJ. México.

Centros de Integración Juvenil (2005) Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. CIJ. México.

Cerón S. (1989) Sistema de apoyo psicológico por teléfono "Implementación de técnicas de intervención psicológica". Tesis de licenciatura, UNAM, México.

Chávez Martha Alicia (2005) Te voy a contar una historia. Grijalbo. Jalisco, México.

Chinchilla, Quintero, Correas, Vega. (2004) Manual de urgencias psiquiátricas. Masson, España.

CIJ (2000) Historia del uso de drogas. Centros de Integración Juvenil. A.C. México.

CIJ. (2002) El Laberinto una aventura hacia la prevención de las adicciones. Padres e hijos. Centros de Integración Juvenil. México.

CONADIC (1998). Construye tu vida sin adicciones. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. México.

CONADIC (1998). Prevención y control de adicciones en México. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México.

Courtwright David T. (2002) Las drogas y la formación del mundo moderno, breve historia de las sustancias adictivas. Paidós .España.

Del Tabaco al uso temprano de drogas (2002) Medina Mora Maria Elena. Publicación Salud Pública de México. Vol 44 suplemento1.

Díaz Barriga Lino, Guisa Cruz Víctor.2002. Enfoques de tratamiento en Adicciones. Centros de Integración Juvenil. Edo Mex.

Díaz, J. L. (1989) Psicobiología y conducta, Fondo de Cultura Económica, MEXICO.

Enciclopedia Hispánica. (1989-1990). Encyclopaedia Britanica Publishers.

Epidemiología (2000) Secretaría de Salud .México.

Escotado A. (2000) Historia general de las drogas Espasa -Calpe. España.

Freedman A, Kaplan H, Sadock B. (1982) Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982.

Guido Belssaso (2001) La farmacodependencia en México. CONADIC. México.

Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, L. y Baptista Lucio, P. (2001) Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México.

Hill. W (1999) El libro azul. Alcohólicos Anónimos, México.

Inchaurrega, Silvia Ariel, Barrionuevo J. (1995) Drogodependencias (Reflexiones sobre el sujeto y la cura) Editorial: Homo. Sapiens. España.

Ingelmo, J., Ramos, M.I., Méndez, J.A., González, E. (2000) El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. Aperturas Psicoanalíticas, 5.

Inglis Brian (1994) Juego prohibido .Historia social de las drogas, Tikal. España.

Janet C. Currie (1999) Practicas Optimas tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Publications Health Canadá. Ottawa, Canadá.

José Luis Serna: "Metadona para todos" Revista Salud y Medicina. Número 247, 18 de Diciembre de 1997.

Kaplan, Sadock, Greeb. (2001) Manual de psiquiatría de urgencias. Medica panamericana. Madrid, España.

Kumate J., et al. (1995) Infectología Clínica. Trillas. México.

Kuri Pablo (2004) Encuesta nacional de adicciones 2002 .Programa día Mundial sin tabaco 2004, INER, México DF.

Ladero P. (2003). Drogodependencias. Médica Panamericana. México.

Linares N. (1996) Patrones de consumo y problemas de asociados al uso de la marihuana en México (Especialidad en Epidemiología). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

López A. (2001) Anatomía Funcional del Sistema Nervioso. LIMUSA .México.

Lukas E. (2001) Libertad e identidad (logoterapia y problemas de adicción) Paidós Ibérica México.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV (1996). "Trastornos relacionados con sustancias" Editorial Masson. 2da reimpresión. México.

Medina Mora (2001) Cravioto P, Villatoro J, De la Rosa B, Rojas E, Galván F. Estudios en población general: encuesta en hogares: población entre 18 y 65 años En: Consejo Nacional contra las Adicciones, ed. Observatorio Epidemiológico en Drogas: el fenómeno de las adicciones en México. México DF: Secretaría de Salud.

Medina Mora, Mariño HM. (1993) Berezan GS, Juárez GL, Carreño GS. (1993) Factores asociados con la experimentación y el uso problemático de drogas. Consejo Nacional contra las Adicciones, Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. México DF: Secretaría de Salud.

Medina Mora ME. (1978) Introducción al diagnóstico del problema y de los recursos disponibles En: Medina Mora ME, ed. Manual para elaborar un diagnóstico del problema de las adicciones. México DF: Secretaría de Salud.

Medina Mora ME. (1978) Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana: Encuestas de hogares. Instituto nacional de psiquiatría.

Medina-Mora Galván, Tapia R. (2003) Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera Norte de México: barreras de acceso a tratamiento. Salud Pública Méx.45 (3) p. p. 181-190.

Michael B. First, Janet B.W. Williams, Andrew E. Skodol . (2003) DSM-IV. Libro de casos American Psychological Association (APA).

Míquez, H. (1998) Prevención secundaria y farmacodependencia. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina.44 (3) 253-256.

