



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLÓGIA
MAESTRIA EN PSICOLÓGIA CON RESIDENCIA EN ADICCIONES**

**REPORTE DE CASO: INTERVENCIÓN BREVE A FAMILIARES DE USUARIOS
DE ALCOHOL Y/O DROGAS**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
JOSÉ LUIS GARCÍA HERNÁNDEZ**

**TUTORES PRINCIPALES
TUTORA: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
REVISORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
DR. JOSÉ AGUSTÍN VELEZ BARAJAS
DR. CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS**

MÉXICO, D. F. JULIO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A la Mtra. Guillermina Natera Rey, por su invaluable apoyo y asesoría académica que fueron útiles para culminar con este trabajo.

A los profesores de la Residencia en Psicología de las Adicciones por compartir sus valiosos conocimientos y experiencia profesional en la materia para lograr transmitirme la importancia del trabajo en este tema.

A las Dras. Silvia Morales Chaine y Lydia Barragán Torres, por su paciencia y apoyo en la capacitación y entrenamiento en las habilidades profesionales y motivación para lograr la meta de terminar este proyecto

En especial a mis compañeros de generación; Morise, Laura, Norma, Alex, Luis, Violeta, Angélica, Juan Carlos y Oliver., por regalarme su apoyo, tiempo y compañía para que cada uno terminara este proceso satisfactoriamente.

A mi familia por su apoyo y cariño.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMERA PARTE	
I. CONCEPTOS BÁSICOS, CLASIFICACIÓN Y APROXIMACIONES PARA COMPRENDER EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES.....	8
1.1 Conceptos básicos.....	8
1.2. Clasificación, efectos, consecuencias e información histórica de las drogas.....	12
1.2.1. Alcohol.....	12
1.2.2 Cocaína y crack.....	15
1.2.3 Cannabis.....	18
1.2.4 Opiáceos.....	20
1.2.5 Alucinógenos.....	22
1.2.6 Drogas sintéticas.....	23
1.2.7 Inhalantes.....	26
1.3 Aproximaciones biopsicosociales para comprender las adicciones.	27
1.4. Prevención de conductas adictivas.....	29
1.5. Información epidemiológica del consumo de sustancias en México.....	30
1.5.1 Alcohol.....	31
1.5.2 Sustancias ilegales.....	35
1.6. Factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas.....	39
1.7. Tratamiento de las adicciones.....	42
1.7.1 Terapias cognitivo conductuales.....	45
1.7.1.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.....	46
1.7.1.2 Prevención de recaídas.....	46
1.7.1.3 Manejo de contingencias.	47
1.7.1.4 Terapia cognitiva.....	47
1.7.2 Terapia conductual familiar y de pareja.....	47

II. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS APLICADOS EN LA MAESTRIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES.....49

2.1 Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y o otras drogas.....	49
2.2 Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva.....	49
2.3 Programa de detección temprana e intervención breve para bebedores en riesgo.....	49
2.4 Apoyando a las familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y/o drogas.....	50
2.5 Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas.....	50
2.5.1 Aplicación del modelo de intervención en el establecimiento residencial para usuario de sustancias adictivas “Centro Constitución de 1917 Alcoholismo y Drogadicción, A.C.”.....	51
2.6 Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana.....	57
2.6.1 Aplicación del modelo de intervención en el Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA).....	58

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO DE CASO

III LA FAMILIA: CONCEPTOS, TIPOS, FUNCIONES, DINÁMICA, E IMPLICACIONES DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA FAMILIA, FAMILIA Y ADICCIONES.....76

3.1 Definiciones de familia.....	76
3.2 Tipos de familia.....	77
3.3 Funciones de la familia.....	79
3.4 Dinámica interna de la familia.....	79
3.5 Implicaciones de un problema de salud en la familia.	81
3.6 Familia y adicciones.....	85
3.7 Validez empírica de un estudio de caso.....	86

IV REPORTE DE CASO: INTERVENCIÓN BREVE A FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL Y/O DROGAS.....89

4.1 Características del modelo de intervención.....	89
4.2 Modelo de intervención.....	89
4.3 Reporte de ejercicio profesional.....	90
4.3.1. Motivo de consulta.....	90

4.3.2. Información obtenida de las entrevistas.....	91
4.3.3 Evaluación.....	92
4.3.4. Recursos y déficits.....	94
4.3.5 Intervención.....	95
4.3.6. Resultados.....	103
V. Conclusiones Generales.....	105
VI. Referencias Bibliográficas.....	106
VII. Anexos.....	119

INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias adictivas representa un muy importante problema de salud a nivel mundial y en México se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. Los resultados de diversos estudios clínicos y encuestas en la población en general sugiere que los problemas por el consumo de alcohol se explican por las características particulares del patrón de consumo, éste se presenta en forma episódica y con grandes cantidades de alcohol por ocasión de ingesta (abuso), ya que dicho patrón representa un problema de salud y la mortalidad prematura. Se ha estimado que el abuso de alcohol, por si solo representa nueve por ciento del peso total de la enfermedad (años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad). También se ha observado que en los últimos años un aumento de las lesiones intencionales y la violencia intrafamiliar asociada al consumo de sustancias principalmente por alcohol, heroína, cocaína o solventes (Rascon, Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño y Villatoro, 1991; Frenk, Lozano y González-Block, 1994; ENA, 2008).

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), reportaron que al menos en la última década se presentó un aumento considerable de la prevalencia en el consumo de drogas a nivel nacional. De acuerdo a la ENA (2011), entre las sustancias legales más consumidas se encuentran el alcohol y el tabaco. Con respecto a las drogas ilegales, las más consumidas son la marihuana, la cocaína y los inhalables. Los resultados de esta encuesta indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 7.8% para 2011. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.1 a 7.2%; Por grupos de población se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 5 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres, entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 2.3% en 2011, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó en un 50% pasando de 8 a 12.5%. La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población, el consumo de la primera aumentó de 3.5 a 6.5%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 3.6% en 2011, es decir, que se triplicó entre ambas mediciones.

Respecto al consumo de alcohol, como se había observado en datos anteriores de la ENA, el patrón de consumo típico de la población mexicana (ENA, 2011) es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi el 33% de la población de mexicanos entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un fenómeno estable y menos frecuente (20%). También lo reportaron 17% de los hombres y 11% de las mujeres adolescentes, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una mujer por cada 1.5 hombres) que la que se observa en la población adulta (2.68 hombres por cada mujer). Con respecto a la dependencia 6% de la población la desarrolló. Lo que equivale a 4.9 millones de personas. Aqueja al 10.8% de los hombres entre 12 y 17 años y al 1.8% de las mujeres. Afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los

hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente.

Por otro lado el consumo excesivo de alcohol y otras drogas es sin duda uno de los problemas más graves en México y el resto del mundo. Existe literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de abuso en el consumo de sustancias, haciendo evidente que vivir con un usuario de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así que la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Tomando en consideración las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y otras drogas, se hace necesaria una constante investigación en esta materia, además de continua capacitación a profesionales para la implementación de acciones y programas tendientes a moderar o a erradicar el consumo de la población con el objetivo que esta situación deje de ser un problema de salud pública. Es así que la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como una de las entidades participantes en la investigación sobre este tema, ha implementado, a través de la Facultad de Psicología y su programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones, diversos programas que buscan aportar algunos tipos de soluciones desde su perspectiva al manejo de esta problemática. El presente reporte de experiencia profesional es una recopilación del aprendizaje llevado a cabo en esta institución.

El reporte está dividido en dos partes: la primera es una revisión de los datos teóricos y de investigaciones recientes relacionadas a diversas formas de abordar este tema, así como un reporte de la capacitación grupal de una intervención para usuarios de sustancias adictivas en un grupo de ayuda mutua, además de una intervención breve en un usuario de marihuana; la segunda parte se refiere al reporte de experiencia profesional de un caso relacionado con el apoyo a familiares que conviven con un usuario de drogas.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I.

CONCEPTOS BÁSICOS, CLASIFICACIÓN Y APROXIMACIONES PARA COMPRENDER EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES.

1.1 Conceptos básicos.

Para comprender el fenómeno de las adicciones es importante conocer ciertos conceptos y términos tales como: Sustancia adictivas, sus clasificaciones, formas de consumo, consecuencias en el usuario, uso, abuso o dependencia, además de algunas formas en cómo se aborda esta problemática. En este capítulo se exponen algunos conceptos y características e información importante que tiene como objetivo la fácil y adecuada comprensión de este fenómeno.

Sainz y Montes (2005), señalan a las drogas como sustancias psicoactivas que tienen la posibilidad de modificar el psiquismo a nivel subjetivo (emociones, sensopercepciones, etc.), o modificar la conducta. Algunas de ellas son susceptibles, a partir de su uso continuado y excesivo, a provocar adicciones. La motivación para su uso estriba en conseguir una gratificación a corto o largo plazo, modificar el estado de ánimo, la conducta o mejorar las funciones cognitivas.

El uso crónico y continuado de la sustancia se asocia al fenómeno de tolerancia (metabólica, fisiológica y conductual) lo que conlleva a un incremento en la dosis y frecuencia del consumo para obtener los efectos deseados. Por otro lado, existe la denominada tolerancia invertida y que está asociada a daño hepático y cerebral, poco consumo precipita severos síntomas de intoxicación. Moral y Fernández (2009), señalan que es una propiedad por la que algunas drogas producen los mismos efectos o aun más acentuados con dosis más bajas. Puede deberse a la acumulación de la droga en determinados tejidos y a su liberación progresiva o puede explicarse por una incapacidad de metabolización.

La dependencia de una sustancia, o síndrome de dependencia, es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción”. En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volverla a usar significan que el usuario siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes (OMS, 1994).

La intoxicación es la condición que sucede a la administración de una sustancia psicoactiva y que produce perturbaciones a nivel de conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo o conductual, u otras funciones y reacciones psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las reacciones

aprendidas por ésta, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto si hay daños en diversos tejidos u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir trauma, inhalación de vómito, delirio, coma y convulsiones, entre otras complicaciones médicas. La naturaleza de éstas depende de la clase farmacológica de la sustancia y de su vía de administración (OMS, 1994).

Medina-Mora (2001), expuso las dificultades en la apreciación de algunos conceptos importantes respecto al uso, abuso y consumo perjudicial. Esta autora señaló que el uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos en una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales, estas últimas con peso relativamente mayor. La distinción entre el uso y abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación. Con respecto al alcohol puede definirse como abuso cuando se consume en el primer trimestre del embarazo o antes de conducir. El consumo moderado puede definirse como el que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad. En este contexto la autora menciona que el Departamento de Salud de Estados Unidos de América (NIAAA –por sus siglas en inglés-, 1990) estableció como límite del consumo moderado la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres, no más de dos copas por día en el caso de la mayoría de los hombres, y no más de una copa por día en las personas de edad avanzada. Se considera una copa o trago estándar una cerveza de 330 ml, una copa de 140 ml de vino o 40 ml de destilados. Cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de 13 grs. de alcohol absoluto (citado en Medina-Mora, 2001).

La OMS (1992) introdujo la categoría de consumo perjudicial para definir aquel que afecta la salud física (p. ej., hepatitis asociada a la administración intravenosa de drogas) o mental (p. ej., episodios de trastornos depresivos secundarios al uso excesivo) del consumidor, asimismo califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con el criterio de dependencia. Desde esta perspectiva forma el concepto del proceso de dependencia como un continuo, cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes, un grado antes estarían los bebedores problema o aquellos individuos con patrón de consumo perjudicial (citado en Medina-Mora, 2001). En lo que respecta al uso de alcohol Campillo et al, (citado en Medina-Mora, 2001) establecen que es perjudicial y, previo a la dependencia un consumo semanal de 18 copas en hombres y de 12 en mujeres; así como también el que haya al mes al menos un periodo de embriaguez o más de 10 copas mensuales por ocasión, así como quejas de amigos y familiares por su forma de beber.

Diagnóstico de dependencia de sustancias (CIE-10). Existe un síndrome único para diagnosticar dependencia, sea cual sea la sustancia que la produzca. Todas las dependencias comparten una fenomenología común, aunque existen características diferenciadoras entre unas adicciones y otras. El diagnóstico de dependencia se basa en la presencia de tres o más criterios de dependencia durante un período de 12 meses. Además de la presencia obligada de consumo inadecuado, por excesivo o por inoportuno, deben existir al menos tres de los síntomas siguientes:

- Deseo intenso de consumir una sustancia.

- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
- Tolerancia a la sustancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

La dependencia se considera un trastorno mental crónico. El curso más habitual se caracteriza por períodos de remisión, más o menos duraderos, que se interrumpen por recaídas (CIE-10, 1992).

En el DSM-IV-TR se especifican los criterios para el diagnóstico de los Trastornos relacionados con sustancias: Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2). Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2) (APA, 2002).

Existe un proceso ligado con la dependencia, el síndrome de abstinencia, en el cual el organismo se ha acostumbrado o adaptado a ciertos cambios en su funcionamiento, originados por la sustancia de consumo, por lo que al momento en el que se le retira se presentan síntomas físicos. La OMS (1992), señala que es un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Explica este organismo de salud que por lo general, las características de un síndrome de abstinencia del alcohol se caracterizan por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días. Puede complicarse con crisis de gran mal y progresar a delirio (denominado delirium tremens). Los síndromes de abstinencia de los sedantes tienen varios rasgos en común con la abstinencia del alcohol, pero incluyen también dolores y calambres musculares, distorsiones perceptivas y de la imagen corporal. La abstinencia de los opiáceos se acompaña de rinorrea (moqueo nasal), lagrimeo (formación excesiva de lágrimas), dolores musculares, escalofríos, carne de gallina y, después de 24-48 horas, calambres musculares y abdominales. El comportamiento para conseguir la sustancia es prioritario y se mantiene cuando han remitido los síntomas físicos. La abstinencia de los estimulantes (“bajón” o “crash”) está peor definida que los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad.

La continuidad en el consumo de las drogas puede ser explicada por los efectos placenteros que producen, los cuales sirven como refuerzo positivo para que el sujeto siga consumiéndola. Se cree que la base neuroquímica de esta recompensa es consecuencia del efecto de la droga sobre la neurotransmisión y puede implicar un aumento de dopamina en el sistema nervioso central (SNC) (Jonson, Heriza & Dennis, 2003 citados en Medranda y Benítez, 2006).

Según Medranda & Benítez (2006) las drogas pueden ser consumidas por diversas vías, y una misma droga puede consumirse por varias vías de consumo diferentes. Las vías de consumo más utilizadas serían:

- Fumada: derivados del cannabis, tabaco, heroína.
- Ingerida por vía oral: alcohol, derivados del cannabis, drogas de síntesis.
- Aspirada: cocaína, speed.
- Inhalada: pegamento.
- Inyectada: heroína.

1.2 CLASIFICACIÓN, EFECTOS, CONSECUENCIAS E INFORMACIÓN HISTORICA DE LAS DROGAS.

Clasificación

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto. Para efectos de esta exposición se eligió la de Shuckit (2000, citado en Becoña, 2002), quién las clasifica de acuerdo a sus efectos en el SNC y que las agrupa en; depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras (ver cuadro 1).

A continuación se describen brevemente algunas de las principales sustancias, sus efectos en el organismo y algunos datos históricos.

Clase:	Algunos ejemplos:
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Cuadro 1 Clasificación de las drogas según Shuckit 2000 (fuente Becoña, 2002, pag. 22).

1.2.1 Alcohol.

De acuerdo a información expuesta por la OMS (1994), el etanol (alcohol etílico) es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas

elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (alcohol, no apto para el consumo). El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej., granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones (Echeburúa, 1996). Es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso. Esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro (Hunt, 1993). El alcohol que bebemos (alcohol etílico o etanol) pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso central. No obstante, en concentraciones bajas sus efectos iniciales sobre la conducta son estimulantes, reducen la tensión y puede ser una herramienta útil para enfrentarse a situaciones sociales (Calimari y Cox, 1996).

Hay que tener en cuenta que el consumo de alcohol ha generado una diversidad de problemáticas que, además de afectar la vida familiar y social, repercuten en el aspecto físico y psicológico y en muchos casos transformándose o agravando los problemas salud mental (Casas y Guardia, 2002). También hay que tomar mucho en cuenta que el consumo crónico de alcohol en cantidades relativamente elevadas ha derivado en el desarrollo de lesiones al hígado, en el páncreas, enfermedades digestivas, síndromes neurológicos, enfermedades musculares, complicaciones hematológicas, trastornos endócrinos, hiperuricemia, osteopenia, cáncer, hipertensión arterial, trastornos metabólicos, etc. (Parés y Caballería, 2002; Estruch, 2002 citados en Becoña, 2002).

Señala Becoña (2002), que los familiares del consumidor de alcohol se ven involucrados en las consecuencias de la ingesta perjudicial ya que en esta dinámica se generan desajustes en funciones y roles individuales, estrés, maltrato, golpes y agresiones, se establecen relaciones conflictivas con la pareja, agresividad en las relaciones familiares y las posibles repercusiones en los hijos, etc., que se pueden graduar en cuatro niveles: desajuste familiar, separación conyugal, disgregación familiar y degradación familiar. Muchas de las separaciones de parejas tienen como causa el consumo excesivo de alcohol o los malos tratos asociados a su consumo.

En México el uso nocivo del alcohol tal como abuso o dependencia ha reportado graves consecuencias en el individuo, desde el punto de vista físico, familiar, y social. Se reportó en datos de la ENA (2008) que esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aún menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia son más frecuentes en

los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia.

En lo que concierne al consumo de alcohol en territorio mexicano, este tuvo sus inicios en la época prehispánica, donde existían reglas muy claras acerca de quién podía beber, en qué cantidad y en qué ocasiones. La bebida más popular era el pulque u octli (bebida fermentada obtenida del maguey), cuyo uso era comunal y estaba asociado con la agricultura, la religión y los ciclos vitales como nacimientos, matrimonios y muerte. La ebriedad que se producía durante los actos religiosos era aceptada socialmente (Escotto, 1999).

Posterior a la época prehispánica, en el periodo colonial, el consumo de alcohol se modificó en toda la población. Estas modificaciones fueron en dirección al abuso, hasta llegar al punto de volverse un gran problema para la Nueva España. Estos cambios tienen varios orígenes. Entre ellos el uso indiscriminado de alcohol, ya que entre los aztecas el uso estaba restringido. Además, se trajeron de España las bebidas destiladas, que contienen una mayor concentración de alcohol. El índice de embriaguez aumentó considerablemente, y este fenómeno se asocia al aumento del número de macehuales que se sumaron al consumo; a la comercialización del pulque y, además, a que la antigua embriaguez exclusiva de los ritos aztecas se ajustó a las numerosas festividades de la iglesia católica. A la par de la conquista, las autoridades indígenas ya no ejercían ningún control para evitar el abuso y este vacío no fue llenado por los españoles. A pesar de que la cultura católica prescribía restricciones para el consumo del alcohol, tanto en las celebraciones rituales, como en la vida cotidiana, estas no resultaron efectivas en la práctica. Es así que, las etnias, libres de las antiguas restricciones, aumentaron su consumo, con consecuencias serias en ciertas comunidades que persisten hasta el día de hoy (Zurita, 1997).

Durante el siglo XVII muchos españoles, sobre todo en la Ciudad de México, dedicaban su tiempo a la vagancia y a beber en las múltiples tabernas y puestos de bebidas embriagantes, lo cual era imitado frecuentemente por las personas de toda condición y origen. Hubo intentos dispersos e inconexos de control; por un lado, a los evangelizadores les preocupaba el abuso; por el otro, los conquistadores vendían y se enriquecían. El constante aumento en el consumo de bebidas alcohólicas explica por qué, a pesar de las ganancias económicas que los españoles lograban con la comercialización del pulque y del aguardiente de caña, durante el Virreinato en Mesoamérica se volvieron a castigar los excesos, y las personas a quienes se sorprendía bebiendo públicamente, o ya intoxicados, eran encarcelados y azotados (CECA Q, 2002c).

En 1751 las disposiciones de los antiguos mexicanos impuestas para combatir el alcoholismo, con excepción de la pena de muerte, volvieron a tener vigencia casi igual durante el Virreinato. Esto se debió a que los indios, tanto hombres como mujeres, se habían dedicado a la embriaguez, exponiéndose públicamente. Se ordenaba que todo ebrio fuera aprehendido y puesto en la cárcel, si reincidía se le daban cincuenta azotes en el palo de la plaza y se les cortaba el cabello. Sí a pesar de estos castigos volvían a beber se les mataba. En resumen, la colonia provocó un importante incremento en el consumo; desaparecieron las restricciones rituales y religiosas y poco a poco beber alcohol comenzó a cobrar mayor importancia en la vida cotidiana de los nativos. Para muchos, abusar del

alcohol se convirtió en una forma de evasión de la realidad avergonzante de su sometimiento al conquistador. Los cambios que ocurrieron durante la época colonial en el patrón de consumo de bebidas y que generaron su uso indiscriminado, se explican con las siguientes razones: permisividad social, anulación de las restricciones socioculturales existentes, comercialización del pulque, introducción y venta de bebidas destiladas y además, porque las bebidas con alcohol se volvieron un arma adicional de la dominación (CECA Q, 2002c).

1.2.2 Cocaína y Crack.

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o “coca”, suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo (“polvo blanco”, en inglés: “snuff” o “nieve”), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira (“se esnifa”) y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el “freebasing”, que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua (OMS, 1994).

El “crack” o “rock” es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de “crack” deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un “subidón” intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y, por tanto, el consumidor tiende a emprender actividades irresponsables, ilegales o peligrosas sin pensar en las consecuencias. El habla se acelera y a veces es incoherente y desordenada. Los efectos placenteros duran sólo 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar la excitación y la euforia del “subidón”. Parece que las sobredosis son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína (op. cit)

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiper alerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hiper sexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras drogas, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína (Karan, Haller y Schnoll, 1998). Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con el cannabis, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Llopis, 2001).

Menciona Becoña (2002) que una vez retirado el consumo se produce un intenso síndrome de abstinencia, con graves alteraciones físicas y psicológicas tales como malestar emocional severo, dolores gastrointestinales, deseo intenso de consumir, depresión,

trastorno de los patrones del sueño, cansancio crónico y elevada sensibilidad a dolores y malestar físicos. Diversas aportaciones científicas han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece confirmarse en virtud de que después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación como paliativo para los distintos síntomas que padece el individuo. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína.

También pueden aparecer alteraciones neurológicas, como convulsiones, vasculitis cerebral, cefaleas, etc. Igualmente pueden aparecer complicaciones respiratorias, en los que la esnifan, como es bien conocida la perforación del tabique nasal; complicaciones en las vías aéreas inferiores (ej., hemorragia pulmonar); fallo renal agudo, infarto de la arteria renal, o facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica; ginecomastia (impotencia), amenorrea, infertilidad; perforación yuxtapiórica, lo que exige una intervención quirúrgica, etc. (Balcells, 2001). Todo ello indica el gran número de complicaciones médicas que su consumo puede acarrear. En algunos casos pueden llegar a producir la muerte. Igualmente, a nivel psicológico y psiquiátrico, el consumo agudo o crónico de cocaína puede producir depresión, paranoia transitoria, alucinaciones, psicosis inducida por cocaína, etc. La comorbilidad del consumo de cocaína con otros trastornos suele ser frecuente (Becoña y Lorenzo, 2001).

El consumo de la hoja de la coca (*Erythroxylon coca*, L.) también viene realizándose desde épocas muy remotas por parte de los indígenas sudamericanos, habiéndose encontrado vasijas e instrumentos para su masticación en las costas chilena y peruana con una antigüedad de unos 4,000 años. La palabra coca procede de “khoca”, que significa literalmente “árbol” o “planta”. Desde el imperio inca (1200-1553 d.C.), la utilización masticada de las hojas de coca era parte de los rituales religiosos y sociales. Del mismo modo, se utilizaron con fines diagnósticos por parte de los sacerdotes incas, quienes diagnosticaban la causa de la enfermedad interpretando la disposición de las hojas arrojadas al suelo o el lugar al que se dirigía el jugo de coca escupido sobre la mano (Kennedy, 1985).

En 1507, Américo Vespucio ya refiere el hábito de los nativos de masticar hojas de coca con polvo de cal para fortalecerse. Asimismo, en 1532, Francisco Pizarro, al conquistar el Perú, observó que los indios peruanos masticaban hojas de coca y que de esta manera aumentaba su capacidad de trabajo y estaban en condiciones de hacer tareas que requerían un gran esfuerzo físico (Escotado, 2004). Las dificultades para aislar su alcaloide influyeron para que no fuese considerada una planta con principios activos hasta la segunda mitad del siglo XIX. En 1858, el médico austriaco, doctor Karl Ritter von Scherzer, trajo a Europa unas hojas secas de coca. Albert Niemann, aisló en 1859 el principio activo de estas hojas, al que denominó “cocaína”, aunque, esencialmente, lo que hizo fue redescubrir la eritroxilina, pero mejorando la técnica. La estructura química de la cocaína no sería descrita hasta 1895, gracias a los trabajos del químico alemán Richard Willstätter (Kennedy, 1985; Grinspoon, & Bakalar, 1978).

La cocaína se comercializó (en 1882 en Estados Unidos) como un fármaco eficaz para el tratamiento de las enfermedades nerviosas y los trastornos depresivos, además de como anestésico local en intervenciones oculares y para el tratamiento del dolor odontológico en la infancia (Grinspoon, & Bakalar, 1978). La popularidad de la cocaína creció rápidamente y entró a formar parte de la composición de numerosos “elixires milagrosos” que se vendían, en la época del cambio de siglo, por sus propiedades energizantes y vigorizantes. El más famoso de todos fue el desarrollado por el químico y farmacéutico Angelo Mariani, que elaboró un vino con extractos de hojas de coca patentado como “Vino Mariani”. Mariani fundó, en 1863, la primera gran industria basada en la coca. En Estados Unidos, donde el alcohol no gozaba de buena reputación en un amplio sector de la sociedad, John Styth Pemberton formuló en 1885 un sucedáneo del Vino Mariani libre de alcohol, al que llamó “French Wine Coca”. Este tónico y estimulante nervioso fue reformulado al año siguiente bajo el nombre de “Coca-Cola”. La compañía Coca-Cola fue fundada en 1892 y durante la década de los 90 anunciaba su producto como remedio para el dolor de cabeza y como estimulante, además de como una agradable bebida: “bebida medicinal intelectual y para el temperamento”. En 1903, la compañía Coca-Cola eliminó la cocaína de su bebida, sustituyéndola por cafeína, aunque mantuvo las hojas de coca descocainizadas como aromatizante. En 1909, estaban comercializadas en Estados Unidos unas 69 bebidas que contenían cocaína como ingrediente (op cit).

De forma simultánea al aumento de su uso, aparecieron los primeros casos descritos de dependencia, así como las primeras notificaciones de reacciones psicóticas, crisis convulsivas e incluso casos de muerte súbita. Igual que sucedió con los opiáceos, la Pure Food and Drug Act, de 1906, puso las primeras restricciones a su manufacturación y, en 1907, el Estado de Nueva York limitó la distribución de la cocaína exclusivamente bajo control médico, lo que hizo aparecer un importante mercado negro. Sin embargo, la popularidad de la cocaína como “droga recreativa” fue aumentando durante la década de 1920, alcanzando un cierto prestigio entre aristócratas, burgueses y bohemios; pero con el final de los frívolos años veinte, el patrón de consumo pasó al mundo de los homosexuales, prostitutas y gente del espectáculo y del cabaret (Pascual, 2001). El patrón de consumo de la cocaína volvió a invertirse durante la década de 1970, convirtiéndose en la droga de las estrellas de rock, los corredores de bolsa, etc. Pasó a ser la “droga de los ricos” y de la élite, la “droga del bienestar”, cuyo consumo se asociaba a un cierto estatus social privilegiado (op cit).

El incremento paulatino del consumo mundial de cocaína durante las últimas décadas se ha acompañado de un aumento del contrabando y del precio. Sin embargo, las consecuencias sociales para los países productores han sido dramáticas, con un cambio de cultivos de los campesinos sudamericanos, hacia estos cultivos más “beneficiosos”. Del mismo modo, fueron (y siguen siendo) dramáticos los efectos criminológicos, con un aumento exponencial del narcotráfico, la aparición de los sangrientos “cárteles de la droga”, etc. En los últimos años, el mercado de la cocaína ha continuado su crecimiento, debido a varios factores: el acoso que está sufriendo el mercado de la heroína; su gran disponibilidad y el descenso de su precio, al disminuir el coste del proceso de fabricación; el poseer la consideración de bajo peligro social y sanitario; su empleo, fundamentalmente por vía intranasal, evitando los riesgos de infecciones (HIV, fundamentalmente) asociadas a la administración parenteral. Además, se ha observado, sobre todo en Norteamérica, un

incremento del consumo de fórmulas alternativas y mixtas, como el “speed ball”, una mezcla de heroína y cocaína (González, López-Muñoz, Guerra & Antequera, 2007).

1.2.3 Cannabis

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), *Cannabis sativa*. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís. En el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”. Las definiciones se basan en los términos indios tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término indio, bhang, hace referencia a las hojas. El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal (OMS, 1994, p.22).

Según menciona Grinspoon & Bakalar (1997) el cáñamo (*Cannabis sativa*) es otra de las plantas que ha acompañado al hombre desde épocas muy remotas, habiéndose empleado como sustancia de abuso ya sean sus hojas (marihuana) o bien su resina (hachís). Existen otras variedades de plantas que aún conteniendo cannabinoles, o cannabinoides, los principios activos del cannabis son muy bajos con respecto a la *cannabis sativa*. En la *cannabis sativa* se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol (THC). Además, hoy sabemos que existe un sistema cannabinoide endógeno (Ramos y Fernández, 2000a), sobre el que se han realizado un buen número de investigaciones en los últimos años y descubierto en parte el funcionamiento del mismo.

El consumo de cannabis produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social, altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos, y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. El cannabis se consume a veces con alcohol, una combinación que tiene efectos psicomotores adictivos (OMS, 1994).

Menciona Quiroga (2000, citado en Becoña, 2002) que los efectos nocivos del cannabis para la salud física y mental son evidentes de los cuales se puede destacar: respecto a la salud física se han encontrado efectos agudos como taquicardia, desmayo, infarto, sobre la testosterona y la progesterona, sobre la conducta sexual, aparato respiratorio, sistema inmune, función gonadal y reproductora, efectos sobre el feto, etc. Por otra parte, no hay que olvidar que en los servicios de urgencias hospitalarios son frecuentes las consultas por complicaciones psicopatológicas agudas (crisis de angustia, estados de ansiedad) derivadas de su utilización. Y, sobre la salud mental, junto a los distintos signos

del síndrome de abstinencia, el mayor problema es que el THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las psicosis. De darse, la psicosis no sería producida directamente por el THC, siendo compleja la relación, aunque parece que el THC aceleraría el proceso de aparición de la esquizofrenia en personas genéticamente predispuestas. El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome amotivacional), el cual se caracteriza por un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo (Becoña, 2002).

Los cultivos más antiguos de la planta datan del año 3500 a.C. en el Himalaya, aunque su nombre parece provenir del término quannabu, con que la conocían los asirios. Los primeros restos de su uso recreacional se han encontrado en la península indostánica, y han sido datados en siglo XV a.C. En esta cultura, el cannabis es mencionado en los primeros Vedas, sobre todo en el cuarto o Atharva Veda, como la bebida preferida del dios guerrero Indra. Los textos sánscritos de la India citan las llamadas “píldoras de la alegría”, a base de cannabis y azúcar. En China, donde se empleaba en la industria textil, ya se cita este remedio en el Pen Tsao Ching, un tratado médico del siglo I atribuido al mítico emperador Shen Nung (siglo XXX a.C.), donde se recomendaba el uso del cannabis en casos de dolores reumáticos, aunque tomado en exceso su consumo hacía que se viesan demonios y tomada durante mucho tiempo favorecía la comunicación con los espíritus y aligeraba el cuerpo. Por su parte, en la India, la medicina ayurvédica ya recogía la utilidad analgésica del cáñamo desde el siglo XV a.C., especialmente como antimigrañoso. Por su lado Abel (1980) comentó que el cannabis también se encontraba en el arsenal terapéutico de la medicina clásica griega y romana. Plutarco, escribiendo sobre los tracios, unos 400 años después, refería la costumbre que tenían, tras la comida, de quemar las hojas de una planta parecida al orégano, aspirando sus vapores, lo que les producía un estado de embriaguez, cayendo finalmente en un profundo sueño. Este consumo también es citado por Cayo Plinio Segundo, al igual que por Dioscórides, en su *Materia Medica*, donde lo señala como útil en los dolores de cabeza y anafrodisiaco, siendo ésta la primera referencia al empleo clínico de la planta en un texto médico occidental. Aunque posiblemente los Cruzados trajeron esta sustancia a su retorno de Tierra Santa, la importación definitiva a Occidente de preparados psicotrópicos elaborados a partir del cáñamo fue efectuada por las tropas de Napoleón, tras su regreso de las campañas egipcias, alcanzando su consumo un gran éxito entre los intelectuales, que, en sus reuniones, tomaban el dawamesk, una mezcla de hachís, canela, clavo, pistacho, azúcar, zumo de naranja, mantequilla y cantáridas. En América, fueron los españoles los que introdujeron el cáñamo hacia 1547, adquiriendo gran relevancia en Norteamérica en años sucesivos; de hecho, en plena Guerra de Secesión, el mismo George Washington sembraba esta planta, siendo la segunda cosecha en importancia en Norteamérica, después del algodón (Cabrera, 2007).

Investigadores de la Universidad de Cambridge (Word, Spivey y Easterfield) obtuvieron en 1890 el primer extracto casi puro de la planta, al que llamaron cannabinol, y durante esa última década del siglo XIX acabaron obteniéndose otros alcaloides (cannabin, cannabindon, cannabine, cannabinon), algunos de los cuales se incorporaron a los diferentes preparados comerciales del momento. A finales del siglo XIX, el cannabis o hachís se encontraba presente ya en todas las farmacopeas occidentales y era ampliamente

utilizado en la práctica médica para el tratamiento de neuralgias, reumatismos nerviosos, insomnio, crisis epilépticas, espasmos musculares, hemorragias uterinas, dismenorreas, etc. (McKim,1991).

Durante la década de 1930 comenzaron las grandes migraciones de mexicanos hacia el sur de Estados Unidos, quienes exportaron a esas tierras la costumbre de consumir derivados psicoactivos del cáñamo (marihuana) con fines recreativos. El problema derivado de este consumo fue de tal importancia que, en 1930, se creó la Oficina Federal de Narcóticos, destinada únicamente al control del cultivo, venta y consumo de la planta (Escotado, 2004). De hecho, en 1937 se estimaba que había 100,000 adictos a la marihuana en Estados Unidos, principalmente adolescentes y estudiantes universitarios. A raíz de estos datos, en 1937 se publicó la Marihuana Tax Act, que prohibía el consumo de cannabis, y pasaba su control a manos federales. En 1961, el cannabis se incluyó en la lista de sustancias psicotrópicas prohibidas de la Convención sobre Drogas Narcóticas y en la Lista de Estupefacientes sometidos a Fiscalización Internacional de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Pese a todo ello, la marihuana se continuó consumiendo de forma clandestina, pero limitada, hasta la gran eclosión de la década de 1960, coincidiendo con el auge del movimiento hippie. A partir de ese momento, se ha producido un crecimiento progresivo de su consumo, principalmente entre la población juvenil, a ambos lados del Atlántico (Ramos, 2000).

1.2.4 Opiáceos

Los Opiáceos perteneciente al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), una adormidera que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria. El término opiáceo no incluye a los opioides sintéticos. Los opioides es un término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas (OMSS, 1994).

Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con acciones opioideas son las endorfinas y las encefalinas. Con el tiempo, la morfina y sus análogos inducen tolerancia y cambios neuroadaptativos que son responsables de la hiperexcitabilidad de rebote que aparece cuando se retira la sustancia. El síndrome de abstinencia consiste en impulso irresistible (“craving”) por consumir la sustancia, ansiedad, disforia, bostezos, sudoración, piloerección (piel de gallina), lagrimeo, rinorrea, insomnio, náuseas o vómitos, diarrea, calambres, dolores musculares y fiebre. Con las drogas o fármacos de acción breve, como la morfina o la heroína, los síntomas de abstinencia aparecen de 8 a 12 horas después de tomar la última dosis, alcanzan su nivel máximo en 48-72 horas y desaparecen al cabo de 7-10 días. Con las sustancias de acción más prolongada, como la metadona, los síntomas de abstinencia no aparecen hasta 1-3 días después de la última dosis; los síntomas alcanzan su nivel máximo entre el tercer y el octavo día y puede durar varias semanas, pero normalmente son más leves que los aparecidos tras la

abstinencia de dosis equivalentes de morfina o heroína. El consumo de opioides tiene numerosas secuelas físicas (debidas sobre todo a la vía de administración habitual, la intravenosa). Se trata de hepatitis B, hepatitis C, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, septicemia, endocarditis, neumonía y abscesos pulmonares, tromboflebitis y rabdomiólisis. La afectación psicosocial y social, que a menudo refleja la naturaleza ilícita del uso no médico de estas sustancias, es considerable (op, cit).

La heroína es un opiáceo y, como todos ellos, un derivado del opio (*Papaver somniferum*). La heroína fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el Dr. Heinrich Dresser. Cuando se comercializó, a finales del siglo pasado, se decía de ella que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos (Becoña, 1995). Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada su difusión fue enorme, incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China donde hubo las conocidas guerras del opio (Escohotado, 1998). El empleo terapéutico del opio como herramienta analgésica, antitusígena, hipnótica, sedante y tranquilizante, entre otras, ha sido una constante de la historia de la medicina (Álamo & López, 2006).

Asimismo, el opio también ha desempeñado un trascendente papel histórico, desde el punto de vista político, comercial y sociológico. La relación entre los opiáceos y la criminalidad se fundamenta básicamente en el fenómeno del narcotráfico. No obstante, también existe un aspecto que podría ser calificado como “criminalidad a gran escala”, que son los conflictos suprapersonales, muchas veces de carácter bélico, detrás de los cuales existen auténticos intereses de tipo económico, político o de cualquier otra naturaleza. Un ejemplo paradigmático lo constituyen las llamadas “Guerras del Opio”, que tuvieron lugar durante el siglo XIX. Otra consecuencia de esta generalización del consumo de opio (básicamente fumado) fue un espectacular incremento del cultivo de adormidera y de la producción de opio en China, donde, en 1906, se produjeron unas 30,000 toneladas de esta sustancia. Por otro lado, los viajeros occidentales instalados en China, así como los inmigrantes procedentes de Oriente, también introdujeron en Occidente la moda del consumo del opio fumado. En esa misma época, en Europa, la relativa facilidad para obtener el opio, integrado en la composición de distintos preparados terapéuticos, como elixires, anodinos o láudanos, favoreció igualmente su abuso (González, López-Muñoz, Guerra, & Antequera, 2007).

La morfina es el principal alcaloide del opio, y ese nombre se le puso en honor de Morfeo, el dios del sueño. Tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales. Es el mejor analgésico natural que se conoce. Los primeros «morfinómanos» fueron fundamentalmente profesionales de la medicina. En las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico permitieron una rápida difusión de la misma. El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor (Schmitz, 1985).

La morfina fue comercializada en 1827, aunque su uso no comenzó a difundirse ampliamente hasta mitad del siglo XIX, cuando se descubrió la jeringa y la aguja hipodérmica (Latimer & Goldberg, 1981; Rubio, López-Trabada, Pascual & Santo-

Domingo, 1998). Precisamente, estos avances médicos ocasionaron otro grave problema de adicción en Estados Unidos, tras la finalización de la Guerra de Secesión Americana (1861-1865), pues durante este conflicto se les proporcionó a los soldados una jeringa hipodérmica y una dotación de morfina para administración parenteral, que podía autoadministrarse como analgésico en casos de lesiones o heridas de guerra (Escohotado, 2004). Dado el elevado número de adictos a la morfina, se impuso la necesidad de encontrar una nueva sustancia con una potencia analgésica semejante, pero sin problemas de dependencia. Así, el grupo de Heinrich Dreser, de la compañía alemana F. Bayer & Co., sintetizó en 1874 la diacetilmorfina. Este derivado de la morfina, tres veces más potente, fue finalmente comercializado en 1899 para el tratamiento de enfermedades respiratorias, con el nombre comercial de Heroína, acepción derivada de la palabra germana “heroish”, que viene a significar remedio heroico o poderoso. La heroína adquirió un rápido éxito comercial, siendo utilizada ampliamente en todo el mundo. Sin embargo, su potente capacidad adictiva no fue advertida hasta 1913, momento en que la compañía fabricante detuvo su producción (Álamo & López-Muñoz, 2006).

1.2.5 Alucinógenos

La OMS (1994), explicó que el término de alucinógenos es asignado a sustancias químicas, ya sean naturales o sintéticas, que producen alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los trastornos orgánicos. Los más comunes y que generalmente son conocidos por sus siglas son: la lisérgida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4-metilenedioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP). Los efectos en el organismo empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia (sobrereacción del sistema nervioso autónomo) y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el Cosmos). Son frecuentes las fluctuaciones rápidas entre la euforia y la disforia. Al cabo de 4 ó 5 horas, esta fase deja paso a ideas de referencia, sensación de mayor consciencia del yo interior y sensación de control mágico.

Además de la alucinosis habitual, los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden: (1) mal viaje; (2) trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas (“flashbacks”); (3) trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimenta se corresponden con la realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo. (4) trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga (OMSS, 1994; Schuckit, 2000).

El descubrimiento del LSD-25 por Hofmann y Stoll en 1938 tendría una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales, movimientos contestatarios, así como la aparición del abuso de esta sustancia en décadas posteriores

(Weiss y Millman, 1998). Este alucinógeno tiene como nombre químico el de dietilamida del ácido lisérgico, LSD como iniciales y 25 por ser el compuesto número 25 sintetizado en aquel entonces por el laboratorio Sandoz. No fue hasta 1943 cuando Hofmann, por accidente, ingirió una pequeña cantidad de LSD y pudo apreciar sus propiedades como alucinógeno.