Moreno Kena. (2003) Como proteger a tus hijos contra las drogas. Guía Práctica para padres de Familia. Centros de Integración Juvenil AC .Centros de Integración Juvenil Edo Mex.

N. Sartorius, A. Okasha, C. Pull, J. van Drimmelen (1999) Casos clínicos basados en el Manual Diagnóstico CIE-10 (criterios de la OMS).

NATERA G, (1999) Una estrategia para apoyar a los familiares que tienen problemas por el consumo de alcohol y drogas. Un enfoque para la promoción de la salud. En: García M (ed). Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. 993-1011. ICEPSS (eds). España.

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. SSA. México.

Ortiz A, Soriano A, Galván J (2001) El Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID. En Observatorio epidemiológico en drogas. El fenómeno de las adicciones en México. CONADIC, 44-50, México, 2001.

Quiroga A. (Mayo, 2002) Foro Universitario sobre tabaquismo. UNAM. Facultad de Psicología. Distrito Federal, México.

Rodríguez, J. (1984) Los servicios telefónicos para crisis. El servicio de orientación e información de los "Centros de Integración Juvenil". Tesis de licenciatura, UNAM, México.

Rosovsky, H. y Medina, M. (1998) Drogas: Un reto para el ámbito educativo mexicano, Edusat: guía de programación, 3 (12) 7-9.

Sahagún F. (1988) Historia general de las cosas de la nueva España. CONACULTA CNCA, México.

Secretaría de Salud (2002) Consejo Nacional Contra Las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de

Geografía y Estadística. Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones. Resumen Ejecutivo. México.

Secretaria de Salud (1998) Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaria de Salud y Asistencia. México.

Secretaria de Salud (2002) Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaria de Salud y Asistencia. México.

Slaikeu, K. (1988). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno. Mexico.

Slaikeu, K. (2000) Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Manual Moderno. México.

Tapia Conyer R, Medina Mora ME, Sepúlveda J, Fuente R de la, Kumate J. La encuesta nacional de adicciones en México. Salud Púb México 1990; 2(5):507-22.

Tapia Conyer R. (2001) Las adicciones: dimensión impacto y perspectivas. Manual Moderno, México.

Valle Margarita. 14 de octubre del 2005 "Les emociona tener una licuadora a los Huicholes". Periódico Reforma. México.

Verona Gil, J F Pastor, F de Paz, M Barbosa, J A Macias Fernández, M a Maniega, L Rami Gonzalez, Canizalez Alejos. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. Revista de Neurología, 36 (4), 361-365.

Villatoro J, Medina Mora ME, Fleiz CB, Rojano CJ, Bermúdez P, Castro P.(2001) Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México En: Consejo Nacional contra las Adicciones, ed. Observatorio Epidemiológico en Drogas: el fenómeno de las adicciones en México. México DF: Secretaría de Salud.

Volkow, N.D. y Cols. (2004) Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol. Psychiatry*, Vol. 9 pp 557-569.

LOGOTIPO

Manual para médicos y psicólogos de simitel: asesoría y canalización en adicciones vía telefónica

INTRODUCCION

El consumo de drogas es un fenómeno que ha alcanzado ya el grado de Problema de Salud Publica en nuestro País, por lo complejo de sus características las acciones que se llevan a cabo en materia de Prevención, Diagnostico y Tratamiento a través de las Instituciones en Salud de nuestro país resultan insuficientes para poder cumplir operativamente sus estrategias, lo cual obliga a la sociedad civil a organizarse e incidir de forma directa en el problema.

Es por eso que Grupo Por Un País Mejor lanza en el mes de Octubre del 2004

El Plan Nacional de Lucha Contra Las Adicciones y Ayuda a los Adictos como un Plan de acciones encaminado a ayudar a las personas con problemas de adicción a drogas, en conjunto con las Instituciones que brindan servicios de Rehabilitación en el País.

Para tal fin cuenta con comités estatales conformados por coordinadores y delegados en cada uno de los estados de la Republica Mexicana los cuales le dan operatividad al Plan. A nivel central el Plan esta coordinado y evaluado por el área de SIMIRED.

Uno de los Objetivos Específicos del Plan Nacional de Lucha Contra las Adicciones es el Siguiete:

Establecer un sistema de información, apoyo, asesoría y canalización dirigido a hombres, mujeres y niños con problemas de adicción a drogas y/o sus familias a través de SIMITEL

Para darle operatividad a dicho objetivo es necesario el trabajo en conjunto entre la coordinación del Plan y el Call Center, además de establecer el compromiso y la participación del personal calificado en el área de la salud de SIMITEL el cual esta conformado por personal médico y psicológico que atiende las 24 hrs. del día, de ahí la necesidad de acordar los criterios y normatividades para dar cumplimiento a dicho objetivo.