Sobre el LSD-25 y otros alucinógenos han corrido ríos de tinta, docenas de libros y miles de artículos publicados (Escohotado, 1998). El denominado «movimiento psiquedélico», o «psicodélico», llegó a ser relevante en Estados Unidos en la década de los 50's y 60's (Buchanan, 1992) al tiempo que se hicieron muchas investigaciones con el LSD-25 para estudiar sus propiedades terapéuticas. A mediados de los años 60's fue prohibido en distintos estados norteamericanos y, en 1971, en la Convención para el control de sustancias psicotrópicas, realizado en Viena y auspiciado por la ONU (Becoña 2002).

En la naturaleza existen una gran cantidad de productos vegetales que contienen sustancias alucinógenas, destacan por su uso: la psilocibina (sustancia activa de algunos hongos alucinógenos), la mescalina (sustancia activa del peyote) y el producto químico y más conocido LSD. Los alucinógenos también se les conoce con el nombre de psiquedélicos o psicodélicos (reveladores de la mente) y psicomiméticos (que simulan estados psicóticos). Las alucinaciones que producen estas sustancias se ven influidas como en muchas de las conductas de consumo de drogas de modo importante por las expectativas del sujeto respecto de los efectos de las mismas, lo que facilita que muchas personas después de la primera prueba no realicen otras, aunque hay personas a las que les divierte la experiencia y continúan con su uso. Cuando el consumo estaba extendido, sus consumidores habituales y expertos en su uso, indicaban la necesidad de tener un «guía» en la experiencia con alucinógenos, especialmente cuando se ingiere LSD. Se ingieren por vía oral y alteran las funciones cognitivas y perceptivas del sujeto de modo importante, por lo que su uso suele ser episódico. Cuando hay un uso continuo se desarrolla rápidamente tolerancia (Martí 1994 en Becoña 2002).

La realidad indica que sus consumidores, sean dependientes o no de otras sustancias psicoactivas, lo usan mayoritariamente de forma esporádica. La ingestión de LSD-25 produce mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. Pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede igualmente producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales. Estos suelen considerarse efectos agudos. Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad (Weiss y Millman, 1998). Algunos consumidores pueden seguir teniendo algunos efectos durante meses o años, especialmente trastornos perceptivos (ej., percibir con mayor intensidad de lo normal colores y sabores). La experiencia con alucinógenos se considera que varía de modo importante de persona a persona e incluso en la misma persona bajo distintas condiciones (Weiss y Millman, 1998).

1.2.6 Drogas sintéticas

Se engloban con la denominación de drogas de síntesis una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal, con una estructura química parecida a la de algunos fármacos que son o fueron utilizados en terapéutica. Pertenecen a

varios grupos farmacológicos, aunque entre las drogas de síntesis destacan las de tipo anfetamínico (Salazar y Rodríguez, 1996). La de uso más común es el éxtasis (MDMA), que fue sintetizada en 1912 en Alemania como anorexígeno. La MDMA, o 3-4-metilendioximetanfetamina, tiene efectos neuroquímicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Aunque predominan los efectos estimulantes de las mismas, tampoco son extraños los efectos alucinógenos; los problemas de desorientación y las distorsiones perceptivas son menores que las de los alucinógenos clásicos, como el LSD (Weiss y Millman, 1998).

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias, teniendo múltiples posibilidades su fabricación, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme y, aparte, ocupan muy poco espacio al ser algunos de estos productos muy concentrados. Estas sustancias, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Aunque la anfetamina ya había sido sintetizada en 1887 por el químico japonés Nagayoshi Nagai, las primeras evaluaciones biológicas de su actividad, enfocadas al estudio concreto de su actividad simpaticomimética, no habían determinado mayores ventajas sobre las sustancias de referencia. Este hecho paralizó el desarrollo del compuesto, hasta que las circunstancias reactivaron el mercado para las aminas simpaticomiméticas, a finales de la década de 1920. La monopolización del comercio de la *Ephedra vulgaris*, planta a partir de la cual se obtenía la efedrina, determinó que este principio activo escaseara y se elevase de precio, lo que resultó un caldo de cultivo idóneo para el desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas para el tratamiento del asma o la congestión de vías respiratorias (Becoña 2002).

En este contexto, a principios de los años 30's se redescubrieron los efectos presores y antiseoretos de la anfetamina, y los laboratorios Smith Kline & French comercializaron una especialidad que contenía este principio activo para uso inhalatorio como descongestionante nasal, un sulfato de anfetamina en mezcla racémica sintetizado en 1931 y denominado Benzedrina (Alguacil, Pérez-García & Morales, 2007). La evolución de esta línea llevó a purificar el isómero activo de la anfetamina (dextroanfetamina) y a la introducción de otros derivados, como la metanfetamina (obtenida en 1929 directamente a partir de efedrina, por reducción de la misma), la fenmetrazina, etc. Más tarde, se usaron anfetaminas como agentes anorexígenos y antidepressivos. Sin embargo, el "uso viciado" de estos fármacos se inició en plena II Guerra Mundial, cuando se recurrió a estas drogas para minimizar los efectos del cansancio de los soldados y "fomentar motivaciones patrióticas". Es bien conocido, en este sentido, como los famosos pilotos suicidas japoneses eran "invitados" a consumir altas dosis de anfetaminas antes de lanzarse contra los barcos americanos, aunque también se usaron para aumentar el rendimiento de los trabajadores en las industrias bélicas, en la retaguardia (Cabrera, 2007).

Después de este primer uso bélico "no terapéutico", las anfetaminas pasaron al campo del deporte, donde se emplearon "ilegalmente" para mejorar el rendimiento motriz

de los deportistas. A pesar de sus problemas y del importante número de muertes súbitas, estas sustancias continuaron utilizándose hasta la implementación sistemática de los controles antidopaje. El periodo de máximo esplendor en el uso médico de las anfetaminas fue la década de 1960, en la que se pusieron en el mercado de Europa y Estados Unidos una enorme cantidad de preparados farmacéuticos con anfetaminas. La comunidad médica respondió a la introducción de las anfetaminas del mismo modo en que lo había hecho 50 años antes con la cocaína, siendo, de hecho, recomendadas para las mismas indicaciones: el tratamiento de la epilepsia, esquizofrenia, depresión, sobredosis de barbitúricos, dependencia de estimulantes, como el café y el tabaco, obesidad, colon irritable, esclerosis múltiple, traumatismos cerebrales y disfunciones sexuales (Corey, 1988).

Sin embargo, efectos secundarios importantes, como la cardiotoxicidad, la capacidad de producir psicosis o el riesgo de producir dependencia, acabaron, a mediados de esta década, con algunas indicaciones que habían conseguido mantener una presencia comercial importante de los derivados anfetamínicos, principalmente el tratamiento de la obesidad. De esta forma, en países como Estados Unidos, la metanfetamina se retiró del mercado en 1968. No obstante, las anfetaminas continuaron siendo empleadas por las amas de casa, como instrumentos de adelgazamiento, o por camioneros y transportistas, sobre todo en Estados Unidos, que eran primados por llegar cuanto antes a sus destinos, máxime cuando transportaban mercancías perecederas, lo que hizo aumentar la incidencia de accidentes mortales, pues cuando desaparecían los efectos de estas drogas, los camioneros se dormían al volante. Finalmente, el consumo de anfetaminas se fue extendiendo hasta la población estudiantil, que las empleaban, sobre todo en tiempos de exámenes, para aumentar el tiempo de estudio, y más recientemente para prolongar el tiempo de “marcha” durante los fines de semana. Aunque se trata de una droga de abuso con una prevalencia de consumo inferior a otras drogas, en algunas partes de Europa el consumo de anfetaminas constituye una parte importante del problema de las drogodependencias (OED, 2008).

El prototipo de “droga de diseño”, la metilendioximetanfetamina (MDMA), conocida popularmente como “éxtasis” además de otros nombres (Adam, XTC, empathy, essence, clarity, M&M), fue sintetizada en 1914 en los laboratorios alemanes Merck como agente anorexígeno, aunque no llegó a ser comercializada. Sin embargo, fue utilizada con fines de investigación por el ejército norteamericano durante las décadas de 1950 y 1960, y, durante la década de 1970, como agente facilitador de la comunicación (agente entactógeno) entre el psicoterapeuta y el paciente. Entre otros derivados anfetamínicos de síntesis se encuentra la MDA, conocida como “droga del amor”. Fue sintetizada en la primera década del siglo XX y estudiada farmacológicamente con fines comerciales como inhibidor del apetito durante las décadas de 1950 y 1960, iniciándose su empleo como droga de abuso a partir de 1967. En la actualidad, existen, además de la MDMA y la MDA, medio centenar de sustancias sintetizadas con tal fin (López-Muñoz, Rubio, González-Martínez & Álamo, 2004).

En los últimos años se ha incrementado el tráfico y consumo de otras drogas de diseño, procedentes de los arsenales terapéuticos “legales”, como el gamma-hidroxitirato (GHB), la ketamina, la fenciclidina o el JWH-018. El GHB fue sintetizado por Henri Laborit hace aproximadamente 30 años, y es una sustancia depresora del sistema nervioso central que se conoce vulgarmente con el nombre de “éxtasis líquido”. Esta denominación es bastante errónea y suele conducir a peligrosas equivocaciones en los consumidores, ya

que al ser un agente depresor, ocasiona efectos diametralmente opuestos a los del auténtico “éxtasis”, que es una droga de carácter psicoestimulante (Nicholson & Balster, 2001)

Durante los años 80’s, el GHB fue comercializado de forma libre por la industria alimenticia como estimulante de la hormona del crecimiento, utilizándose habitualmente en los gimnasios, aunque también formó parte de la composición de algunos medicamentos OTC que se dispensaban como sedantes. En relación con su prescripción ética, se ha utilizado fundamentalmente como anestésico general (Nicholson & Balster, 2001). La ketamina es un anestésico general disociativo, no barbitúrico y no narcótico. Su uso terapéutico habitual es como anestésico general, de potencia leve-moderada, por lo que se ha venido empleado especialmente en niños y ancianos. Sus características psicodélicas fueron descubiertas casualmente, después de que algunos pacientes, tras recuperarse de la anestesia, informaran de estos efectos (Krystal et al., 1994; Kohrs & Durieux, 1998). La fenciclidina (PCP) es otro anestésico disociativo, introducido en el mercado en la década de 1950 y retirado del mismo precisamente a consecuencia de los episodios excitatorios y las alucinaciones que se observaban durante la recuperación de la anestesia, lo que no evitó su derivación al consumo ilegal (“polvo de ángel”) (Escohotado, 2004).

El consumo de fenciclidina puede desencadenar fácilmente un cuadro psicótico (se puede observar incluso tras una sola dosis), provoca graves alteraciones comportamentales, está a menudo asociado a episodios de violencia, parece más adictógeno que el de otros psicoestimulantes y puede conducir mucho más fácilmente a una reacción fatal (Henderson, 1982). En los últimos años, nuevas sustancias de síntesis, desarrolladas inicialmente por la industria farmacéutica, se están incorporando al mercado ilegal de las drogas de abuso, que no para de crecer (López-Muñoz et al., 2011).

1.2.7 Inhalantes

Los inhalantes es otra variedad de sustancias con efectos psicoactivos, son sustancias volátiles, contenidas en algunos de los siguientes productos químicos: laca de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, gasolina de autos, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles, se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina (Shuckit, 2000 citado en Becoña, 2002). Respecto al uso por cierto sector de la población económica se menciona que es consumida, como le pasa al crack, otra droga de los pobres, que tiene una enorme relevancia en los barrios marginales de México y Latinoamérica, pero que apenas se consume en países industrializados. Por no ser consideradas sustancias ilícitas su obtención es fácil y de muy bajo costo, lo que facilita el consumo por parte de los adolescentes. Se consume introduciendo la sustancia en un plástico e inhalando sus gases o impregnando con la sustancia un paño y luego aspirar los vapores del mismo por la nariz, la duración de sus efectos es corta (Becoña 2002).

La edad de inicio en el consumo de esta sustancia suele ser a edades muy tempranas aproximadamente entre 10 y 12 años. En una revisión de literatura respecto a los efectos de los inhalantes Becoña (2002), expone el trabajo de algunos autores quienes señalan que los efectos producidos por cada inhalación duran sólo unos pocos minutos, aunque pueden realizarse múltiples inhalaciones para conseguir efectos de horas. Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica (Weiss y Millman, 1998), buscando sus usuarios el rush, para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar

asociado con una sensación de flotar y desaparición de las inhibiciones. Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, pudiendo frecuentemente aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales (náusea y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves de tipo pulmonar, circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. (Schuckit, 2000; Weiss y Millman, 1998). Esto es, los efectos de los inhalantes son devastadores, con la aparición de problemas físicos y mentales graves. Las complicaciones renales y hepáticas en estos consumidores son frecuentes. Para los consumidores habituales de inhalantes ésta suele ser la droga de elección, aunque pueden también haber probado otras. En otros casos se ha encontrado dependencia de distintos inhalantes en obreros que manipulan a nivel industrial sustancias con poder adictivo, aunque la legislación tiene normas claras para que no ocurra esta dependencia, ej., utilizar mascarillas, protecciones adecuadas, etc. (Becoña 2002).

Como hemos podido observar en las descripciones anteriores, las diversas sustancias fueron descubiertas primeramente por accidente, y al conocer como influían sus efectos en los estados de conciencia, fueron usadas para situaciones o eventos particulares, por ejemplo, en cuestiones religiosas y por personas dedicadas a esta relación como los chamanes o sacerdotes. A la par de estas prácticas en algunos de estos casos se descubrieron efectos a los cuales se les podrían atribuir propiedades médicas y fueron usados como remedios contra algunas dolencias y padecimientos. Más allá de estas propiedades médicas o religiosas, actualmente existe una industria del consumo de estas sustancias, algunas de ellas legales y muchas ilegales, actualmente se ensaya con sus fórmulas, formas de presentación e influencias sociales para convertirlos en bienes de mayor consumo, además de que en el caso de las de tipo ilegal se experimenta para convertirlas en sustancias con mayores propiedades adictivas.

1.3. APROXIMACIONES BIOPSIICOSOCIALES PARA COMPRENDER LAS ADICCIONES.

El modelo biopsicosocial entiende a las adicciones como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o la drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado (Fernández et al. 2007).

La perspectiva biológica del uso de las drogas, destaca el papel que tienen estas como reforzadores positivos con unas características muy específicas que inducen una pérdida de control. Se ha descubierto que todas las sustancias adictivas estimulan con mucha intensidad la vía dopaminérgica que conecta el núcleo de acumbens con el área tegmental-ventral mesolímbica, es decir, el denominado haz medial anterocerebral, este haz se relaciona con el proceso de refuerzo natural, placer y orgasmo (Bozarth, 1991).

Se habla de un círculo vicioso, donde las drogas adictivas tienen un potencial muy alto de estimular las zonas de refuerzo natural movilizandando una gran cantidad de dopamina. El alto placer que suministran aumenta la probabilidad de consumo. No obstante, su uso continuado en el tiempo disminuye la densidad de receptores dopaminérgicos en las áreas mesolímbicas de refuerzo natural, de tal modo que otros reforzadores, ya sean naturales o

simbólicos, tienen menos posibilidad de ocasionar placer y la droga se convierte en la única fuente hedónica, siendo además necesarias mayores dosis de la droga para el mismo efecto. Asimismo, el cerebro disminuye la producción interna de dopamina, opioides y/o GABA, haciéndose dependiente de su suministro externo o estimulación externa. Así, la privación de la sustancia se vive de forma muy displacentera, acompañada de diversos síntomas físicos. Por otro parte, en la medida que disminuye la densidad de receptores dopaminérgicos en las áreas mesolímbicas también lo hacen a nivel prefrontal en sus áreas orbitales y mesobasales. Al jugar estas áreas prefrontales un papel clave en el control de impulsos y de estados emocionales negativos, su hipofunción disminuye el control del deseo de consumir droga y la tolerancia al malestar que genera la abstinencia. Con el paso de los meses, ante un consumo continuado de la sustancia, el deseo de droga se va volviendo más irresistible y el sujeto se torna muy laxo en sus juicios morales y crítica personal ante los primeros síntomas de abstinencia y la posibilidad de obtener la droga. Así, empieza a hacer cosas que antes jamás hubiera pensado como robar a la familia, delinquir o prostituirse (Goldstein y Volkow, 2002; Koob y Le Moal, 2001; Kostowski, 2002).

El suministro repetido de drogas que estimulan de forma muy potente las vías dopaminérgicas de refuerzo natural llevan a un aumento progresivo de la dosis (tolerancia), la dependencia del suministro de la sustancia para mantener el equilibrio de sustancias cerebrales (síndrome de abstinencia al ceder abrupto por los días de la sustancia), siendo el aburrimiento y falta de motivación el más persistente tras la interrupción prolongada del suministro de la droga, síntoma que surge del altísimo umbral de refuerzo establecido durante la adicción. Puede llevar un periodo de un año restablecer el equilibrio interno del sistema natural de refuerzo, periodo durante el cual hay alta probabilidad de recaída, si la droga está disponible y el sujeto se enfrenta a tensiones externas. Precisamente, se detectan cambios permanentes en la densidad de receptores en las regiones de refuerzo que reflejan un patrón de conducta aprendido que es activado por situaciones análogas a las de adquisición: estados de bajo refuerzo y alto displacer (Koob & Le Moal, 2001). Además, el sistema de refuerzo natural del cerebro en desarrollo de los adolescentes presenta una mayor vulnerabilidad a los efectos adictos de las sustancias psicoactivas que incrementan la transmisión dopaminérgica mesolímbica, por lo que el consumo repetido de esas sustancias es más fácil que acabe en dependencia, y a su vez, que ésta provoque cambios estructurales más persistentes que predispongan a futuras adicciones (Chambers, Taylor & Potenza, 2003).

Desde la perspectiva psicológica, por una parte, se señala que el consumo excesivo de sustancias psicoactivas puede constituir una estrategia para afrontar emociones negativas como la tristeza, el abatimiento, la angustia, la frustración y el vacío vital (Casas, 1992); especialmente, en personas con dificultades para identificar y expresar sus emociones y tomar contacto con su mundo vivencial interno (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Asimismo, se destacan los rasgos de búsqueda de sensaciones y riesgos (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993) y la impulsividad (Gray, 1994; Zuckerman, 1991) como factores de personalidad predisponentes al consumo, abuso y dependencia de drogas. Precisamente, los trastornos de personalidad antisocial y límite son los más relacionados con trastornos por consumo de sustancias (Rieger y Kaelber, 1995). Ambos trastornos de personalidad están caracterizados por una marcada búsqueda de sensaciones e impulsividad, y las personas que los presentan suelen padecer una considerable cantidad de emociones negativas,

provocadas por sus constantes conflictos interpersonales y dificultades de adaptación social.

Desde la perspectiva sociológica, se destaca el papel que la socialización marginal está jugando en las drogas ilegales, constituyendo un medio de vida, enriquecimiento y prestigio en grupos de jóvenes marginados. A su vez, se remarca el inmenso negocio en que se ha convertido el tráfico ilegal de sustancias (Courtwright, 2001). Por otra parte, se señala que entre los individuos de las clases sociales más marginadas, es decir de los grupos sociales que han perdido o carecen de los derechos que les corresponderían dentro de la sociedad a la que pertenecen, hay un intenso malestar. Malestar que encuentra un fácil alivio con drogas, si éstas se hallan disponibles. Al poseer los reforzadores sociales más valiosos escasa fuerza por su carencia e inaccesibilidad, al igual que las normas de sacrificio y restricción para lograrlos, el potencial de abuso es alto (Botvin, Epstein, Baker, et al., 1997; Trimble, 1995).

1.4 PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

Tomando en consideración factores tanto biológicos, psicológicos y sociales de las adicciones, ha sido indispensable abordar este fenómeno desde el punto de vista de su prevención. Por lo general se reconocen por los epidemiólogos tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Los tres niveles de prevención, y que corresponden a las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad se describen a continuación:

1.- Prevención primaria. El propósito de la prevención primaria es el prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, controlando las causas y los factores de riesgo. Está orientada a todos los miembros de la comunidad, no distingue entre personas de alto o bajo riesgo de consumo. El objetivo es promover estilos de vida saludables y capacitar en habilidades sociales. Implementa estrategias generales bajo un marco teórico extenso, por ejemplo, difunde información acerca de las drogas y sus consecuencias, intentando aumentar la percepción de riesgo. Sus costos no son elevados y se aplican con menor intensidad.

2.- Prevención secundaria. La prevención secundaria intenta reducir las consecuencias más serias de las enfermedades mediante diagnósticos tempranos y tratamientos. Está definido como la medida disponible para individuos y poblaciones para detectar anticipadamente las enfermedades, lo que conlleva a una intervención rápida y efectiva para corregir las desviaciones de una buena salud. Para diseñar y operar apropiadamente las estrategias de intervención, es necesario conocer los factores de riesgo dentro de la población. El tamizaje de dichos factores ayuda a la definición del tipo de programa a implantar, ya sea un programa de intervención selectiva o de prevención indicada. Una vez que se puntualizan los factores de riesgo del grupo, se diseñan las actividades particulares para reducir el riesgo. En comparación con la prevención universal, se opera por periodos más largos, intensos y definidos.

3.- Prevención terciaria. La prevención terciaria se inclina a la reducción del proceso o la complicación de la enfermedad establecida; y es importante el aspecto de la medicina terapéutica o de rehabilitación, ya que procura evitar la discapacidad total, que conlleve al individuo a vivir una vida plena y autosuficiente. La prevención indicada está encausada a reducir el impacto del primer evento de abuso de drogas; acortar el consumo experimental

y/o social; retrasar el inicio del abuso, y/o atenuar la severidad del consumo excesivo de drogas (Dever, 1991; Armijo, 1994).

1.5 INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGÍCA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

Otro punto clave para la comprensión del fenómeno de las adicciones es identificar el consumo de las drogas en la población en general así como valorar sus efectos en la salud pública. Cabe mencionar que el interés por los estados de salud dentro de las poblaciones humanas no es de origen reciente, desde hace siglos se han venido haciendo estudios acerca de cómo se comporta la salud al interior de las poblaciones. A este estudio se le ha denominado epidemiología. De acuerdo a Susser (1991 citado en Cantú, Jiménez y Rojas, 2001) a la epidemiología se le define como el estudio de las distribuciones y a determinantes de los estados de salud en poblaciones humanas. No obstante, podemos definirla operativamente como la ciencia que lleva a cabo labores de prevención, vigilancia lleva a cabo labores de prevención, vigilancia y control de los desordenes de salud en las poblaciones humanas, y donde comprobadamente la epidemiología yace sobre una base de conocimientos que se enmarcan en (a) la parte clínica, (b) la estadística y (c) la medicina social (Almeida, 1992).

Según Cantú (1998), la epidemiología contempla tres factores principales en su estudio:

- 1.- Agente: es el factor que está presente para la ocurrencia de la enfermedad, estos factores son causa necesaria, aunque no suficiente para la existencia de la enfermedad y se les clasifica como aquellos que son infecciones y no infecciosos.
- 2.- Huésped: es el ser vivo en el que se aloja la enfermedad. El hecho de que se convierta en huésped o no de la enfermedad puede estar determinado por su susceptibilidad, resistencia o inmunidad al agente.
- 3.- Ambiente: incluye aquellos aspectos biológicos, químicos-físicos y socioculturales que rodean al huésped.

Desde este enfoque de la historia natural de la enfermedad en el consumo de drogas, el agente se refiere a la droga, el huésped al consumidor y el ambiente a los factores circundantes al consumidor. Para las adicciones los estudios epidemiológicos son una herramienta fundamental para el conocimiento de las poblaciones que consumen drogas, sin mencionar que en gran medida son determinantes de las acciones a tomar para resolver dicho problema.

La epidemiología por lo tanto es la ciencia que aborda las asociaciones que pueden existir entre el estado de salud o enfermedad de una población y los factores asociados a esos estados, lo que la ha conllevado a ser considerada como una ciencia extremadamente diversa y complicada. En otras palabras, lo que le interesa a la epidemiología es la comprensión de los determinantes de la salud en las poblaciones humanas, este hecho hace que la ciencia de la epidemiología tenga como propósito básico identificar las causas de la enfermedad (Segura, 1998).

Pocas enfermedades perturban la vida de las comunidades y alteran tanto la dinámica de los núcleos familiares como las adicciones. Este es un problema de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial y que además de

confrontar los valores familiares y la efectividad de la educación familiar, sacudiendo a las sociedades y a los gobiernos, se perfila como un reto de gran importancia por superar, sobre todo en cuanto a recursos e infraestructura de atención se refiere (SS, 2008).

En México, uno de los órganos institucionales más importantes en el estudio de la epidemiología de las adicciones es la Secretaría de Salud, que desde 1988 realiza y publica la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), encuesta que tiene como finalidad conocer la prevalencia, la incidencia y las características específicas de la población que consume drogas en el país. Las encuestas sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (particularmente dos legales, como son el tabaco y el alcohol, y otras identificadas como ilegales, como marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas y metanfetaminas, inhalables, alucinógenos y medicamentos consumidos sin prescripción médica, especialmente ansiolíticos, tranquilizantes y estimulantes) han constituido un valioso instrumento en la utilización sistemática de este conocimiento para la toma de decisiones y definición de referentes base, además de ser una ventana a través de la cual la sociedad puede observar y vigilar así como evaluar el impacto de las acciones que se ponen en marcha para controlar este importante problema de salud pública. De acuerdo a la ENA, entre las sustancias legales más consumidas se encuentran el alcohol y el tabaco. Con respecto a las drogas ilegales, las más consumidas son la marihuana, la cocaína y los inhalables (SS, 2008).

Además en México se cuenta con otros sistemas encargados de recabar información epidemiológica relacionada con las drogas, así existen por ejemplo; el Sistema de Información en Drogas (SRID) que ha recabado información proveniente de instituciones de salud y del sistema de procuración de justicia dos veces por año sobre todos los casos registrados en 44 instituciones desde 1987. Los Centros de Integración Juvenil informan sobre las variaciones en las drogas consumidas, a partir de información recabada en sus centros de tratamiento. Hacia finales de los años 80's se puso en operación un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), que recoge información proveniente de las instituciones de tratamiento, incluidas las organizaciones no gubernamentales.

Con relación a los resultados principales respecto a alcohol y otras sustancias ilegales de reportados por el ENA 2011, se mencionan los siguientes:

1.5.1 ALCOHOL.

En la primera parte se describen los principales resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 sobre consumo de alcohol. Se presentan las prevalencias alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Asimismo, se incluyen los índices de la población que tiene un patrón de consumo alto, diario, consuetudinario y de quienes presentan posible. Finalmente, se presentan las variaciones regionales, así como la proporción de la población que requiere tratamiento por su consumo.

1.- Población General de 12 a 65 años

a) Tendencias nacionales del consumo de alcohol.

Con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que

pasó de 19.2% a 31.6%. Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7%.

Por patrón de consumo, se observaron variaciones importantes de 2002 a 2011 ya que el consumo diario disminuyó (1.4% a .8%), el índice de bebedores consuetudinarios fue similar (5.6% a 5.4%) y el porcentaje de dependencia se incrementó significativamente (4.1% a 6.2%). Es importante señalar que el índice de consumidores altos se mantuvo estable entre 2008 y 2011 (32.0% y 32.8%). Por sexo, las tendencias son muy similares ya que de 2002 a 2011, la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%), el consumo consuetudinario en ellos se mantuvo estable (9.7% y 9.6%) y en las mujeres disminuyó (2.3% a 1.4%), mientras que el consumo diario también se redujo significativamente en ambos sexos. En relación al consumo alto, se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó (45% a 47.2%), mientras que en las mujeres se mantuvo igual (19.9% y 19.3%).

b) Tendencias en población adolescente de 12 a 17 años.

En la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%. También se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%. Por sexo, se observaron las mismas tendencias en los hombres y en las mujeres. De tal forma que el consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en ambos sexos, el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%).

c) Tendencias en población adulta de 18 a 65 años.

El uso de alcohol entre la población adulta fue mayor que en la adolescente y aumentó significativamente de 2002 a 2011. La prevalencia alguna vez pasó de 72% a 77.1%, en tanto la prevalencia de los últimos doce meses incrementó de 51.3% a 55.7% y la del último mes pasó de 22.2% a 35%. Por sexo, en los hombres únicamente de 2008 a 2011, la prevalencia alguna vez (80.8% a 88.1%) y del último año (62.6% a 69.3%) creció significativamente, mientras que el consumo en los últimos 30 días aumentó significativamente entre las 3 encuestas. (39.7% a 50.0%). En las mujeres adultas el aumento de alcohol fue significativo en las tres prevalencias de consumo de 2002 a 2011 (58.8% a 67% alguna vez, 37.1% a 43.2% últimos 12 meses y 8.5% a 21.2% últimos 30 días).

Por patrón de consumo se encontró que en esta población, de 2002 a 2011 el consumo diario se mantuvo igual, el consuetudinario es menor en el 2011, y la

dependencia aumentó significativamente al pasar de 4.6% a 6.6% (incrementó 1% entre 2008 y 2012), mientras que el consumo alto entre 2008 y 2011 se mantuvo igual. Por sexo, se observó esta misma tendencia, los hombres incrementaron su nivel de dependencia (9.6% a 11.8%) al igual que las mujeres (7.7% y 11.7%). En lo que respecta al consumo

consuetudinario se mantuvo estable en los hombres (11.8% y 11.3%) y en las mujeres disminuyó (2.4% a 1.6%), el consumo diario bajó y el consumo alto se mantuvo igual entre 2008 y 2011 en ambos sexos

d) Bebida de preferencia

La cerveza sigue siendo la bebida de preferencia de la población total e incrementó significativamente de 2002 a 2008 y mantuvo su lugar en 2011. La consume más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%). El segundo lugar lo ocupan los destilados, este grupo de bebidas ha incrementado su mercado significativamente entre 2008 y 2011. Son proporcionalmente más consumidas por las mujeres entre quienes hay 1.4 bebedoras de cerveza por cada una de destilados, mientras que en los hombres la diferencia es mayor con 1.9 por cada uno. Casi una tercera parte de la población consume destilados (23.6%) y también en los adolescentes han ganado mercado con un aumento significativo de consumidores tanto hombres como mujeres de 2002 a la fecha.

El tercer lugar de preferencia lo ocupan los vinos de mesa con un mercado relativamente pequeño. Hay 6.2 adultos bebedores de cerveza por cada uno de vino; es la bebida de preferencia del 6.6% de la población, con pocas diferencias entre hombres y mujeres. Las bebidas preparadas se consumen poco, 4.4% las reporta como su bebida de preferencia, tanto entre adultos como en adolescentes. Las diferencias entre hombres y mujeres son también menores. Los fermentados mantienen un bajo nivel de consumo, sin haber mostrado cambios en los nueve años que se reportan, son consumidos por tres veces más adultos que adolescentes y tres veces más hombres que mujeres. Los aguardientes y el alcohol de 96° consumido como bebida alcohólica han disminuido significativamente a partir de 2002.

2. Tendencias de la edad de inicio del consumo de alcohol

En 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. Respecto a otros grupos de edad, el 45.7% en 2008 y el 38.9% en 2011 iniciaron entre los 18 y 25 años. Sólo el 5.3% en 2008 y el 5.9% en 2011 consumieron alcohol por primera vez entre los 26 y 65 años. Los resultados por sexo muestran que en 2008 el 56.8% de los hombres y el 38.9% de las mujeres iniciaron su consumo de alcohol a los 17 años o menos en 2011 estos porcentajes aumentaron a 64.9% y 43.3%, respectivamente.

Al analizar el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol, este valor es a los 18 años y se ha mantenido estable de 2008 a 2011. Por sexo, se distinguen variaciones, particularmente en los hombres, ya que en ellos se dio un decremento significativo en este periodo, debido a que la media de edad en 2008 fue a los 16.95 años y en 2011 disminuyó a los 16.62 años. En las mujeres, la media de edad fue similar en las dos encuestas, permaneciendo alrededor de los 19 años.

3. Variaciones regionales del consumo de alcohol en la población total

Prevalencia de Consumo Alguna Vez y Último Año

Los resultados de la ENA 2011 muestran que en la región Centro el consumo alguna vez en la vida (76.9%) y en el último año (57%) es superior al promedio nacional. Mientras que la región Sur se encuentran las prevalencias más bajas (59% y 37.3%, respectivamente). En las mujeres se observaron las mismas variaciones regionales en el consumo alguna vez, sin embargo, en el último año el consumo fue mayor en la Ciudad de México y más bajo en la región Sur, Centro Sur y Nororiental. En los hombres, en las regiones Norcentral y Centro, presentan los más altos consumo de estos dos indicadores, en ellos se mantiene que la región tiene las prevalencias más bajas. Al analizar el indicador de consumo alto, los resultados muestran una prevalencia mayor al promedio nacional en las regiones Noroccidental (38.5%) y Norcentral (37.0%), en comparación con la región Sur (25.6%) que presenta el consumo más bajo. En los hombres el consumo alto fue mayor en las regiones Norcentral (54.3%), Noroccidental (53.9%) y más bajo en la Ciudad de México (39.2%) y en la región Sur (35.9%); mientras que en las mujeres, este consumo alto se mantuvo estable en todas las regiones con prevalencias que oscilaron alrededor del promedio nacional (19.3%).

En cuanto al consumo diario, práctica poco frecuente en nuestro país, se encontraron prevalencias muy bajas (0.8%), tanto en los hombres (1.4%) como en las mujeres (0.2%), sin presentarse grandes variaciones regionales. Con respecto a los bebedores consuetudinarios, los datos del 2011 muestran una prevalencia mayor al promedio nacional en la región Nororiental (12.8%) y Norcentral (8.7%); en contraste, la Ciudad de México presenta la prevalencia más baja (2.7%), seguida de la región Centro (2.8%) y Occidental (3.7%). Al analizar según sexo, los resultados indican que los hombres de la región Nororiental (22.1%) son quienes más presentan este patrón de consumo. En las mujeres, no se encontraron variaciones regionales en el consumo consuetudinario y se tuvo una prevalencia nacional de 1.4%.

Por otra parte, el índice de posible dependencia al alcohol a nivel nacional fue de 6.2%, con una prevalencia mayor en los hombres (10.8%) que en las mujeres (1.8%). A nivel regional no se registraron variaciones significativas y las prevalencias oscilaron entre el 7.8% en la ciudad de México y 15% encontrado en la región Centro Sur.

4. Búsqueda de ayuda y necesidades de atención

En términos generales, se observa que el número de gente que asiste a tratamiento se ha incrementado. Cerca de 830 mil personas de los y las consumidores de alcohol, han ido a tratamiento, esto es casi cien mil personas más que las reportadas en el año 2008; en tanto, al considerar sólo a quienes cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol, el incremento ha sido de casi cuarenta mil personas. El número de mujeres que ha ido a tratamiento es muy bajo en comparación con los hombres. Al observar el tipo de tratamiento que han recibido los/as usuarios/as de alcohol y quienes cumplen con el criterio de posible dependencia, se observa que el tratamiento ambulatorio es el que más ha crecido, especialmente en los hombres.

En general los datos indican que quienes asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con especialistas o en grupos de autoayuda o ayuda mutua. Especialmente, se observa que el tratamiento completo con algún profesional de la salud o en un grupo de autoayuda o ayuda mutua, se ha incrementado significativamente en los últimos 3 años,

mientras que el tratamiento incompleto o parcial ha disminuido. Desafortunadamente, la asistencia por parte de las mujeres a los servicios de tratamiento en adicciones es baja, por lo que es difícil establecer las variaciones entre ambas encuestas. No obstante, es un dato relevante ver que una proporción baja de la población asiste a tratamiento, apenas el 6.8% de los usuarios identificados con posible dependencia, lo que debe llevar a vincular mejor estos servicios con las personas que lo requieren.

1.5.2 SUSTANCIAS ILEGALES

Reporta la ENA 2011 que dado el objetivo de esta encuesta, el tiempo transcurrido entre los dos estudios y el alcance del tamaño de muestra utilizado, se optó por reportar la prevalencia anual; es decir, las similitudes y las diferencias de la proporción de la población que reportó haber consumido una o más drogas en el año previo a la realización de las encuestas de 2008 y de 2011.

Este reporte ha considerado también la regionalización de las diferentes encuestas para reportar las tendencias observadas a partir de la primera encuesta nacional, realizada en 1988. La encuesta reporta datos para el consumo de cualquier droga, que incluye drogas de uso médico consumidas fuera de prescripción y tienen potencial de dependencia; consumo de cualquier droga ilegal y prevalencia por tipo de droga. En el caso de drogas ilegales los datos se reportan para el consumo de marihuana, cocaína (en cualquiera de sus presentaciones y de manera independiente su forma fumada conocida como crack), alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetamínico.

1 Prevalencia nacional

La tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011, no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el último año; el consumo de drogas ilegales es muy similar en las dos mediciones. Tampoco se aprecian diferencias en el consumo por tipo de droga. La marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack.

2. Diferencias entre hombres y mujeres

Cuando se analizan las prevalencias por sexo, se encuentra un aumento en el consumo de marihuana en los hombres. El consumo en las mujeres se mantiene estable. Los hombres siguen teniendo las cifras más altas de consumo, por cada mujer que reportó consumo de cualquier droga hay 4.2 hombres que lo reportaron. La droga de preferencia en hombres y mujeres sigue siendo la marihuana, en los hombres la cocaína ocupa el segundo lugar y en las mujeres el consumo de cocaína muestra cifras similares a las reportadas para estimulantes tipo anfetamínico, droga que en los hombres ocupa el tercer lugar en la preferencia de consumo. Cuando sólo se incluye la población urbana, los resultados son muy similares, con índices de consumo ligeramente más altos que los observados en las zonas rurales.

3. Edad de inicio

La edad promedio para el inicio en el consumo de drogas disminuyó entre 2002 y 2008, en las mujeres pasó de 23.6 años a 20.1 años; en tanto que en los hombres pasó de 19.8 años a 18.3 años. En cuanto a los resultados de la presente encuesta, la edad de inicio se mantiene estable, en 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres.

4. Variantes en las tendencias en las regiones Norte, Centro y Sur del país

En ambas mediciones la Región Norte tiene las prevalencias más altas, le sigue la Región Centro y es la Región Sur la que continúa teniendo las cifras más bajas de consumo. Por cada usuario en las Regiones Centro y Sur del país hay 1.6 y 2.3 usuarios, respectivamente, en la Región Norte. En las tres regiones, la marihuana es la droga de preferencia. En cuanto a la cocaína, los datos muestran una tendencia que se observa desde 2002: el mayor índice de consumo de esta droga se da en la Región Sur en comparación con la Región Centro y, aunque se mantiene en los límites de los intervalos de confianza de las estimaciones, esta tendencia debe mantenerse bajo vigilancia. Asimismo, la diferencia entre el consumo de marihuana y cocaína en la Región Sur, es menor de la que se observa en otras regiones, con un usuario de cocaína por cada 1.2 usuarios de marihuana, mientras que la media nacional es de 1 por cada 2.4. El índice de dependencia no presentó cambios significativos; sin embargo, cuando el análisis se hace por regiones del país, se observa un incremento de las personas que han desarrollado esta condición en la Región Norte del país.

5. Datos de las 8 regiones

El diseño de las encuestas de 2008 y 2011 permite dividir al país en 8 regiones, analizar sus prevalencias y comparar las tendencias. Los datos muestran que la Región Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa), es la que tiene las prevalencias más elevadas de consumo de drogas ilegales (2.8%), seguida muy de cerca por la Región Nororiental (Tamaulipas, Nuevo León y San Luis Potosí) (2.4%). Estas dos regiones tienen cifras de prevalencia anuales significativamente más altas que la media nacional. El tercer lugar lo ocupa la Ciudad de México (1.7%), con cifras muy similares a las de la Región Norcentral (Chihuahua, Coahuila y Durango) (1.6%) y Occidental (Colima, Nayarit, Aguascalientes, Zacatecas, Jalisco) (1.5%); le siguen las Regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Michoacán, Guerrero) (1.3%), Centro (Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) (1.2%) y la Región Sur (Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, Yucatán) (0.6%), que tiene las prevalencias más bajas, menos de la mitad de la media nacional (1.5%). En la Región Occidental se observaron aumentos significativos en el consumo de cualquier droga y de drogas ilegales, comparadas con las cifras de consumo reportadas en 2008. Esta tendencia significativa hacia el crecimiento se observa sólo en los hombres.

6. Variaciones por tipo de droga

Este aumento en el consumo de drogas en la Región Occidental, se debe principalmente al incremento significativo en el consumo de marihuana, en los hombres de esta Región. En contraste, hay un decremento en el consumo de marihuana en la Región Norcentral, en las cifras totales y en específico en los hombres. El consumo de cocaína en la población total registra decrementos que no alcanzan a ser significativos, tanto en los hombres como en las mujeres. En las mujeres, el consumo de esta droga se mantuvo

estable. Por otro lado, el consumo de crack, de inhalables, de heroína y de estimulantes de tipo anfetamínico, se mantuvo estable.

7. Datos sobre la población adolescente entre 12 y 17 años

El consumo de drogas en adolescentes es bajo y no hay cambios en relación con el 2008. La mariguana es la droga de preferencia igual que en la población total; en este grupo hay 3.3 usuarios de mariguana por cada uno de cocaína (la media para la población total es de 2.4 usuarios de mariguana por cada uno de cocaína). Es importante notar que el consumo de mariguana, en los hombres adolescentes de 12 a 17 años, es similar al reportado en la población total de 12 a 65 años; no obstante el consumo de cocaína cuenta con 2.25 usuarios en la población total por cada uno en la población adolescente. En las mujeres adolescentes, consistentemente con lo observado en 2008, el consumo de mariguana y de cocaína es mayor al reportado por las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo. El consumo de mariguana en hombres adolescentes es 3.3 veces más frecuente que en las mujeres, pero el consumo de cocaína en hombres y mujeres adolescentes es similar. Como se ha observado históricamente, los inhalables ocupan un lugar importante en las preferencias de este grupo de edad, la cual no se observa en la población total. En este grupo, el consumo de cocaína e inhalables es muy similar, cuando en la población adulta el consumo de inhalables con fines de intoxicación es cinco veces menos frecuente que el consumo de cocaína.