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

EL PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LAS ADICCIONES Y AYUDA A ADICTOS.

1.-Plan Nacional de Lucha Contra las Adicciones y Ayuda a adictos surge como un plan de acciones que busca sumarse al esfuerzo de la sociedad organizada en la lucha en contra de las adicciones.

El Plan Nacional de Lucha contra las Adicciones y Ayuda a Adictos es un plan de acciones encaminado a tres objetivos fundamentales:

1. Otorgar apoyo asistencial a organizaciones no gubernamentales que trabajan en la rehabilitación de pacientes adictos, principalmente aquellos que requieren de apoyo material y en especie, teniendo como objetivo facilitar y alentar su labor llevándose estas acciones a nivel nacional y con apoyo de Fundación Best en su rubro asistencial.

2. Promover medidas preventivas como el reforzamiento de los factores protectores contra las drogas a nivel comunitario promoviendo actividades deportivas, culturales y pláticas informativas, a nivel nacional a través de Fundación Best y en coordinación con organizaciones no gubernamentales.

3. Implementar un numero telefónico nacional, confidencial y gratuito dirigido a personas adictas, sus familiares y personas interesadas en el tema, donde puedan obtener información sobre adicciones y ayuda en la canalización a centros de atención. Dicha acción se lleva a cabo en el centro de atención telefónico de Farmacias Similares, Simitel.

Los dos primeros objetivos se llevan a cabo a nivel nacional a través de Fundación Best A.C. en su División asistencial la cual cuenta con una delegación en cada estado de la republica teniendo una coordinación general en el Distrito Federal.

Cada delegación lleva a cabo las acciones en colaboración con diversas

Organizaciones dedicadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con adicciones.

Para cumplir con el tercer objetivo se cuenta con la logística del Centro de Atención Telefónico de Farmacias de Similares, Simitel, otorgando atención gratuita a nivel nacional las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año.

La operatividad del área de información en adicciones se lleva a cabo por un equipo de profesionales de la salud, médicos y psicólogos, capacitados en la información, asesoría y canalización sobre adicciones.

El servicio cuenta con un a base de datos nacional de hospitales y centros de atención en adicciones con diferentes modelos y modalidades de tratamiento.

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

MANUAL DE ADICCIONES PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS DE SIMITEL: ASESORIA Y CANALIZACIÓN VÍA TELEFÓNICA

El presente manual surge de la necesidad de sistematizar el conocimiento y los lineamientos para la atención de las llamadas de adicciones en SIMITEL.

Esta dirigido a los profesionales de la salud que atienden las llamadas.

SIMITEL brinda servicio permanente las 24 hrs del día y todos los días del año para lo cual cuenta con tecnología de punta y personal calificado.

El área de psicología y el área medica es la vía de canalización, información y apoyo a las personas con problemas de adicción del Plan Nacional de Lucha contra las adicciones de Grupo por un País Mejor. Recibe llamadas del DF y del Interior de la Republica. Cuenta con un árbol de decisiones que facilita a los usuarios recibir la atención que requieren.

El proceso de atención esta dirigido a ser la guía inicial que promueva acudir a algún tipo de tratamiento para las adicciones. En la mayoría de los casos implica sensibilizar al paciente y a la familia del paciente a acudir a la institución que consideramos adecuada a su problemática.

La adicción es una enfermedad por tanto y debido a la naturaleza de las llamadas en cuanto a tiempo y conocimientos requeridos los encargados deberán ser exclusivamente los médicos y psicólogos.

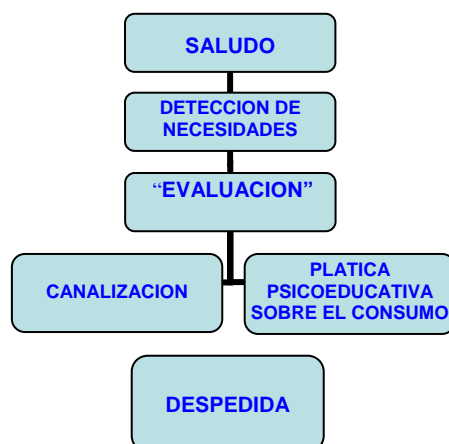
En algunos casos el estado físico del paciente requerirá de asesoría para desintoxicación que esta indicada cuando los niveles de intoxicación ponen en peligro la vida de la persona. Dicho proceso puede llevarse a cabo de manera interna en un hospital o de manera externa en el ambiente del paciente y será el área médica la que podrá hacer las recomendaciones correspondientes.

LA LOGÍSTICA DE UNA LLAMADA QUE ENTRA AL NÚMERO GRATUITO

1. Llamada entrante
2. selección de la opción según la necesidad del usuario
3. Transferencia de la llamada a uno de los agentes especializados en el área
4. Atención de la llamada por el agente especializado (medico y psicólogo)
5. Registro de la llamada en el Sistema de Registro “Monitor”
6. Almacenaje de la llamada en el sistema de registro.