8. Tendencias en las regiones Norte, Centro y Sur del país

Los datos indican que los índices de consumo en los adolescentes de estas tres regiones se mantiene estable. La Región Norte es la que sigue presentando las prevalencias más altas. Los datos muestran que el consumo se mantiene estable, en el consumo de cualquier droga ilegal y en las drogas médicas usadas fuera de prescripción (uso de cualquier droga). Se detecta una prevalencia importante de consumo de estimulantes tipo anfetamínico en la Región Nororiental, cuando en 2008 el consumo fue mínimo; muy similar al índice de consumo de cocaína en población adolescente de esa región.

9. Adultos jóvenes

En el grupo de 18 a 34 años es en donde se encuentran las prevalencias más altas de consumo, sin incremento estadísticamente significativo con relación al 2008. La mariguana y la cocaína son las drogas de mayor consumo, con 2.4 usuarios de mariguana por cada uno que reporta haber consumido cocaína en el año previo al estudio. El consumo de otras drogas, es cuatro veces inferior al reportado para cocaína. Al analizarlo según sexo, los hombres presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga, con un incremento estadísticamente significativo de 2008 a 2011. En las mujeres de este grupo de edad, el consumo de cualquier droga se mantuvo bajo y estable.

10. Población entre 35 y 65 años

Para el subgrupo de 35 a 65 años, el consumo permanece sin cambios entre las dos mediciones (2008 y 2011). Los índices de consumo en este grupo de edad, son significativamente menores que los observados para la población adulta joven, con índices de consumo de mariguana hasta 3.2 veces menor y de cocaína 2.7 veces menor. En este grupo de edad hay mayor diferencia en los índices de consumo entre hombres y mujeres; en el grupo de 18 a 34 años hay 4.3 hombres que reportan haber usado drogas en el año previo,

en comparación con 5.7 hombres por cada mujer en este grupo. La menor diferencia se observa entre los adolescentes con sólo dos hombres por cada mujer.

11. Fenómeno por regiones

Cuando se analizan los datos para tres regiones: Norte, Centro y Sur, se encuentra un consumo estable en el grupo de 18 a 34 años en las diferentes regiones analizadas. En el grupo de 35 a 65 años hay un decremento significativo del consumo de cualquier droga en la Región Norte. Cuando se divide al país en ocho regiones, los resultados indican que en la Región Nororiental hubo un incremento significativo en el consumo de cualquier droga en la población de 18 a 34 años, así como en el consumo de cualquier droga y cualquier droga ilegal en la Región Occidental, en el grupo de 35 a 65 años.

12. Cobertura de prevención en la población adolescente

El 64.1% de los hombres y el 70% de las mujeres reportaron haber estado expuestos a un programa de prevención, principalmente en la escuela. Aquellos que han recibido prevención reportan también menor consumo de drogas. Los análisis de regresión logística múltiple muestran que el no haber recibido prevención y una mayor exposición a drogas, incrementan la probabilidad de consumirlas, tanto en los hombres como en las mujeres. Haber estado expuesto a drogas (que se la hayan ofrecido regalada o comprada), no estar estudiando, una baja percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, o una alta tolerancia ante el consumo de drogas de su mejor amigo, son factores que predicen el consumo, principalmente en los hombres.

13. Uso de tratamiento de intervención.

Los datos muestran que casi una de cada 5 personas con dependencia a drogas en el último año, ha asistido a tratamiento. El rezago es mayor para las mujeres, con 2.2 hombres con dependencia que ha recibido ayuda por cada mujer. Una tercera parte ha recibido tratamiento completo y un 22% ha recibido tratamiento parcial. En relación al tipo de profesionista con el que han asistido a tratamiento, entre los hombres destacan los grupos de autoayuda o ayuda mutua, seguidos los psiquiatras y por los psicólogos. En total, la proporción que ha recibido tratamiento de un profesionista es superior a la población que sólo ha participado en grupos de autoayuda o ayuda mutua.

14. Conclusiones drogas ilícitas

Para concluir, en México, como en el resto del mundo, el consumo de drogas muestra periodos de aumento y periodos de decremento. Hacia el año de 2008 se encontraron crecimientos significativos en el consumo en comparación con lo que ocurría 6 años antes; en los tres años siguientes el consumo se ha estabilizado, no hay cambios significativos en los índices de consumo en el último año, en la población total estudiada. Cuando los datos se analizan por sexo, encontramos un incremento en el consumo de marihuana en los hombres. Al analizar los datos por regiones, este aumento se manifiesta en la Región Occidental. En los hombres y en las mujeres el consumo de cocaína se mantuvo estable. Por otro lado, en la Región Norte del país, se encuentra un crecimiento significativo entre quienes han desarrollado dependencia al consumo de drogas. El consumo en adolescentes no se modificó, pero en las mujeres, consistentemente con lo observado en 2008, el consumo de marihuana y de cocaína, es mayor al observado para las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo.

Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, si bien el consumo en general se ha estabilizado, es importante ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.

A partir de estudios epidemiológicos tan amplios como la ENA y otros, es posible conocer la magnitud del problema de consumo de drogas a nivel nacional, de ahí la importancia de este tipo de encuestas, ya que los datos encontrados permiten conocer detalladamente a la población consumidora, lo que nos permite tener un amplio conocimiento del problema, y a su vez, justifica el desarrollo y existencia de programas para la prevención y el tratamiento.

1.6 FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS.

Por otro lado cabe mencionar la importancia de la comprensión de los diversos factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de las adicciones en México. Es así que conocer los factores de riesgo y los factores de protección que forman parte de este fenómeno facilita las labores de prevención e intervención con relación a las drogas. Diversos estudios de índole psicosocial se han llevado a cabo con el objetivo de identificar las relaciones entre los diversos variables que facilitan el consumo de alcohol, tabaco y otro tipo de drogas ya sean legales o ilegales.

El consumo abusivo de tabaco, alcohol y marihuana es un problema de salud pública relacionado con múltiples causas. Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas (Sussman, Unger & Dent, 2004).

Uno de los grupos de factores de riesgo que han captado más la atención entre los investigadores ha sido el de los factores familiares. El consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en el que influye la familia como transmisora de creencias, valores y hábitos que condicionan más adelante la probabilidad de consumo (Becoña, 2001; Secades, Fernández-Hermida y Vallejo, 2005).

Son numerosos los estudios que tratan de detectar los posibles factores de protección y de riesgo de consumo. La revisión efectuada por González, García Señorán y González (1996) analizó, entre otros, los factores individuales relacionados con el consumo y/o abuso de drogas en la adolescencia, entre los que destacó la edad y precocidad del inicio, los rasgos de personalidad (búsqueda de sensaciones), baja autoestima o autoconcepto, locus de control externo, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas) y problemas conductuales. Otros trabajos citados por Alfonso, Huedo-Medina & Espada (2009) tratan de descubrir la relación entre consumo de drogas legales y variables psicosociales, como la influencia del grupo de iguales (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Sussman et al., 2004), el afecto y supervisión parental (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003), el ambiente escolar (Alonso y Del Barrio, 1996), la ansiedad rasgo (Becoña y Míguez, 2004), el estrés (Becoña, 2003), el autoconcepto (Abu-Shams, Carlos, Tiberio, Sebastián, Guillén y Rivero, 1997), la

impulsividad (Llorens, Palmer y Perelló, 2005) y las habilidades sociales (Felipe, León, Gonzalo y Muñoz, 2004).

La literatura ha aportado evidencia acumulativa de que el consumo juvenil de drogas responde a un patrón conductual multideterminado, donde se integran variables tales como actitudes, búsqueda de sensaciones, presión de grupo, tendencias socioculturales y otros factores coadyuvantes (Espada et al., 2003). En este sentido hay que añadir lo complicado que resulta determinar las consecuencias para el desarrollo y ajuste adolescente el consumo de sustancias, debido a que está asociado a múltiples factores de riesgo que, a su vez, influyen sobre el desarrollo adolescente (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008). Muchos estudios encuentran que el consumo de sustancias en adolescentes está relacionado con el fracaso o abandono escolar, problemas conductuales o síntomas depresivos (Chassin, Hussong, Barrera, Molina, Trim y Ritter 2004; Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook, 2000), aunque el hecho de que la mayoría de estudios que encuentran esta relación sean transversales hace que sea difícil saber si se trata de consecuencias o de precursores del consumo de sustancias. Por otra parte, no faltan investigaciones que encuentran relación entre el consumo, generalmente moderado o experimental, y algunos indicadores de un buen ajuste en la adolescencia o adultez (Bentler, 1987; Chassin, Pitts y Prost, 2002; Shedler y Block, 1990). Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que la experimentación con drogas, como el alcohol, el tabaco o el cannabis, está muy extendida y aceptada en la sociedad actual, y más entre los adolescentes y jóvenes, y se ha convertido en un comportamiento normativo o una especie de rito de tránsito que marca el fin de la niñez. Así, la asunción de ciertos riesgos, al margen del peligro que conllevan, pueden considerarse como tareas que deben resolverse en un momento de transición evolutiva (Schulenberg y Maggs, 2002). Estas conductas serían funcionales y dirigidas a un objetivo central para el desarrollo adolescente.

Si atendemos a la relación entre consumo de sustancias y la edad, la iniciación suele tener lugar entre los 11 y los 16 años, aumentando el consumo en frecuencia y cantidad durante los años de la adolescencia hasta tocar techo en torno a los 25 años, momento en que comienza a disminuir, probablemente debido a la asunción de los roles y responsabilidades propias de la adultez (Chassin et al., 2004; Gil y Ballester, 2002).

Así, resulta interesante diferenciar entre distintas pautas en el consumo, puesto que algunas de ellas pueden resultar no problemáticas, mientras que otras serán más desadaptativas. Oliva et al., (2008), señalan que algunos estudios se han servido de técnicas estadísticas de clasificación o de curvas de crecimiento para determinar distintas trayectorias evolutivas de consumo, especialmente de alcohol (Bennett, McCra-dy, Johnson y Pandina, 1999; Chassin et al., 2002; Schulenberg, O'Malley, Bachman, Wadsworth y Johnston, 1996; Wills, McNamara, Vaccaro y Hirky, 1996), aunque también de tabaco (Chassin, Presson, Pitts y Sherman, 2000) o cannabis (Flory, Lynam, Milich, Leukefeld y Clayton, 2004).

Si bien los estudios que buscan trayectorias normativas de consumo tienen la ventaja de la sencillez o parsimonia, aquellos que se sirven de técnicas estadísticas de clasificación, ofrecen más ventajas, como la posibilidad de detectar factores de riesgo o consecuencias específicas para cada subgrupo, y a partir de ellos diseñar estrategias de intervención diferenciadas (Maggs y Schulenberg, 2004). Algunos de estos estudios identifican un grupo de adolescentes de iniciación precoz seguida de una escalada

pronunciada en el consumo y con las consecuencias más negativas a largo plazo. Sin embargo, no coinciden todos los estudios en considerar al grupo de iniciación precoz como el de más riesgo, ya que en algunos casos, son los adolescentes que comienzan algo más tarde, pero cuyo consumo sigue una clara trayectoria ascendente, quienes muestran en la adultez temprana los niveles más altos de dependencia y abuso (Hill, White, Chung, Hawkins y Catalano, 2000; Muthen y Shedden, 1999). No obstante, aparte de la edad, entran en consideración una cantidad elevada de variables a tener en cuenta para comprender el fenómeno no solo del consumo de sustancias, sino el del mantenimiento y fidelización de dicho consumo.

Los factores de predicción del consumo de sustancias ilícitas pueden presentar un bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, estar vinculado con pares desviantes y estar expuesto con frecuencia a situaciones familiares de conflicto y violencia y al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar. El modelo de ecuaciones estructurales indicó que el consumo de estas sustancias forma parte de un grupo de trastornos de ajuste conductual, determinado directamente por la vinculación con pares desviantes y por una mayor prevalencia de trastornos socioafectivos, e indirectamente por las relaciones familiares disfuncionales (Díaz-Negrete & García-Aurrecochea, 2008).

Entre éstas, se encuentran los factores asociados, los cuales se pueden dividir en macrosociales, microsociales e individuales (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), siendo los dos últimos el campo de intervención de la psicología. Estos factores pueden cubrir un papel de protección (cuando tienden a evitar que ocurra el consumo o las recaídas) y de riesgo (cuando favorecen la aparición del uso de drogas). Entre los factores macrosociales y relacionados con la cultura se distingue la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias (por ejemplo la disponibilidad del alcohol por ser una droga legal, escaso control de la ley, precio, horario de venta, lugares de venta), institucionalización y aprobación social de las drogas legales (el alcohol es una droga aceptada socialmente y la televisión, el cine, la prensa muestran personajes famosos divirtiéndose y bebiendo alcohol), publicidad como una fuente de presión social hacia el consumo y presencia de mensajes persuasivos en el que los jóvenes no tienen una actitud crítica frente a los medios audiovisuales, asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio (ligado al tiempo libre, fines de semana a ciertos lugares como discotecas y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias).

Entre los factores microsociales tienen un peso importante aquellos relacionados con la familia. Se ha identificado que una familia nutrie, que también pone límites, tiene un efecto de protección, mientras que se ha asociado con riesgo a las normas inconsistentes (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Munist, Santos, Kotliarenko, Suárez, Infante y Grotberg, 1998; Pérez y Mejía, 1998), la violencia y el conflicto intrafamiliar (Rodríguez-Kuri, 2004). También se ha encontrado que un factor de riesgo importante es el consumo de drogas en la familia (Hawkins et al., 1992; Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Conyer., 2003; Munist et al., 1998; Rodríguez-Kuri, 2004).

Otro grupo de factores microsociales asociados de consumo de drogas lo constituyen los amigos, habiéndose asociado con riesgo tanto la presencia de conductas antisociales como el consumo de drogas o su permisividad (Medina-Mora et al, 2003; Munist et al, 1998; Rodríguez-Kuri, Arellanes, Díaz-Negrete y González-Sánchez, 1999). Por parte de los factores de tipo individual sobresalen como protección una buena autoimagen y autovaloración (Rodríguez-Kuri y Pérez-Islas, 2002), mientras que como

riesgo, aparece la depresión (González-Sánchez, García-Aurrecochea y Córdova, 2004; Medina-Mora et al, 2003), así como los trastornos de conducta (Rodríguez-Kuri et al, 1999).

Por otra parte, la búsqueda de sensaciones se ha ubicado como factor de riesgo del uso de marihuana, en particular los viajes (Gracia, Saldívar y Contreras, 2002). Un estudio reciente, realizado con las mismas cuatro muestras de este estudio, parece confirmar el postulado de la psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970a y b). Este estudio exploró modelos predictivos del uso de marihuana, cocaína o ambas drogas y se basó en necesidades deficitarias identificadas como relevantes para la cultura mexicana (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2001). El estudio detectó que la satisfacción de determinadas necesidades conformaba elementos de protección del consumo (García-Aurrecochea & Gracia, 2004).

De tal manera, la satisfacción de las necesidades de salud y de cariño se conformaron como protectoras del policonsumo (marihuana y cocaína); la satisfacción de las necesidades de tranquilidad y éxito en la familia como protectoras del uso de cocaína y; la satisfacción de las necesidades de éxito y respeto como protectoras del uso de marihuana (García-Aurrecochea & Gracia, 2004).

1.7 TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

El tratamiento efectivo de las adicciones, según investigaciones y experiencia del Nacional Institute of Drug Abuse (NIDA), debe estar basado en una combinación de medicamentos cuando sean necesarios y un enfoque psicológico pertinente, preferentemente de corte cognitivo-conductual. Los enfoques de tratamiento deberán ser individualizados en función de los patrones de abuso de drogas y los problemas médicos, psiquiátricos y sociales relacionados a las drogas de cada paciente en particular.

Para 2010, el NIDA actualizó sus trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los cuarenta años anteriores, y considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias. Los principios para el tratamiento efectivo son:

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
5. Para que el tratamiento sea eficaz es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.
7. Para muchos pacientes los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.
8. El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.
9. Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales.

10. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.
12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

Existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la drogadicción. Dicha eficacia se fundamenta en la evidencia empírica que ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas (Secades, Fernández-Hermiday Vallejo 2005).

La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, Fernández-Hermiday Vallejo 2005). Tales componentes representan variables mayoritariamente psicológicas o psico-sociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos fisiológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica. El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (tal y como se entienden, por ejemplo, desde un modelo sistémico) (Becoña y Cortes 2008).

Becoña y Cortes (2008) comentan algunos de los principios propuestos por NIDA (2002) que afirman que el tratamiento efectivo que se refieren directa o indirectamente a la motivación. Y no se está hablando aquí sólo de motivación para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, un concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica. Los principios más directamente relacionados son tres. El primero de ellos afirma que “El tratamiento necesita estar disponible fácilmente”. Este principio se refiere claramente a la motivación para entrar en el tratamiento y promueve la eliminación de barreras que dificulten el acceso. Se presupone que la motivación para recibir tratamiento es baja, o al menos, inestable y que la disminución de las dificultades de acceso es un asunto crucial para que pueda haber alguna

posibilidad de enrolar al paciente en el proceso terapéutico. Sin embargo, no debe confundirse este principio con la idea de que el paciente debe acceder al tratamiento voluntariamente para que haya posibilidad de éxito. Así, el décimo principio indica que “El tratamiento no necesita ser voluntario para que sea efectivo”. Lo esencial es que el paciente reciba el tratamiento en la dosis adecuada, no siendo tan relevante cómo llega a él. Otro principio dice que “El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas”, y el cuarto afirma que “Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona”. Ambos principios están claramente vinculados con varias ideas directamente relacionadas con los modelos y las técnicas de intervención psicológica. Estas ideas son las siguientes y exponen que la conducta de auto administración de drogas:

1. Obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal en condiciones similares (McKim, 2000), luego, el cambio de conducta estará directamente relacionado con la modificación de las contingencias asociadas. Las necesidades del individuo condicionan las contingencias que se pueden utilizar en el tratamiento.

2. El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multifactorialmente determinado.

3. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multi-dimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007).

4. Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio (recursos empleados) más los costos de oportunidad (reforzadores alternativos perdidos por el uso de la sustancia) (Vuchinich y Heather, 2003). Estas ideas conforman un modelo para explicar el cambio conductual, en donde la motivación para el cambio está íntimamente ligada a la modificación de múltiples factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas. Estos factores son, en su mayoría, variables de índole psicológica ya que su evaluación es de carácter individual y personal, no existiendo factor objetivo alguno que determine el uso o el rechazo de las drogas. Sólo desde esta perspectiva psicológica, tienen sentido los principios tres y cuatro que se han enumerado previamente y sólo desde las terapias psicológicas pueden abordarse estos factores de cambio y entenderse sus efectos sobre un patrón de uso dimensional de las drogas. Es evidente que, dentro de este marco psicológico, cobra especial significación el uso de técnicas farmacológicas para la desintoxicación y el tratamiento de las adicciones. En ambos casos, se trataría de alterar el balance de costes y beneficios para el sujeto, reduciendo, en algunos casos, los costes del cambio (p.ej.: minimizando los síntomas de abstinencia), o, en otros, los beneficios del consumo actual, como pasa con las medicaciones antagonistas.

El uso de estrategias terapéuticas farmacológicas ajenas aparentemente a cualquier intervención psicológica explícita, no supone negar que la razón y el modelo implícitos que subyacen no sean psicológicos. Por ejemplo, el efecto terapéutico de los fármacos antagonistas se debe a la ruptura de la asociación estímulo (droga) respuesta (efecto de la droga) y, en todo caso, a la inhibición de la conducta de consumo de drogas motivada por el conocimiento que el sujeto tiene de las consecuencias aversivas en caso de que se produjera dicho consumo. Por otra parte, nadie mide el éxito de las estrategias farmacológicas por las modificaciones que se producen en el organismo, sino por los cambios en el comportamiento del sujeto, que no están mecánicamente conectados con la acción biológica de la sustancia que se haya empleado. Puede decirse, en resumen, que la motivación para el tratamiento y el cambio son conceptos psicológicos críticos en el tratamiento de las drogodependencias, que deben ser necesariamente abordados desde una perspectiva psicológica homogénea con la propia naturaleza del concepto de motivación, dentro de un plan de tratamiento que de forma explícita los contemple (Becoña y Cortes 2008).

1.7.1 Terapias cognitivo conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales,
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,
- c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,
- d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Son múltiples las ventajas de los enfoques basados en las teorías del comportamiento. Destacar por ejemplo:

- a. Su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- b. La facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto nivel de implicación en la selección de objetivos y en la planificación del tratamiento.
- c. El permitir a los pacientes hacer su propio cambio de comportamiento.
- d. Su conexión con la teoría psicológica establecida.
- e. Su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica.
- f. Su estructuración, lo que permite la evaluación de resultados.
- g. Su efectividad basada en la evidencia científica.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en manejo del estrés.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades para la vida.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en manejo de la ira.

1.7.1.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficitarias en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980). Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del craving y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento (Becoña y Cortes 2008).