FLUJO DE LLAMADA DE ADICCIONES

1. Llamada
2. Atiende agente telefónico quien transfiere al área disponible.
3. Área medica y/o psicológica atiende y canaliza
- 4.-Área de Psicología brindará apoyo en caso necesario, esto es, cuando el usuario expres otra problemática asociada y desee ser escuchado.
- 5.-En caso de que la llamada se regrese por encontrarse la extensión ocupada el telefonista toma datos para que el medico o el psicólogo devuelva la llamada a la brevedad.



RECOMENDACIONES GENERALES EN LA ATENCION VIA TELEFONICA

- Escuchar de manera cuidadosa
- Comunicar aceptación.
- El lenguaje deberá ser CLARO procure no utilizar términos complicados ya que esto entorpece la comunicación.
- El psicólogo o medico debe presentarse y dirigirse al paciente de manera respetuosa manteniendo una distancia interpersonal adecuada.
- La entrevista esta limitada a menudo por presiones temporales sin embargo en algunas ocasiones el paciente contara una historia coherente es bueno dejarlo hablar al inicio de la llamada e ir recabando los datos necesarios para una adecuada atención y canalización.
- No Ignore sentimientos o hechos.
- No Intente resolver todo en la llamada
- No cuente su propia historia
- Se necesita claridad en las recomendaciones y preguntar lo que opina el paciente o familiar de las mismas
- No permita divagar al usuario de la línea recuerde que el objetivo no es hacer una historia clínica completa.
- La desintoxicación no interrumpe el curso del problema de abuso de drogas.

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

Durante la atención el medico y/o el psicólogo realizan junto con el usuario la detección de necesidades o motivo de consulta. En todos los casos se realiza una exploración de alternativas con las que cuenta el usuario, los intentos que antes de llamarnos realizo y finalmente a manera de balance y con los recursos previamente explorados las ventajas y desventajas de las alternativas que podemos brindarle. Se trata de que el usuario pueda responsabilizarse de sus decisiones ya que de esta manera estaremos promoviendo a la acción y alentando el compromiso con un tratamiento en adicciones. Las opciones que se brinden serán apegadas a los derechos humanos y el psicólogo o medico deberá ser responsable en sus canalizaciones.

Los directorios están conformados por instituciones que cumplen con la norma oficial, sin embargo se deberá invitar al paciente a que conozca las alternativas o lugares recomendados.

Planeación se le pide al usuario que planee los tiempos, el lugar y la forma en que llevara a cabo su acción. Es importante respetar la decisión y los tiempos de los usuarios.

Anticiparse. Como parte de la intervención el medico o psicólogo tiene que promover la identificación de las posibles consecuencias de su acción ya sea si se comprometerá a un tratamiento o no. El servicio tiene el objetivo de ser el enlace con la red de instituciones que conforman la infraestructura local de cada ciudad o entidad.

La confidencialidad y el anonimato pueden hacer sentir seguridad en la persona que marca y con mayor apertura para platicar. Será importante mantener la disposición en cada llamada ya que con base en el tono de voz y en la forma como es tratado el usuario se formara una percepción del psicólogo o medico que le atiende y esta imagen le hará sentir confianza y le brindara la sensación de compañía. La voz es la imagen del servicio.

CRITERIOS DE CANALIZACIÓN

Los criterios de canalización de personas que presentan uso, abuso y dependencia de drogas esta basado en el rubro de referencia de casos de la **NOM-028-SSA2-1999** Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

En dicho rubro se establece que para enviar a una persona a un establecimiento para su tratamiento deberán tomarse en cuenta el **tipo de sustancia** utilizada, **edad**, **genero**, **patrones de consumo**, **síndrome de dependencia** de las sustancias **psicoactivas** y **problemas asociados** al consumo.

Es decir primeramente se deberá realizar una evaluación en la que se distinga entre experimentador, usuario, y dependiente a sustancias y sus problemas relacionados.

Esta evaluación deberá realizarse en base al interrogatorio (NOM-028)

Para poder realizar una evaluación que nos permita definir una adecuada canalización tomaremos en cuenta los siguientes datos:

1. Nombre, sexo, edad y domicilio de la persona usuaria de drogas.
2. Droga de impacto.
3. Frecuencia de consumo.
4. Cantidad de consumo.
5. Presencia de síndrome de dependencia
6. Problemas relacionados al consumo

MODELOS DE ATENCIÓN

Según la norma oficial la atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

1. El modelo profesional ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud.

2. El modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto en la resolución de su problema.

Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de A. A.", que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto.

Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los "Doce Pasos", se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.