1.7.1.2 Prevención de recaídas

Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que por su especificidad en las conductas adictivas requiere un espacio propio, lo constituye el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que incrementa la autoeficacia percibida. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque

disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

1.7.1.3 Manejo de contingencias

Los tratamientos de Manejo de Contingencias (MC) se fundamentan en un cuerpo extenso de datos de la investigación en laboratorio y clínica que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias. El MC se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas. Este tipo de intervenciones requieren, por tanto, seleccionar y monitorizar frecuentemente y de forma muy precisa, la conducta objetivo. Los programas de MC han sido empleados sobre todo para reforzar la abstinencia, pero también, otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento o el incremento de la adherencia a la medicación. Entre los reforzadores más utilizados destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales y los descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad, contingentes a la abstinencia a sustancias durante el tratamiento (Petry, 2000).

1.7.1.4 Terapia cognitiva

La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979), términos que se refieren a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrásica nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), activarse y actuar a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas) (Becoña y Cortes 2008).

1.7.2 Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas. Este procedimiento se ha empleado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo (Secades,

García, Fernández & Carballo, 2007). En diferentes estudios del equipo de O'Farrel, se comprobó que la terapia conductual familiar (Behavioral Marital Therapy, BMT) era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales (O'Farrell, Cutter y Floyd, 1985; O'Farrell et al., 1996; Fals-Stewart, O'Farrel y Birchler, 1997; O'Farrel, Van Hutton y Murphy, 1999).

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), Miller, Meyers y Tonigan (1999) incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del Johnson Institute).

En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes. En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

CAPITULO II.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS APLICADOS EN LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES.

Una vez descritos algunos conceptos básicos que nos permiten comprender el fenómeno de las adicciones es conveniente dar paso a exponer información general de algunos de los modelos de intervención que son impartidos en la en la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones, así mismo se eligieron de estos dos modelos para mostrar el detalle del proceso terapéutico llevado a cabo: Programa de Satisfactores Cotidianos en una intervención grupal y Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana en intervención individual .

2.1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Este programa tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio, con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales asociados al consumo de alcohol y drogas. Dentro de la información que se maneja en el programa se incluye:

- * Evaluación del patrón de consumo, así como de los problemas asociados, el nivel de auto eficacia, las situaciones de consumo y el nivel de riesgo del adolescente.
- * Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.
- * Cinco sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base a los siguientes tópicos:
 1. Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de sustancias.
 2. Establecimiento de una meta de consumo.
 3. Registro diario de consumo.
 4. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
 5. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
 6. Análisis del impacto del consumo de alcohol u otras drogas en el logro de sus metas de vida.

El Programa de Intervención Breve para adolescentes está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo (peleas, resaca, accidentes, etc.), y que no presentan dependencia hacia la droga. Está diseñado para

implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior, sin embargo, también puede aplicarse en instituciones de salud dedicadas a la prevención y atención de las adicciones. (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz & Barrientos, 2004).

2.2 TRATAMIENTO INTEGRAL PRE-ABSTINENCIA CONTRA EL TABAQUISMO PARA FUMADORES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

El tratamiento Integral Pre-abstinencia (TIP) está basado principalmente en la evidencia que apoya que la mejor forma de atender el tabaquismo es de manera integral. El TIP contempla la implementación del tratamiento farmacológico y psicológico en conjunto, la evaluación periódica de la sintomatología ansiosa y depresiva, la abstinencia y una fase de tratamiento previo a la fecha del cese el consumo.

El tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el Tabaquismo tiene una duración total de 12 meses; cuenta con 15 sesiones que se imparten de manera semanal, quincenal, bimestral y trimestral. Las primeras 6 sesiones se imparten de manera semanal; las siguientes 5 de manera quincenal; las siguientes 3 son bimestrales y la última sesión se realiza después de 3 meses (Moreno, Hernández, García. Díaz, Reidl, & Médina-Mora, 2011).

2.3 PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES EN RIESGO

Este Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema fue elaborado para capacitar a profesionales de la salud, en un tratamiento breve dirigido a bebedores problema, cuando el simple consejo no ha sido efectivo. En pocas palabras una definición clínicamente útil de un bebedor problema es aquella persona que:

Bebe más de los límites de 12 tragos estándar por semana (hombres adultos).

Bebe más de los límites de 9 tragos estándar por semana (mujeres adultas).

Bebe más de 5 tragos estándar por ocasión.

Puede haber desarrollado problemas físicos o sociales como resultado de su forma de beber.

No presenta características clínicas de dependencia severa al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síntomas del síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo.

Este tratamiento es una intervención motivacional y breve, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el modelo, desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas.

Este modelo ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Esta forma de intervención es similar a la médico familiar que ayuda a sus clientes a enfrentarse con sus

problemas de salud: proporcionar información básica y brindar consejo, asesorar, motivar, monitorear su conducta y proporcionar retroalimentación.

El Modelo se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los Drs. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y ha sido adaptado (Ayala, H., Echeverría, L., y cols., 1998) para su uso en México. Consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol.

2.4 APOYO A LAS FAMILIAS QUE ENFRENTAN PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

A continuación se describen brevemente el objetivo de este modelo en virtud de que en el capítulo 4 se abunda más sobre el mismo. El objetivo de este programa es promover la salud y bienestar de los miembros de la familia del usuario de alcohol o drogas, mediante el desarrollo de estrategias más eficientes dirigidas a promover una forma de afrontamiento más eficiente, dependiendo de la problemática específica de cada familia, e impulsar al familiar en la búsqueda de apoyos necesarios que contribuyen a encontrar posibles alternativas de solución a sus problemas.

2.5 PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ADICTIVAS

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del Community Reinforcement Approach (CRA) Hunt & Azrin en (1973) a la población mexicana (Barragan, González, Medina-Mora y Ayala, 2005); este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios.

La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume. De manera general, el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

Por lo tanto, el programa consiste en 12 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. Más que forzar al usuario a aceptar su problema de alcohol y/o drogas, el programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas el usuario recurriría inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora él decida enfrentar este problema favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos.

2.5.1 Aplicación del modelo de intervención en el establecimiento residencial para usuarios de sustancias adictivas: “Centro Constitución de 1917 Alcoholismo y Drogadicción, A.C.”

Objetivo. Se estableció como meta capacitar a los internos en diversos componentes de este programa, con el propósito de mejorar sus conocimientos, habilidades, y estrategias de afrontamiento ante situaciones de consumo de sustancias, de modo que una vez terminado el tratamiento el interno se sea capaz de mantenerse en abstinencia.

Antecedentes del establecimiento

Este centro de tratamiento opera bajo la modalidad de establecimiento residencial de acuerdo a la NOM-028 y está enfocado a combatir el consumo de sustancias adictivas. Fue fundado en 2002 por R.J y J. L. G, ambos por haber sido consumidores de sustancias adictivas, y como parte de su proceso de recuperación, decidieron abrir un espacio donde la premisa inicial sea ofrecer un trato digno a las personas que necesitan comprensión y no discriminación.

En este centro reciben atención varones de entre 16 y 50 años de edad, quienes, de manera voluntaria o por conducto de su familia, se integraron al programa de rehabilitación, cuya duración es de aproximadamente 90 días. Esta asociación civil cuenta con una estructura orgánica encabezada por un consejo directivo de ocho personas, que se mantiene al tanto de la operación del centro, así como de 40 voluntarios que ofrecen pláticas a los internos.

Respecto al modelo de tratamiento de rehabilitación en general está apegado al programa de 12 Pasos de A.A., así como de terapia individual por parte de tres psicólogos. Asimismo, asisten también un médico general y un médico psiquiatra, todos los anteriores en trabajo en conjunto buscan que el interno llegue a tomar conciencia de su enfermedad y a querer superarla. Además se llevan a cabo reuniones y pláticas motivacionales por parte de ex-adictos, religiosos y algunos profesionales como profesores o invitados de alguna institución de salud

Procedimiento.

Se presentó y explicó a través de instrumentos visuales e impresos el material didáctico del modelo, se realizaron ejercicios de aplicación práctica de los componentes del programa, se llevaron a cabo dos sesiones semanales en la modalidad grupal y con duración de 2 horas con 30 minutos

Evaluación de los internos.

Cabe mencionar que existieron dificultades para mantener un grupo constante en tiempo y forma para dar continuidad a los componentes tal como sugiere el modelo, en las primeras sesiones de las actividades en el centro se procedió a realizar la evaluación mediante los instrumentos del programa, sin embargo en un corto tiempo se observó que no se iban a poder evaluar adecuadamente los internos, por lo cual se procedió a dejar a un lado la evaluación y se inició con la capacitación en los otros componentes del programa. Las dificultades que se presentaron durante la intervención grupal se debieron a que la mayoría de los usuarios permanecían en sala de juntas (espacio donde se realizó la

intervención grupal) aproximadamente un mes, una vez pasado este tiempo se dedicaban a realizar otras actividades relacionadas con su recuperación como terapia individual, mantenimiento del establecimiento, asesorías para terminar la primaria o secundaria, además de que varios internos no asistían a las sesiones por decisión propia, y finalmente otro dificultad fue que se presentó abandono de las instalaciones por los usuarios.

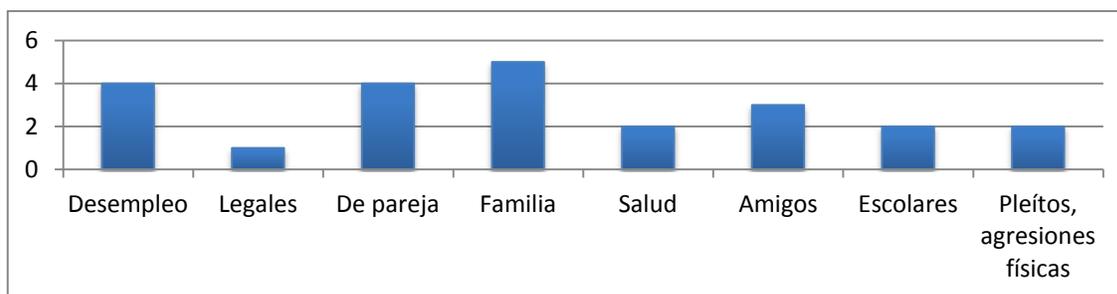
Por lo cual solamente se presenta la evaluación de 10 internos realizada durante las primeras sesiones. Durante las primeras tres sesiones de la práctica del programa se realizó una evaluación grupal de los datos generales de los participantes, tipo de droga, nivel de dependencia, etc. Es así que se presentan los datos de los componentes de Admisión y Evaluación de solo 10 internos. Los resultados se muestran a continuación:

Sexo: Masculino 100%

Edad media: 23.1 años

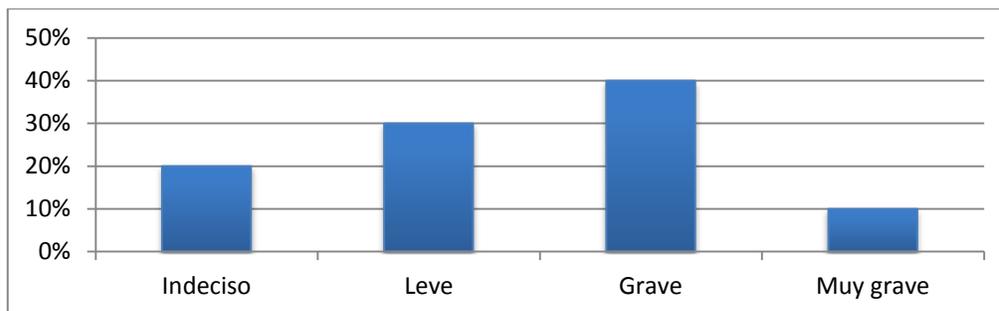
Estado Civil: Solteros 100%

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS



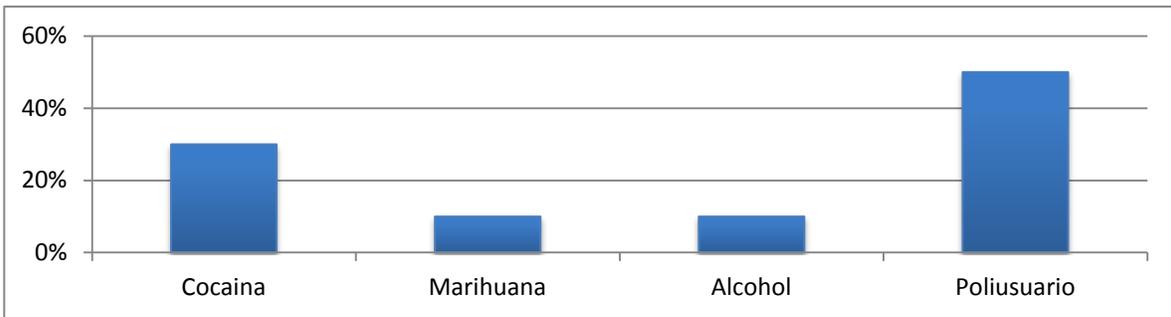
Cuadro 1. Reporte de problemas asociados al consumo a través de una escala del 0 al 10. n=10

PERCEPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA ASOCIADA AL CONSUMO



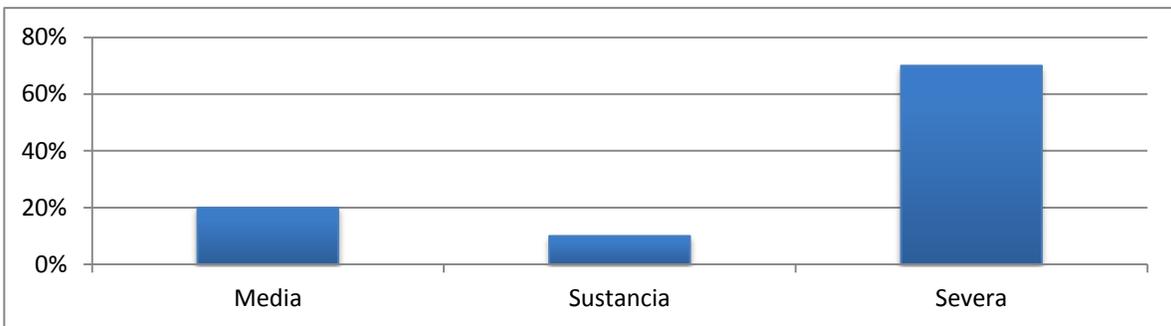
Cuadro 2. Percepción de la problemática en una escala de 0 al 100% n=10

TIPO DE SUSTANCIA



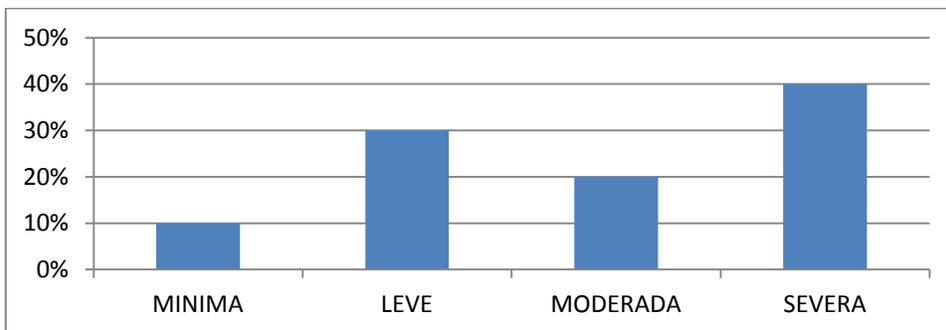
Cuadro 3. Tipo de sustancia de consumo a través de una escala de 0 al 100% n=10

NIVEL DE DEPENDENCIA



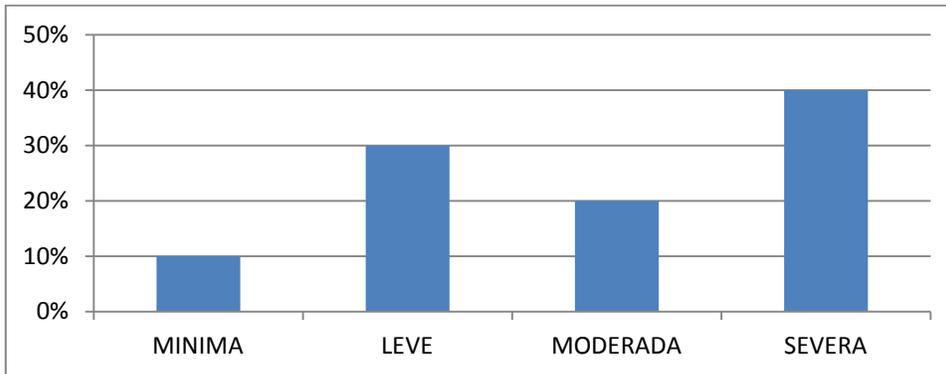
Cuadro 4. Nivel de dependencia a través de una escala de 0 al 100% n=10

NIVEL DE DEPRESIÓN



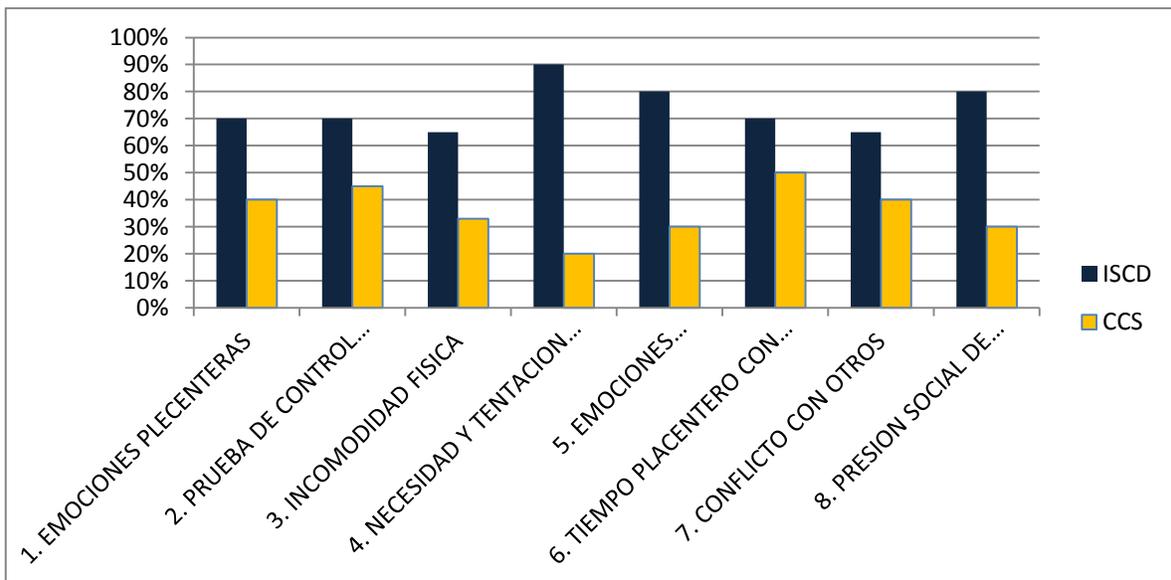
Cuadro 5. Nivel de síntomas de Depresión en una escala de 0 a 100%. n=10

NIVEL DE ANSIEDAD



Cuadro 6. Nivel de síntomas de ansiedad a través de una escala de 0 a 100%. n=10

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO (ISCA) Y CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)

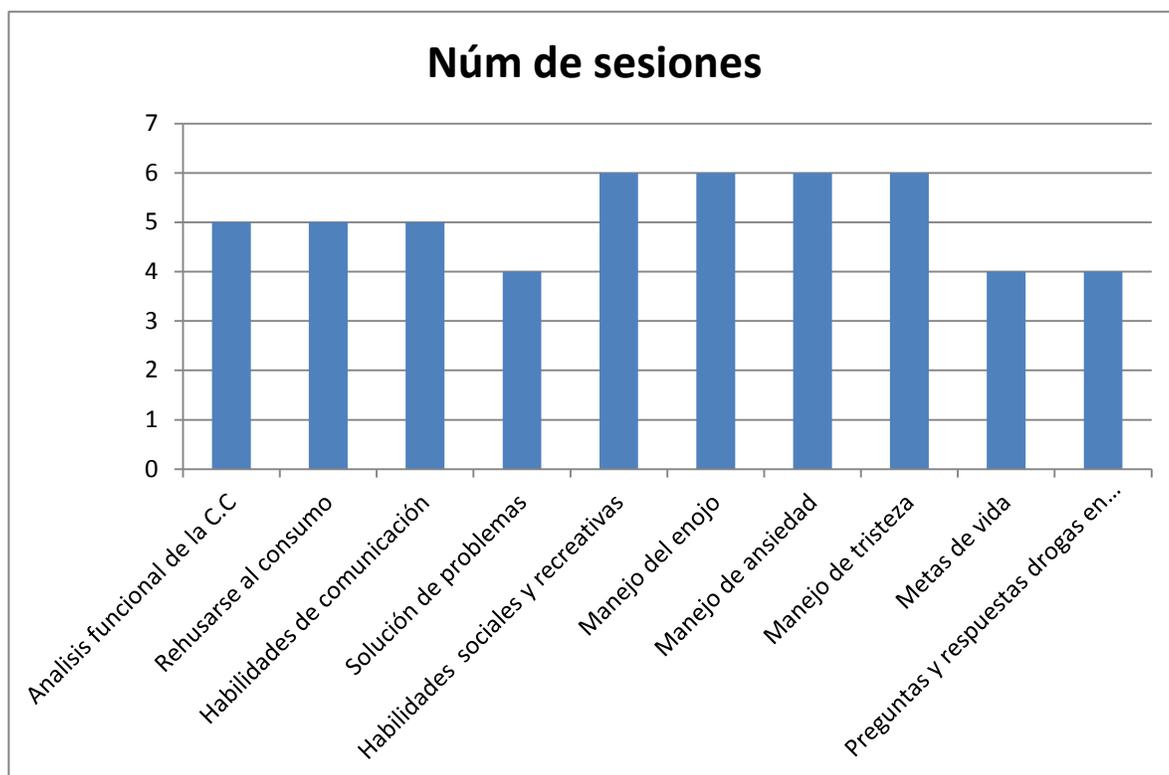


Cuadro 7. Nivel de ISCA y CCS en una escala de 0 al 100%. n=10

Descripción de las sesiones

- Se llevaron a cabo 51 sesiones de 2.5 horas aproximadamente.
- En las sesiones asistieron en promedio 15 internos.
- Los internos asistieron en promedio a 6 sesiones por individuo.
- Algunas de las técnicas psicológicas utilizadas fueron: entrevista motivacional, retroalimentación, reforzamiento positivo, modelamiento y ensayo conductual, además se utilizaron diapositivas para exponer el material didáctico del programa.

- Desarrollo de la sesión: a) Saludo y presentación del capacitador y de los participantes; b) presentación del componente correspondiente a la sesión; c) formato de la sesión: duración, reglas de participación, práctica de ejercicios propuestos por el componente, etc.; d) desarrollo del tema; e) conclusiones y recomendaciones para aplicación en las actividades de la vida cotidiana de los internos.



Cuadro 8. Sesiones impartidas

Resultados.

En la parte de la evaluación se observó que los usuarios percibieron sus problemas asociados al consumo como graves; la mayoría de sus áreas afectadas fueron las familiares, de pareja y de desempleo, siendo su nivel de consumo marcado como grave. En el mayor número de casos se trata de poliusuarios consumidores de alcohol, marihuana, inhalables, cocaína, crack., seguidos de consumidores de cocaína. El nivel de dependencia que presentaron en su gran mayoría fue severo, mientras que los síntomas de ansiedad y depresión que casi todos presentaron fueron moderados y severos.

Las sesiones de intervención del modelo PSC proporcionaron elementos para que los internos tuvieran conocimientos sobre sustancias, estrategias y herramientas que les permitieran reflexionar y formar una actitud responsable respecto a su conducta de consumo.

Aún cuando no se realizó una medición de los efectos en la capacitación de los internos a través de instrumentos, se observó, gracias a comentarios que realizaron los usuarios, que

sí existió una comprensión de los materiales, herramientas, y habilidades de afrontamiento en los que se les capacitó. Esto en virtud de que en la mayoría de los componentes se les solicitó su participación verbal respecto a la comprensión, así como con ejemplos y experiencias lo cual generó retroalimentación por parte de los internos y del capacitador. Asimismo, se realizó modelamiento y ensayo conductual; en primer lugar un modelamiento del capacitador y un interno y posteriormente en diadas para ejercitar el componente.

La mayoría de los usuarios hicieron comentarios muy favorables respecto a estas capacitaciones y de la importancia de mantenerlos constantemente, ya que muchos de ellos mencionaron que en su estancia en el establecimiento les había permitido practicar nuevas formas de interacción con sus compañeros, así como reestructurar sus pensamientos respecto a su estancia en el tratamiento y su forma de consumo, además del manejo de sus estados emocionales.

Conclusiones.

Tomando en consideración la evidencia científica que la aplicación de este modelo reporta en cuanto a las tasas de éxito respecto a otros modelos de intervención en usuarios dependientes de sustancias con niveles clasificados como sustanciales y severos además considerando que en los establecimientos residenciales se encuentran usuarios con estos niveles de dependencia a las drogas. Sería muy conveniente implementar los componentes de este modelo de intervención para capacitar a los usuarios en el mantenimiento de la conducta de no consumo una vez que han concluido su proceso terapéutico.

Así mismo tomando en consideración las dificultades que se presentan en cuanto a la adherencia terapéutica en este tipo de establecimientos, consideraría importante realizar una capacitación de por lo menos tres sesiones grupales por semana para lograr un mayor impacto en esta población.

Se puede considerar importante que en este centro de tratamiento y otros que trabajan como modelo principal de tratamiento el de los 12 Pasos de AA, la implementación de modelos que han mostrado evidencia científica, de modo que los usuarios sean los principales beneficiados, así complementar el trabajo de ambos modelos para lograr mayores tasas de éxito en cuanto a metas de abstinencia.

Por otro lado sería conveniente realizar trabajos de evaluación en cuanto a esta población para poder identificar las dificultades y los aciertos en cuanto a los efectos de la aplicación de este modelo.

2.6. INTERVENCIÓN BREVE PARA USUARIOS DE MARIHUANA

La Intervención Breve para Usuarios de Marihuana es una intervención motivacional breve que ayuda a las personas a comprometerse en el cambio de su conducta, y a reconocer y usar sus propios recursos para eliminar su patrón de consumo de marihuana. Este programa proporciona las herramientas para sensibilizar a la persona para que se dé cuenta de que su consumo de marihuana le está causando daños físicos y cognitivos. Para ello, el programa se inicia fijando metas de consumo, encontrando razones para interrumpir su consumo actual de marihuana, incrementando la motivación para conseguir estas metas, identificando las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de

consumir marihuana y desarrollando estrategias alternativas para enfrentarse a esas situaciones con el apoyo de su familia.

Las sesiones que se aplican en esta intervención son:

- 1.- Admisión.
- 2.- Evaluación.
- 3.- Inducción.
- 4.- Decidir cambiar y establecer metas.
- 5.- Identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo.
- 6.- Planes de acción.
- 7.- Prevención de recaídas.
- 8.- Mantenimiento.
- 10.- Sesiones de apoyo.
- 11.- Seguimiento.

2.6.1 Aplicación del modelo de intervención en el Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA).

Antecedentes del establecimiento

El objetivo general del Centro de Prevención en Adicciones es capacitar a los estudiantes de Psicología de licenciatura, maestría y doctorado, para realizar actividades de prevención universal, selectiva e indicada en adicciones, particularmente a través de las actividades de servicio, docencia e investigación en los modelos de detección temprana e intervención breve en adicciones. Este programa promueve la prevención del consumo de drogas en escuelas, universidades, empresas y comercios con el fin de constituir una comunidad armoniosa, donde cada persona sea el eje principal para cumplir este programa, además de brindar atención psicológica para los usuarios de drogas logrando su reinserción productiva en un ambiente de cooperación y ayuda, formar expertos en el campo de las adicciones e investigadores aplicados de la problemática en cuestión.

Servicios que ofrece:

- Prevención de las conductas adictivas.
- Atención del comportamiento infantil para la crianza positiva: desobediencia, berrinche, agresión, hiperactividad y oposición.
- Detección temprana e intervención breve para bebedores en riesgo.
- Intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas.
- Intervención breve para usuarios de marihuana.
- Programa de Satisfactores Cotidianos.
- Intervención breve motivacional para fumadores.
- Programa de intervención breve para usuarios de cocaína.
- Programa de prevención de recaídas (www.psicologia.unam.mx).

Descripción de Aplicación del modelo de intervención en una usuaria.

Datos Generales:

Sexo: Femenino

Edad: 18 años

Escolaridad: 6° semestre de preparatoria

Ocupación: Estudiante

Motivo de consulta: Usuaria de 18 años de edad, soltera, estatura media, compleción delgada, estudiante preparatoria que cursa el 6° semestre de preparatoria, vive con su madre y la pareja de su madre. A la entrevista inicial y como motivo de consulta mencionó “tengo miedo en convertirme en una adicta”, ya que ha visto incrementado su consumo de marihuana, también le han ofrecido cocaína y ha consumido esta sustancia solo en dos ocasiones. Actualmente la usuaria señala haber disminuido mucho el consumo de alcohol. Su padre es un usuario de alcohol, marihuana y cocaína razón por la cual se divorció de su madre, y así mismo la usuaria reportó no haberlo visto desde hace 4 años. La usuaria mencionó que desea alejarse de la situación de consumo porque quiere terminar la escuela y para poder ingresar a la universidad a estudiar medicina veterinaria. No ha estado en tratamiento para manejar el consumo de marihuana, su última fecha de consumo fue en la semana anterior.

Información obtenida de las entrevistas.

Patrón de consumo: 2 cigarros de marihuana cada tercer día, 1 alrededor de las 14:00 hrs con sus compañeros de la escuela en la explanada de la misma y/o 1 con algún amigo de su colonia por las tardes cuando sale a pasear a su perrita o ha tenido algún enojo con su madre.

Historia de consumo. Inicio el consumo a la edad de 14 años, cuando ella y unos compañeros de la secundaria empezaron a consumir por curiosidad, posteriormente continuó el consumo de la misma con algunos vecinos que la invitaban a fiestas donde consumía casi cada 15 días, a los 16 años la periodicidad de consumo aumenta a una vez a la semana con los compañeros de la escuela. Posteriormente empezó una relación con un compañero de la escuela que consumía marihuana lo cual propició mayor consumo en ella, por lo que en los últimos tres meses ha consumido aproximadamente cada tercer día.

Actualmente está bajo tratamiento psiquiátrico y tomando Fluxetina y Respiridona para el manejo de depresión y ansiedad. Además es atendida por un psicólogo de su institución escolar.

Su relación familiar da la impresión de ser funcional, pues tiene buena comunicación con su madre y con el novio de ésta.

Ha reprobado varias materias y actualmente debe dos, has faltado a clase aproximadamente 30 días en el último año como consecuencia del consumo.

Posterior a la sesión de admisión se observa que la usuaria es candidata para el programa ya que cumple con los siguientes criterios:

- Tener 18 años o más.

- Presentar consumo de marihuana menor a 2 años.
- Presentar problemas asociados por el consumo.
- Presentar niveles de dependencia leves o moderados.
- No presentar deterioro cognitivo evidente.
- No presentar niveles severos de ansiedad y/o depresión o algún otro problema psiquiátrico.

Sesión 1. Admisión.

Objetivo: Determinar si la usuaria es candidata para la IBUM.

23/03/2012. Usuaria de 18 años, tez morena clara, complexión delgada, alta, vestimenta y corte de cabello de tipo moderno y acorde a su edad, se observan tatuajes en los brazos y en la parte superior del pecho.

Acude a consulta acompañada de su madre, durante la aplicación de la entrevista la usuaria comentó: “he estado consumiendo marihuana casi cada tercer día, es mucho para mí”. Menciona que es la primera ocasión que acude a consulta. Se le brinda información del programa y se le realiza la entrevista inicial. Resultó positiva a prueba antidoping a THC, aplicación de instrumentos correspondientes a la sesión (CAD-20, Beck Ansiedad, Beck Depresión), se firma la carta de consentimiento, se le explica y entrega autoregistro de consumo. Se realizan planes de acción ante situación de riesgo para el consumo a los que se enfrentaría en la semana.

El resultado de los principales instrumentos es el siguiente:

Nivel de dependencia

Evaluación del Instrumento Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20) 11 puntos lo cual mostró un nivel de dependencia sustancial.

Nivel de síntomas de depresión

El Inventario Beck reportó 16 puntos equivalente a un nivel de sintomatología de depresión leve.

Nivel de síntomas de ansiedad

Sintomatología Beck ansiedad 24 media.

Nivel de funcionamiento cognitiva

La aplicación de la escala pistas parte A y parte B, así como la de símbolos y dígitos muestran que no existe algún deterioro cognitivo.

Sesión 2. Evaluación.

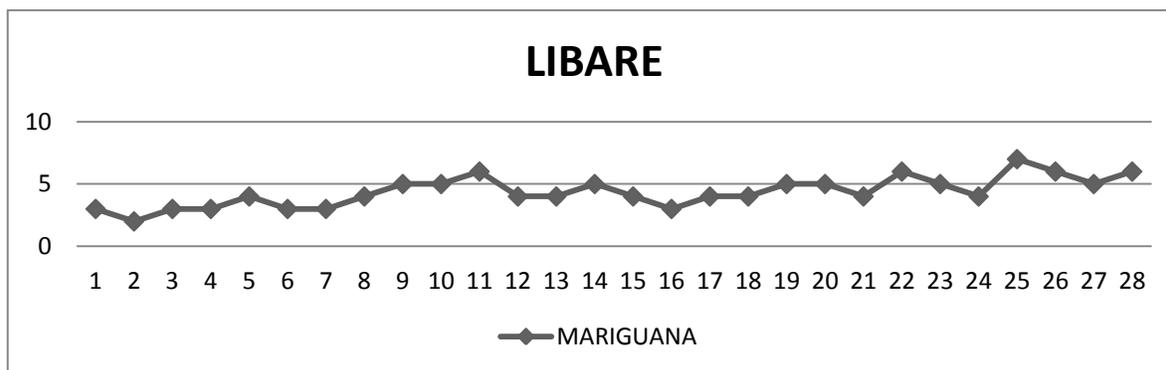
30/03/2012. Objetivo: Analizar el patrón de consumo de marihuana, las situaciones de mayor riesgo y la autoeficacia, con la finalidad de determinar la meta más adecuada durante el tratamiento.

La usuaria se presenta acompañada de su madre y al revisar el consumo de la semana señala haber fumado un cigarrillo de marihuana el martes en la noche y que fue como consecuencia de un pleito que tuvo con su madre a causa de que la noche anterior había llegado muy tarde y con aliento alcohólico, “mi madre se enojó conmigo porque había llegado tarde la noche anterior y porque no había hecho los quehaceres de la casa. Ella me regañó, entonces me enoje y me salí al parque. Allí me encontré con Iván y consumí”. Esta discusión le hizo sentirse mal, ansiosa y culpable por haber tomado, por lo cual buscó a uno de sus amigos y con él consumió. Señala la usuaria haberse sentido un poco relajada, pero a la vez inconforme por haber fumado marihuana. Se revisaron los precipitadores y se plantearon nuevas formas enfrentarlos.

Se utilizó entrevista motivacional para reforzar su asistencia al tratamiento, y el llenado de autoregistro, etc. Se le explicaron las actividades de esta sesión.

El resultado de los instrumentos fue:

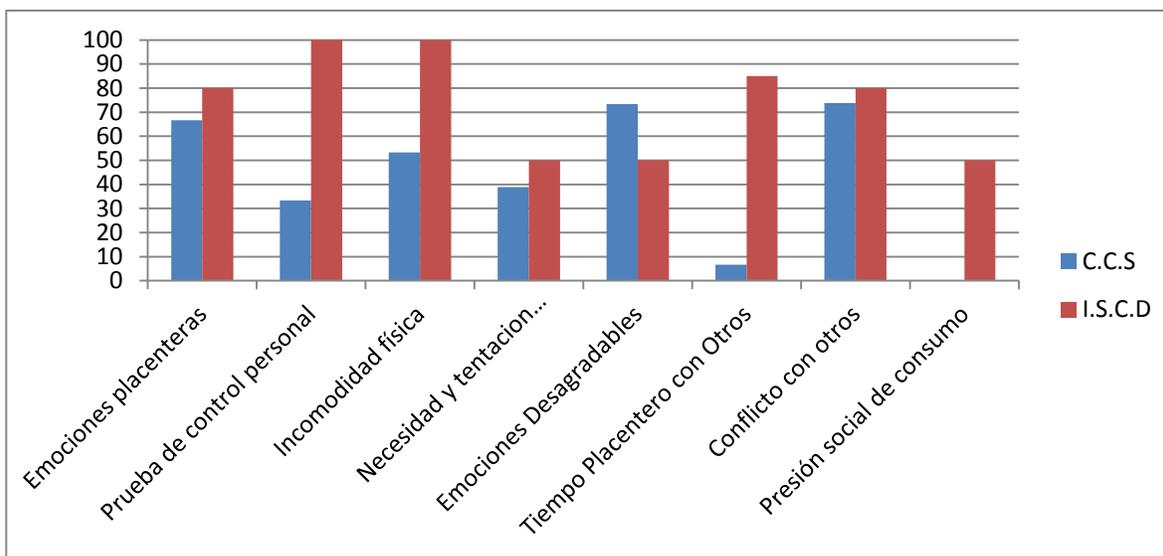
LIBARE



Cuadro 9. LIBARE Pre-tratamiento

SUMA DE CIGARROS 6 MESES	122
SUMA DE CIGARROS MENSUALES	20.3
PROMEDIO DE CONSUMO POR OCASIÓN	2
DIAS DE CONSUMO EN 6 MESES	91
PROMEDIO DE CONSUMO POR SEMANA	5.08
SEMANAS DE CONSUMO	24

ISCA Y CCS



Áreas	Porcentaje ISCA	Porcentaje CCS
Emociones placenteras	67	80
Prueba de control personal	33	100
Incomodidad física	53	100
Necesidad y tentación consumo	39	50
Emociones Desagradables	73	50
Tiempo Placentero con Otros	7	85
Conflicto con otros	74	80
Presión social de consumo	0	50

Cuadro 10. ISCA y CCS pre-tratamiento

Se observa que las situaciones de mayor consumo son: conflicto con otros, emociones desagradables y emociones placenteras en cambio las situaciones de menor autoeficacia son: emociones desagradables, presión social y necesidad y tentación. De acuerdo a los antecedentes de consumo y tomando en cuenta los objetivos de la usuaria, ella eligió la meta de consumo de abstinencia. Se le entregó el autoregistro y se realizaron planes de acción.

Sesión 3. Inducción.

06/04/2012 Objetivo: Mostrar al usuario la información para reconocer los principales mitos en torno a la marihuana y las consecuencias del uso de esta sustancia, con el fin de concientizarlo en torno a sus propios resultados de la evaluación.

Se presentó la usuaria en tiempo; no ha consumido en esta semana; se refuerzan las conductas que mantuvieron la abstinencia: salir con su mamá de compras y al cine, salir a correr, pensar en las consecuencias negativas del consumo, etc. Se le explicó la sesión.

Materiales:

Presentación sobre Mitos y realidades

- a) Actividad 1: Mitos sobre la marihuana
- b) Actividad 2: Realidades sobre la marihuana
- c) Actividad 3: Consecuencias por el consumo 1
- d) Actividad 4: Consecuencias por el consumo 2
- e) Autoregistro. Resumen de la sesión y ejercicios

Se realizó la presentación en Power Point de mitos y realidades de la marihuana, posteriormente se le solicitó resolver los cuestionarios relacionados con este tema. Se observó que la usuaria en términos generales tenía buenos conocimientos respecto a las propiedades de la marihuana. Respecto a las consecuencias de consumo la usuaria reportó:

Describe brevemente algunas de las consecuencias que tú pienses que sean positivas y negativas o que hayas experimentado debido a tu consumo de marihuana.

CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
<ul style="list-style-type: none">- Relajación.- Diversión con mis amigos.- Convivencia y pasarla bien.- Tranquilizarme cuando me enojo con mi madre.	<ul style="list-style-type: none">- Regaños de mi madre.- Gastar lo poco que me dan de dinero.- Relacionarme con gente que consume.- Bajas calificaciones porque no me dan ganas de estudiar.- Cuando consumo me salgo de la casa y a veces no he llegado, por lo que me expongo a peligros.

Durante el transcurso de esta sesión se enfocó en profundizar respecto a las consecuencias positivas y negativas para valorar lo que el usuario obtiene o pierde con el consumo. Se realizó entrevista motivacional para que la usuaria asumiera el valor real de las consecuencias negativas buscando generar una acción al cambio, especialmente en el caso que le causó mayor impacto, que fue el de no llegar a casa y exponerse a riesgo, así como acompañar el consumo de marihuana con ingesta de alcohol. Se realizaron planes de acción para la siguiente semana: realizar actividades agradables para no aburrirse en casa. Se le entregó autoregistro y la lectura de la sesión 4: Decidir cambiar y establecer metas.

Sesión 4: Decidir cambiar y establecer metas

13/04/2012. Objetivo: Guiar al usuario a reflexionar sobre su consumo de marihuana y reducir la ambivalencia que experimentará al realizar un cambio en su consumo. Brindar retroalimentación sobre la LIBARE. Motivarlo a establecer una meta de consumo.

Materiales:

- a) Ejercicio 1A “Balance Decisional”
- b) Ejercicio 1B “Razones para consumir”
- c) Ejercicio 1C “Establecimiento de Metas”

Resumen de la sesión y ejercicios.

Se presenta la usuaria en tiempo. Fumó dos cigarros de marihuana, además consumió 3 líneas de cocaína en una reunión a la que acudió el viernes por la noche. Se quedó en el departamento de la fiesta hasta el lunes en la mañana. Reporta haber consumido porque se sentía aburrída en la fiesta, ya que sólo conocía a un amigo y éste estaba ocupado atendiendo a otras personas. Él mismo fue quien le ofreció consumir marihuana y posteriormente la convenció de quedarse, ya que ella no tenía dinero para regresarse a casa. Al siguiente día consumió cocaína y marihuana. Para el consumo de cocaína menciona haber tenido un poco de presión social y además de sentimientos de culpa por no haber llegado a casa nuevamente. Se realizó análisis funcional y planes de acción.

Se trabajó con la 1ª sesión del programa de marihuana, relacionado con las razones para no consumir: Señaló por su salud física y emocional, por mejorar en la escuela, y por mejorar sus relaciones con su familia.

Durante el transcurso de la sesión se analizaron los costos y beneficios de su actual forma de consumo. Asimismo, se le encauzó a tomar conciencia de sus decisiones y de las consecuencias que siguen a las mismas.