3. El modelo mixto deberá ofrecer servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.

4. Otros modelos alternativos son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario.

INSTITUCIONES

1. Instituciones de atención Profesional de Urgencias y Hospitalización. En el caso de detectar usuario con afectación de su salud que requiere atención urgente y/o pone en riesgo su vida. Por ejemplo: Sobredosis, abstinencia que curse con Síndrome convulsivo, Sangrado de tubo digestivo, psicosis etc. Y en casos en el que el medico detecte que se requiere una valoración medica previa para lo cual se tiene un directorio de hospitales y de urgencias a nivel nacional.
2. Instituciones de Atención Profesional de Consulta Externa. En el caso que se detecte usuario experimentador, en cuyo caso esta contraindicado la atención en la modalidad de internamiento lo cual se definirá a través de conocer, a grandes rasgos, el patrón de consumo. En este caso contamos con el directorio de instituciones como Centros de Integración Juvenil a nivel nacional.
3. Instituciones de atención de Ayuda Mutua y Mixtos. En el caso de que se detecte usuario de drogas con abuso y/o síndrome de dependencia. Contamos con directorio de Instituciones a nivel Nacional.
4. Alcohólicos Anónimos grupos de hora y media. En caso de detectar usuario exclusivo de alcohol que no requiere internamiento.
5. Grupos de Al-Anon. En caso de que se detecte familiar co-adictos y en caso del familiar de usuario de drogas que no acepte ningún tipo de intervención.

Intervención en Crisis

La desintoxicación esta indicada cuando los niveles de intoxicación ponen en peligro la vida de la persona, o cuando el logro de la abstinencia se vuelve muy difícil.

Este proceso de desintoxicación puede llevarse a cabo de manera interna en un hospital o de manera externa en el ambiente del paciente.

Como etapa previa al proceso de tratamiento psicosocial, incluye la adecuada planificación del proceso de descarga o el tratamiento posterior ambulatorio.

Aquí es muy importante canalizar a clínicas de desintoxicación especializadas o a cualquier hospital que tenga servicio de urgencias más cercano al domicilio del paciente.

En el Directorio de Fundación Best se encuentran varias instituciones a las cuales se les podrá referir.

Seguimiento y Cuidado Continuo

Asegurar el mantenimiento de los cambios logrados durante la fase de tratamiento inicial es un objetivo tan importante como cualquier otro en el proceso de tratamiento.

En todos los casos se busca que los pacientes nos llamen para avisarnos sobre sus avances en el tratamiento o en la institución a la que lo canalizamos

Apoyo psicológico

En caso de que el usuario exprese la necesidad de hablar con la psicóloga, se transferirá la llamada al área. Realizar una intervención de contención e información. Destacar la importancia de la participación de la familia en el problema de las adicciones.

Manejo de una llamada

1. Identificación del paciente

- a) ¿Para quien es el tratamiento que usted solicita?
- b) ¿Que edad tiene el paciente o usuario?

2. Evaluación (patrón de consumo)

La evaluación debe ser científica, basado en los datos clínicos debe definir tanto la categoría del problema, así como también el grado de severidad o de impacto en el funcionamiento psicosocial. A través de las entrevista se busca definir el plan a seguir.

De ninguna manera se le dará un diagnostico al paciente. Este solo servirá para realizar una canalización oportuna.

Lo primero es investigar el patrón de consumo.

- a) ¿Que sustancia consume?
- b) ¿Desde cuando la consume?
- c) ¿Cuanto consume y desde hace cuanto tiempo?

Para contestar esta pregunta de manera más objetiva, deberá determinar la cantidad de sustancia que se esta consumiendo, se le proporcionara únicamente al paciente la información contenida en los siguientes cuadros:

Preguntas a realizar	Resultado
Su numero promedio en un día de consumo es de:	
Su consumo total semanal es de:	
Su consumo aproximado anual es de :	
Usted gasta al año o al mes	

3) Tratamientos anteriores

a) ¿Ha tomado algún tipo de tratamiento antes?

Si la respuesta es no pasar al siguiente punto

b) ¿En que lugar lo tomo?

c) ¿Que tiempo duro su tratamiento?

d) ¿En que consistió su tratamiento?

e) ¿Cuanto tiempo se mantuvo sin consumir?

f) ¿Porque cree que no funciona?

g) ¿Cual es su expectativa de un tratamiento?

h) ¿Que es lo que requiere de un tratamiento?

i) ¿Cómo considera que puede usted, intervenir para que su tratamiento funcione?

4) Situación actual del paciente: preguntas adicionales

Para conocer la situación actual del paciente preguntar síntomas (apartado de síndromes de intoxicación y supresión)

a) Taquicardia

b) Náuseas, vómito

c) Insomnio

d) Temblores

e) Fatiga o debilidad

f) Alucinaciones

Al dejar de consumir ¿siente angustia por uno o dos días?

¿Padece de Ilusiones y / o alucinaciones cuando consume?

¿Tiene problemas serios con su con su familia (padres, hijos o pareja)?

5) Psico-educación familiar y del usuario

Hablar de consecuencias físicas del consumo.

Platicas psicoeducativas .

Es necesario mencionar a los usuarios de la línea que: se han detectado factores que preceden al CONSUMO de drogas, denominadas factores de riesgo, los cuales aumentan la probabilidad de consumo.

De tal forma que si los usuarios ya se encuentran consumiendo, sus familiares podrán recibir información clara para prevenir que el consumo continúe.

La Información tiene como objetivo sensibilizar a la población sobre la magnitud del consumo de drogas, que la adicción a ellas es prevenible y que se requiere la participación de la familia para disminuir o evitar su incidencia.

6) Canalización a la institución adecuada: dependiendo del nivel socioeconómico, del tipo de sustancia consumida y la evolución de la enfermedad. En el directorio contamos con instituciones como CIJ, ALANON, ALATIN en donde ofrecen Orientación Familiar Preventiva, Orientación a la Familia en su Conjunto, Orientación Preventiva para Adolescentes, Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes y Orientación Preventiva Infantil.

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES O FAMILIARES

- **Reconocer que puede participar en la solución.**

Evite reacciones violentas o exageradas, evitar hacer juicios o poner etiquetas

- **No recurrir a la violencia física**

El recurrir a la violencia física hará que su familiar se sienta resentido y agravará la situación.

- **Dar importancia a lo ocurrido.**

Aun si es la primera vez que la persona realiza el consumo de una sustancia adictiva, se deben realizar cambios estructurales en la dinámica de la familia, defina de nueva cuenta las normas familiares: el horario de llegar a casa por la noche, la realización de tareas, tiempo para estar con las amistades. Mantenerse firme y dispuesto a establecer límites.

- **Solicitar información**

Siempre en un ambiente de respeto. Tratar de obtener la mayor Información posible tanto de la conducta de su familiar como de los tratamientos que existen.

- **Participación**

Si su familiar acepta la ayuda para manejar el problema, se necesita ofrecer todo el apoyo para que tenga una atención profesional adecuada.

La madre y el padre deben participar de manera conjunta y evitar desacuerdos; el apoyo mutuo es lo que mas necesita.

- **Perseverancia**

Firmeza y constancia en seguir lo que se ha empezado. Será importante mantener una sola postura sobre el uso de cualquier sustancia ya que los dobles mensajes confunden y sabotean la rehabilitación.*Proporcione las razones lógicas que apoyen su punto de vista, informándole sobre el efecto de las drogas en su organismo, comportamiento, estado de ánimo y vida en general.

- **Haga preguntas directas**

¿Consumiste cocaína? ¿Quieres internarte?

- **Reconocimiento social.** La mejor recompensa para un ser humano es el reconocimiento. Alentarlo, aplaudirle lo que si hace bien, reconocer sus

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

cualidades, su disposición y su sentido de responsabilidad abrirá un canal de comunicación y aumentara la probabilidad de que se rehabilite.

RECOMENDACIONES PARA LOS MEDICOS Y PSICOLOGOS

Si el paciente esta intoxicado y no puede ofrecernos un motivo claro de su llamada debe decirle que va a colgar, haciéndolo a continuación.

Este servicio lo pueden utilizar pacientes con problemas psiquiátricos o pacientes que expresan intenciones suicidas u homicidas.

En estos casos a menudo las llamadas de petición de ayuda pueden constituir verdaderas urgencias o bien sinceros intentos de solicitar ayuda.

Sin embargo las llamadas también pueden ser hechas por pacientes que por sus características y evolución de la enfermedad trataran de aliviar sus sentimientos de vacío o trataran de expresar su enojo con el mundo y en este caso resulta improductivo continuar con la llamada. Lo recomendable es poner límites para movilizar al paciente a una ayuda frente a frente .El especialista puede aclarar que esta dispuesto a ayudar pero que si el paciente no colabora tendrá que colgar.

Puede resultar difícil determinar con rapidez las motivaciones del comunicante pues vía telefónica carecemos de instrumentos tan importantes como el lenguaje corporal y las respuestas no verbales, el aspecto y el estado del paciente en el momento de la llamada.

Si el paciente presenta intenciones suicidas o síntomas psiquiátricos agudos se debe preguntar además de dar contención si existe algún familiar o amigo que pueda llevarlo al servicio de urgencias de el hospital regional más cercano, previo de una valoración adecuada del riesgo suicida.

Si el familiar habla porque el paciente actúa con violencia, amenaza con matarse o matar a alguien y se niega a ser llevado a un hospital hay que sugerirle que llamen a la policía.

Ante la petición de receta de medicamentos por teléfono se debe dar una respuesta negativa y debemos alentarlos a que acudan a la institución que consideramos apropiada.

En muchas ocasiones los familiares o los pacientes intentaran tener una segunda opinión y aquí es importante considerar que la información brindada puede tener el objetivo firme de manipular y no acudir a tratamiento.

LA INTERVENCIÓN VÍA TELEFÓNICA.

Los profesionales de la salud ejercen una fuerte influencia directa acerca de cómo los pacientes resuelven las crisis vitales. Es necesario mencionar que la persona que realiza la llamada solicitando ayuda, en su mayoría es un familiar principalmente la madre o la esposa del usuario de drogas

LO QUE PODEMOS HACER EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

La adicción es una enfermedad provocada por una disfunción a nivel de regiones límbicas y mantenida por diversos factores. Cuando se realiza una intervención en una consulta de primer nivel se acorta la evolución de la enfermedad y se previenen otras patologías.

Hágale saber al paciente o a sus familiares que la **adicción es una enfermedad.**

EL PACIENTE CON ADICCIÓN

Desde el momento en que el paciente presenta una patología causada por el uso de sustancias se debe de tomar los siguientes factores bajo consideración:

- El padecimiento se formó a través del tiempo, no es un proceso agudo.
- Es frecuente que el paciente espere hasta el último momento para pedir ayuda convirtiendo el cuadro, como si fuera un proceso agudo. Ejemplo.- Por el uso de cocaína, poco a poco a va formando la perforación del tabique nasal, pero solamente, hasta que presente una hemorragia nasal que .no pueda controlar, (ya tuvo otras leves y no busco ayuda) va a acudir con el médico siendo en ese momento ya una urgencia.
- Por las características del padecimiento de dependencia a sustancias el paciente va a negar y minimizar las preguntas que el médico haga acerca de su consumo.
- Los años de uso implican, que en ese momento, su cerebro está afectado. Esto hace muy difícil que el paciente pueda entender la gravedad del padecimiento.

EN CASO DE INTOXICACION

Durante la fase de intoxicación el cerebro esta muy irritado por el uso de sustancias. Debido a ello es necesario efectuar la intervención con alguno o varios de los familiares presentes y que los familiares tengan conocimiento de lo que va a suceder.

La adecuada detección y manejo de las urgencias médicas tanto físicas como psicológicas son una necesidad durante el proceso de desintoxicación. Las complicaciones varían de acuerdo al tipo de sustancia y al grado de intoxicación.

Pueden presentarse, taquicardias, arritmias cardiacas, depresión severa, confusión, letargo, coma, compromiso cardiorrespiratorio, hemorragias, etc. Es frecuente que la familia minimice o niegue la enfermedad, por lo que es importante que ellos también se involucren en la consulta.

La mayoría de las veces los pacientes ya han intentado muchas ocasiones controlar la ingestión sin buenos resultados por tanto:

No debemos pedirle que disminuya la utilización de la sustancia ya que por más que disminuya continuara activando la disfunción limbica regresando a su uso habitual.

¿QUE LE DIGO AL PACIENTE?

Ya con el paciente, expresar su preocupación, que nota que hay algo de sufrimiento emocional y que el uso de sustancias ha afectado una o varias de las siguientes áreas; área FÍSICA, área FAMILIAR, área LABORAL, área SOCIAL, área Legal / económica (uso de sustancias ilegales, accidentes, etc.)

- Mencionar que presenta sintomatología que lo hace sospechar del diagnóstico de adicción y que requiere de una valoración con los especialistas.
- Preguntar antecedentes de familiares con dependencia a sustancias (alcohol y/o drogas). Usualmente van a identificar a un familiar. Esto ayuda con la explicación de que existe un componente hereditario y no es culpa de nadie.

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

- Tener a la mano números de especialistas en adicciones que puedan proveer del tratamiento y referirlo al más cercano a su domicilio para así aumentar la probabilidad de que asista.
- Alentar a que en ese momento, el paciente y los familiares hagan la cita.

LA FAMILIA

De la misma manera que en una consulta médica de primer nivel en la línea telefónica el familiar puede intentar buscar aliados con la idea de hacer entrar en razón al adicto

¿QUE HACER EN ESOS CASOS?

Si la familia solicita un regaño para su enfermo advierta que esta enfermedad no puede tener mejoría con una simple plática.

Aun si ellos creen que con unas cuantas palabras bien intencionadas el paciente va a entender y reaccionar. Por lo regular el paciente ya ha recibido innumerables consejos por parte de familiares y amigos. La enfermedad solo va a responder a un tratamiento. Lo que menos necesita su paciente es ser juzgado o tratado de forma peyorativa.

SEGUIMIENTO

Por último es importante tener en mente que el paciente y los familiares pueden vacilar posteriormente en tomar acción por lo que es recomendable mantener un seguimiento. Siguiendo este planteamiento simple, que solamente robará de unos minutos, se empezará a facilitar el proceso hacia una rehabilitación, recortando varios años de evolución de la enfermedad (Diaz Lino 2003)

DROGAS NOMBRES POPULARES

- **NICOTINA**

Tabaco, cigarro, pipas, tabiro, chupasolas, tabaquillo, tripa, ligas.

- **ALCOHOL**

Trago, chela, jarra, birrias, pisto, drinks, alipuses, farolazos, pomo, un pegue.

- **ANFETAMINAS**

Pastas, chochos, anfetás, tachas, quemagrasas, viajes, taca-taca, éxtasis, voladores, speeds, faroles, nembutal, amansalocos, reinas.

- **ALUCINOGENOS**

Hongos, ácidos, LSD, cascos, champiñones, yote, trepas, viaje, sesión, pep, aceites, tachas, éxtasis.

- **COCAINA**

Cois, nieve, perico, grapa, papel, pase, coco, cocol, pasta, chira, fifí, polvo, azúcar, barra, sobre, bolsa, gancho, viaje, soplo, aire, lineazo, crack, sildavia, speed ball, roca, fefe, jalón, crack, piedra.

- **MARIHUANA**

Mota, toque, carrujo, joint, churro, juana, gallo, queso, son, canabis, juanita, maría, forro, tubo, llesca, café, mostaza, chuvi, john, mole, mata, de la verde, vacilador, motivadora.

- **INHALABLES**

Chemo, cemento, pomo, crema, gasolina, thinner, aguarrás.

- **PSICOTROPICOS DEL TIPO DE LAS BENZODIACEPINAS O ROYPHNOL**

Reinas, roche I o roche II, pastas.

GLOSARIO

Adicción es la enfermedad multifactorial que se caracteriza por la necesidad compulsiva de consumir sustancias psicoactivas.

Se denomina **abuso de sustancias** a una forma de consumir menos grave que la dependencia, caracterizada por un patrón de consumo anormal, que conlleva un deterioro de la actividad social, laboral o familiar del individuo.

Se denomina **dependencia** a la necesidad de consumir una sustancia o droga en el intento de evitar el *síndrome de abstinencia* y combatir la tolerancia.

Droga de inicio. Es la sustancia con la cual el usuario debuta como consumidor. Puede ser una droga legal o ilegal.

Droga de impacto. La droga de impacto es aquella que el usuario consume de manera predominante y con mayor frecuencia aunque se refiera que ha consumido varias.

Se denomina **síndrome de abstinencia** al conjunto de síntomas físicos y/o psíquicos derivados del cese o reducción del consumo de una droga; el cuadro es específico para cada sustancia.

Se denomina **tolerancia** a la necesidad de aumentar progresivamente la dosis de sustancia para conseguir el mismo efecto que anteriormente se conseguía con dosis menores.

FACTORES DE RIESGO

(Fuente principal CIJ)

Factores de riesgo familiar

- Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa. Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad
- Violencia Domestica, abuso físico, sexual o emocional. La pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia)
- Estrategias de manejo de la familia Inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigos excesivamente severos incrementa el riesgo de abuso de drogas.
- La ausencia de normas claras y precisas, falta de límites en la familia. Un estilo familiar autoritario o permisivo. El pertenecer a familias donde hay un solo padre.

Factores de riesgo emocionales y de personalidad

MANUAL PARA MÉDICOS Y PSICÓLOGOS: ASESORIA Y CANALIZACIÓN EN ADICCIONES VÍA TELEFÓNICA.

- La imagen pobre de sí mismo, BAJA autoestima”, la baja tolerancia a la frustración, los problemas con la búsqueda de la identidad y la tendencia a refugiarse en la fantasía para no enfrentarse a la realidad son factores de riesgo emocional que favorecen el consumo de sustancias.
- Algunos trastornos de conducta como rebeldía, impulsividad, desconfianza, agresividad, inmadurez, inseguridad y gusto por el riesgo son factores que incrementan el riesgo de consumo
- Trastorno de ansiedad o depresión, hiperactividad o trastornos por déficit de atención, sin un adecuado tratamiento pueden desencadenar el inicio del consumo de sustancias.
- Abandono como parte de la historia de vida.

Factores de riesgo escolar

- Si el **Fracaso académico** comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente. El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible lo que incrementa el riesgo de abandono escolar, esto último resulta ser un factor de riesgo para el consumo.

Factores de riesgo individual/iguales

- La persona que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.
- Conducta antisocial en la adolescencia temprana. Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.

Factores de riesgo de la comunidad

- **Privación económica y social.** Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.
- **Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.** Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.