EJERCICIO 1: DECISIÓN DE CAMBIAR

	DEJAR DE CONSUMIR MARIHUANA	CONTINUAR CONSUMIENDO MARIHUANA
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> -Mejor estado de ánimo. -Mejor concentración. -Mejor manejo de mis emociones, -Ser más feliz. -Retomar la confianza de mi familia. -Utilizar el dinero para cosas productivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Olvidar mis problemas familiares y con mis amigos. -Relajarme. -Reírme, estar contenta.
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de amistades que consumen. -Dejar de ir a fiestas. -Dejar la vida nocturna, dejar el desmadre. -No relajarme. 	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas con mi mamá y con su pareja. -Tendría menos dinero. -Se me olvidarían mucho las cosas que me ordena para hacer en casa, olvidar fechas importantes. -Deprimirme más. -Pérdida de amistades. -Problemas de salud, atención y bajo rendimiento escolar, suspensión de ciclo escolar. -Pérdida del control de mis emociones.

Así también se procedió a realizar el ejercicio “Razones para cambiar”, en el cual se le solicitó describir las razones más importantes por las cuales quiere dejar de consumir marihuana.

Las razones más importantes por las cuales quiero dejar de consumir marihuana:

1. Recuperar la confianza en mí, saber que realmente puedo decir que no, que no dependo de esa sustancia para estar contenta, que puedo depender de otras cosas, que no quiero engañarme a mí misma, aprender a tener confianza en mí misma y poder salir a algún lado y saber que voy a decir que no.
2. Madurar y hacerle frente a mis problemas evitando evadirlos a través del consumo de marihuana, aprendiendo a manejar mejor mis emociones, manejar con más lógica situaciones que me van a poner mal, por ejemplo, el tema de mi papá o cosas así.
3. Recuperar mi salud y lo que era antes, dejar el comportamiento destructivo, tratar de no ser una compañía negativa, que ya no tengo esa malicia, que ya se fue, esto me haría sentir bien conmigo misma, sentir que hay muchas cosas que verdaderamente merezco.

Respecto a las razones para dejar de consumir, se reforzaron positivamente, enfocando a la usuaria a darle un valor objetivo importante para que pueda basarse en estas razones para mantener su meta de abstinencia.

En relación al establecimiento de meta la usuaria decidió abstenerse en forma definitiva del consumo de marihuana, señalando que lograr su meta es muy importante, reporta sentirse muy confiada en lograr su meta 90%.

Se realizó el cierre de la sesión, se le entregó el material de lectura para la siguiente semana, autoregistro y se realizaron planes de acción; volvió a programar una muestra de abstinencia de un mes (se analizaron los posibles eventos que pudieran provocar recaída).

Sesión 5: Identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo.

20/04/2012. Objetivo: Apoyar al usuario a analizar cuáles son las situaciones de riesgo para su consumo, los disparadores y los tipos de consecuencias que obtiene, con el fin de reunir elementos que permitan plantear un plan de acción. Brindar retroalimentación sobre el ISCD y el CCS.

Materiales:

- a) Folleto de la sesión “Situaciones de riesgo” Resumen de la sesión y ejercicios.

Se presenta la usuaria en tiempo. No fumó en la última semana; señala sentirse triste debido a que no logró acreditar tres materias que debía aún cuando intentó a través de cursos intersemestrales, manejó las situaciones de consumo señalando que no era la mejor manera para resolver el problema, platicando mucho con su madre sobre esta situación, ya que la respuesta que obtuvo de ella fue de comprensión y apoyo. Señala haber consumido 8 T.E. de alcohol con una amiga el sábado ya que se sentía triste por lo de la escuela, señalando que ahora debía acreditar sus materias y esperar un año para ingresar a la universidad. Se realizó reestructuración cognitiva de la situación de suspensión de actividades escolares y manejo de tristeza, en virtud de que la usuaria se sentía muy culpable debido a que va a perder el año, buscando lo positivo de esta situación.

Se revisó el material de la sesión respecto a identificar las situaciones que la ponían en riesgo para el consumo, así también como de las posibles recaídas y como enfrentarlas de modo que se mantenga constante en cumplir con su meta de consumo. Se le instruyó que para resolver los ejercicios de esta sesión se iba a basar en los más relacionados con las situaciones de riesgo del ISCA.

PRIMERA SITUACIÓN DE CONSUMO

1) Describa brevemente una situación en la que haya consumido. Inicie especificando aquélla que Usted considere como LA MAS GRAVE.

Salir a una fiesta con personas que apenas conocía, consumir en exceso y no llegar a mi casa, exponiéndome a toda clase de peligros.

2) Describa lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tenga que consumir, en esa ocasión:

El tratar de caerle bien a los demás, divertirme más, para no quedarme dormida. Siempre he querido agradar a las personas haciendo lo que me piden.

3) Describa lo más específicamente posible las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber consumido. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

Me sentí muy mal porque mis acciones de consumir me llevaron a tener relaciones sexuales con personas que ni quería, me sentí sucia y muy mal con mi persona.

Esta situación ocurrió en dos ocasiones, estando bajo consumo de marihuana y alcohol.

SEGUNDA SITUACIÓN DE CONSUMO

1) Describa brevemente una situación en la que haya consumido.

Cuando me enojo con mi madre porque me regaña por no hacer mis quehaceres domésticos.

2) Describa lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON en las que haya consumido:

Regularmente cuando estoy deprimida no me dan ganas de hacer nada, cuando mi madre regresa de trabajar y ve que no hice el quehacer doméstico, entonces me regaña, yo me enojo y me salgo a buscar a mis amigos para consumir.

3) Describa lo más específicamente posible las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber consumido. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

No había reparado que por consumir marihuana me da más flojera al siguiente día y no me dan ganas de hacer los quehaceres y por eso me regaña mi madre, creo que las consecuencias son que piense que no le echo ganas y me este regañando, sentirme que no la apoyo como ella lo hace conmigo en otros aspectos, que me cuida y da dinero para la escuela.

Esto sucede casi como dos veces a la semana.

TERCERA SITUACIÓN DE CONSUMO

1) Describa brevemente una situación en la que haya consumido.

Estaba muy nerviosa y ansiosa por varias razones, una de ellas es que no había conseguido trabajo, además tenía un atraso menstrual y problemas en mi relación de pareja.

2) Describa lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el consumo:

Estaba tan nerviosa de mi atraso que busqué la droga para relajarme y escapar de la realidad un rato, “Olvidarme de mis problemas”.

3) Describa lo más específicamente las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber consumido marihuana. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

Me sentí muy avergonzada de que mi familia se dio cuenta que estaba drogada. Me sentí relajada sólo un momento porque después volví a sentir angustia por no saber si estaba embarazada.

Se realizaron planes de acción para la siguiente semana, ella acordó no ver a sus amigos durante un tiempo, en lo que se fortalece para poder reusarse al consumo, así como solo salir a lugares donde conozca a varias personas o a pedirle a algún amigo que no consuma para que la acompañe. Asimismo, se le solicitará a su madre que la apoye, de forma que únicamente le otorgue permiso cuando ella pueda pasar a recogerla o que sea exclusivamente en eventos en los que no va a haber consumo de ninguna sustancia, además de no dejarla llegar tarde a casa.

Se cierra la sesión y se le entrega el material didáctico de la siguiente sesión.

Sesión 6: Planes de acción

20/04/2012. Objetivo: Guiar al usuario a establecer planes de acción que le permitan enfrentarse a situaciones de riesgo.

Materiales:

Folleto de la sesión: “Planes de acción”.

Resumen y ejercicios.

Se presenta la usuaria en tiempo; no consumió marihuana en la última semana. Una de las situaciones de riesgo a la que se enfrentó fue en una fiesta a la que la invitó un amigo, en ella éste le ofreció consumir, a lo cual ella se negó rotundamente y decidió en ese momento retirarse de la fiesta. Asimismo, ha empleado reestructuración cognitiva recordando las consecuencias del consumo como el no llegar a casa y hacer cosas graves como tener sexo con quien no quiere o exponerse a peligros. Además, ha recordado sus propósitos para el futuro. Se reforzó positivamente esta situación y se planearon más alternativas para esta situación de riesgo.

Se llevó a cabo la sesión explicándole a la usuaria el objetivo de ésta y se realizaron los ejercicios correspondientes a la sesión, ya que la usuaria no realizó los ejercicios en el transcurso de la semana.

EJERCICIO: OPCIONES Y SOLUCIONES A CONSECUENCIAS

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo de marihuana # 1

Salir a una fiesta con personas que apenas conocía, consumir en exceso y no llegar a mi casa, exponiéndome a toda clase de peligros.

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

OPCION #1

No ir a fiestas donde haya gente que casi no conozca.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1

No vería a alguno de mis amigos, no me divertiría, no me expondría a peligros, llegaría a mi casa a dormir.

OPCION #2

Ir a las reuniones pero no consumir.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2

Me sentiría extraña, sería difícil estar en un lugar o fiesta sin consumir, no sabría cómo decirles que he decidido no consumir.

OPCION #3

Pedirle a un amigo que no consuma que me acompañe

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3

Regresaría a mi casa a tiempo, me divertiría y conocería algunas personas, pediría apoyo a mi amigo si es que me dan ganas de consumir.

B) Selección de OPCIONES:

De las opciones arriba descritas para esta situación de alto riesgo para consumir en exceso, considere:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCION: 2

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? OPCION: 3

EJERCICIO PLAN DE ACCION

A) MI MEJOR OPCION FUE: Opción # 2 y 3 "ir a las reuniones y no consumir y pedirle a mi amigo que me acompañe".

PLAN DE ACCION:

Tengo la idea de usar las dos alternativas, ya que aunque ya no quiero salir con mis amigos que consumen, sí me gusta salir a divertirme, por eso invitaría a mi amigo, le diría que me acompañe y que sólo nos tomaríamos unos tragos y no me deje consumir marihuana, que me cuide y que baile conmigo, ya que como vive cerca de mi casa, le voy a decir a mi madre que pase por nosotros a determinada hora, y si no puede, pues tomaremos un taxi para regresar a casa porque ya no me quiero quedar en casas ajenas.

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo de marihuana. OPCION # 2

Cuando me enojo con mi madre porque me regaña por no hacer mis quehaceres domésticos.

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

OPCION #1

Cuando me enoje con mi madre, no salirme a la calle sino irme a mi cuarto.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1

No iría a buscar a Martín para pedirle marihuana, no consumiría y no regresaría a mi casa con el olor de la droga, me sentiría un poco ansiosa por no poder desahogarme.

OPCION #2

Cuando me enoje con mi madre no discutir y no contestarle para que no nos terminemos peleando y gritándonos cosas desagradables.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2

Me sentiría rara porque siempre discutimos porque ella siempre quiere tener la razón, además no me deja explicarle porque no hice las cosas o porque me siento con flojera, si no discutimos seguramente podremos platicar bien sin pelearnos y decirnos cosas feas.

OPCION #3

Hacer mis tareas domésticas y cuando vea que mi madre está como molesta, mejor no discutir y preguntarle cómo le fue en su trabajo.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3

Estaría cumpliendo con mis obligaciones, me sentiría a gusto con la casa limpia, mi madre no me regañaría; cuando esté molesta, pues trataré de darle su espacio y no hacerla enojar más

B) Selección de OPCIONES:

De las opciones arriba descritas para esta situación de alto riesgo para consumir en exceso, considere:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCION: 1

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCION: 3

EJERCICIO PLAN DE ACCION

A) MI MEJOR OPCION FUE: Opción # 1 “no salirme después de pelear con mamá”

PLAN DE ACCION:

Como muchos de los pleitos son porque no le limpio a mi perrita “Frida”, no lavo los trastes y no hago los quehaceres de la casa que me corresponden, entonces muchas veces llega y ve el desorden y me regaña y no me gusta. Lo que voy a hacer es realizar mis tareas,

ahora que no he consumido siento como que tengo más energía y no tanta flojera. Además, sacar a pasear a mi perra y limpiarle me hace sentir bien, voy a tener la casa más limpia y ordenada, y pues ofrecerle café a mi madre cuando llegue de trabajar.

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo de marihuana # 3

Estaba muy nerviosa y ansiosa por que tenía un atraso menstrual y problemas en mi relación de pareja.

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

OPCION #1

Tratar de resolver mis problemas con mi pareja y no tener relaciones sin protección

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1

Si no tengo problemas con mi novio no me voy a sentir mal y ansiosa, ni molesta o enojada, Estaríamos bien y saldríamos al cine o a algún otro lado. Si usamos protección para el sexo no voy a preocuparme por si estoy embarazada y a lo mejor también para cuidar mi salud por una enfermedad.

OPCION #2

Hacerme la prueba de embarazo para saber si tengo un problema y estoy embarazada para ver qué hago.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2

Pues de una vez me quitaría la incertidumbre y no estaría pensando en que si estoy embarazada o no. Ya vería qué hacer y a quién pedir ayuda.

OPCION #3

Tratar de relajarme y seguir con mi vida normal y platicar con mi novio para tomar las cosas más o menos relajadas y no ponerme demasiado ansiosa.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3

No me daría demasiada ansiedad, ya que pensaría que a final de cuentas si estoy embarazada ya vería qué hago. Seguramente platicaría con mi mamá y ella me ayudaría a resolver mis problemas.

B) Selección de OPCIONES:

De las opciones arriba descritas para esta situación de alto riesgo para consumir en exceso, considere:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCION: 1

EJERCICIO PLAN DE ACCION

A) MI MEJOR OPCION FUE: Opción # 1 "Pleitos con mi novio".

PLAN DE ACCION:

Pues voy a tratar de convivir sanamente con mi novio para que no tengamos tantos problemas, salir a fiestas familiares y al cine, a parques o al café, pero no mucho a fiestas donde haya consumo, también voy a acompañarlo a sus cosas porque luego se enoja conmigo, también le voy a decir que cuando tengamos relaciones sexuales sea con protección.

Una vez terminados los ejercicios se reforzó la realización de los mismos, así como reestructuración cognitiva de la usuaria al plantear alternativas al consumo ante sus situaciones de riesgo y así como utilizar una forma de solución de problemas. Se realizaron planes de acción para la siguiente semana; La usuaria iba a tener una reunión con los amigos excompañeros de la secundaria para verse nuevamente. Se planteó nuevamente el salir acompañada con su amigo y pedirle a su madre que vaya a recogerla así como negarse a consumir. Se le entregó el material de la siguiente sesión.

Sesión 7: Prevención de recaídas

27/04/2012. Objetivo. Enseñar técnicas al usuario que le permitan prevenir recaídas en un futuro.

Materiales:

Folleto de la sesión: “Prevención de recaídas”

Resumen y ejercicios.

Se presenta la usuaria en tiempo, señala haber consumido solo dos fumadas de un cigarrillo que le ofrecieron sus compañeros de la escuela cuando fue a revisar trámites para recurrar sus materias. Se enfrentó a este precipitador a través de decirle a una de sus amigas que tampoco consume que la acompañara a la tienda a comprar unos chicles y platicar un poco y regresar con sus amigos tiempo después de que hayan terminado de consumir. Asimismo, recordó su meta de consumo y los beneficios de mantenerse en abstinencia.

Se le explicó la sesión que consistió en el componente de manejo de emociones, ansiedad y reestructuración cognitiva reconociendo los eventos que pudieran precipitarla al consumo y provocar recaída en el consumo.

La usuaria generalmente consume cuando se siente ansiosa. Uno de los ejemplos que se trabajó fue el hecho de que ahora que está sin escuela su familia la ha instigado a trabajar; a partir de hace dos semanas ha intentado buscar trabajo en establecimientos relacionados con la veterinaria, tipo Maskota o Eukanuba. Señala la usuaria que se ha sentido muy frustrada porque aunque ha ido a dejar solicitudes de empleo no ha tenido buenas respuestas, se siente como frustrada porque no le habían dado buenas repuestas.

Se trabajó en reestructuración cognitiva, cambio de pensamiento, instigando a la usuaria a que reconociera las dificultades que se presentan en la actualidad en la búsqueda del primer empleo de cualquier persona, se da reforzamiento positivo por el hecho de haber entregado solicitudes y acudir a entrevistas. Asimismo, se trabajó en ejercicios de relajación para cuando empezara a sentirse ansiosa por el hecho de que no recibiera llamadas positivas respecto al empleo.

Otra situación de riesgo que se trabajó fue la relacionada con el hecho de salir con amigos a fiestas en donde en muchas ocasiones hay consumo de marihuana. Se trabajó con

la sensación de incomodidad que señala la usuaria cuando está en lugares en los cuales no conoce a varios invitados: “Cuando no conozco a varios, me siento incomoda, siento como que tengo que encajar en conocer a los demás, como que me siento obligada a hacer lo que ellos hacen, tomar y consumir drogas”. Se trabajó con reestructuración cognitiva respecto a la ansiedad que le generaba estar con personas que no conoce. Para salvar esta situación se realizaron planes de acción relacionados con modificación de pensamientos negativos, así como habilidades de comunicación: iniciar y mantener conversación, expresar opiniones, etc.

Se realiza un resumen de la sesión, se refuerza la asistencia a la sesión y el trabajo que ha realizado en la lectura y desarrollo de los ejercicios de las sesiones.

Sesión 8: Mantenimiento

04/05/2012. Objetivo. Analizar el progreso del usuario dentro del tratamiento con el fin de determinar el final de la intervención o la necesidad de sesiones adicionales.

Se presenta la usuaria en tiempo, reporta no haber consumido en el transcurso de la semana, señala que ha empleado ejercicios de relajación, cuando sale a fiestas generalmente lo hace acompañada con amigos que no consumen además de pedirle a su madre que pase por ella para regresar a casa.

La usuaria reporta que fue contratada por una tienda para mascotas en la cual trabajara en las tardes: “me siento muy contenta porque estoy trabajando en un lugar que quiero y que me queda cerca de casa. Además, como voy a estudiar veterinaria me va a ayudar mucho”. Se le refuerzan las estrategias de afrontamiento, se le felicita por haber conseguido un trabajo que le dé la oportunidad de superarse como persona en el ámbito laboral y personal.

Se utilizó el material didáctico de la sesión el cual consiste en el mantenimiento o modificación de la meta de consumo: ¿Qué tan motivado se siente para dejar de consumir marihuana? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una X la respuesta que más se acerque a lo que siente:

1.- En este momento, ¿qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

75% Más importante que la mayoría

2- En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

100 % Estoy totalmente segura

Se analizó la meta de consumo de la usuaria, recordando que a través del consumo ella dejó de ponerle atención a la escuela, sentía cansancio, apatía, flojera, cierto desinterés, y ahora que no ha consumido nota que tiene más energía, mejor salud, duerme mejor y se levanta con buen humor. La relación con su madre ha mejorado mucho y está replanteándose actividades para recuperar las materias que no ha pasado y tendrá que acreditar en exámenes.

Se reforzó la decisión de mantener la meta de abstinencia de la usuaria, además se utilizó esta sesión para reforzar ejercicios de relajación y modificación del pensamiento para que la usuaria enfrente situaciones de riesgo para el consumo.

Sesión 9: Seguimiento.

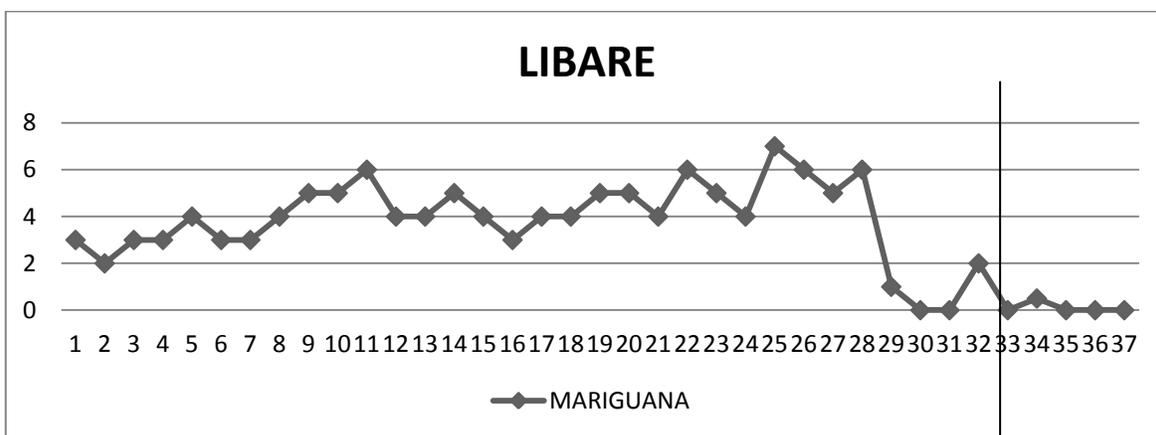
04/05/2012. Objetivo. Evaluar el cambio en la conducta de consumo del usuario y la eficacia de la intervención. Reforzar las estrategias aprendidas.

Se ha presentado la usuaria en tiempo, presenta estado de ánimo favorable, señala sentirse mejor a raíz de estar trabajando y haciendo algo que le gusta mucho como es el trabajar con mascotas. Señala que actualmente casi no siente deseo de consumir, debido a que no ha estado viendo a sus compañeros de la escuela que era donde a veces consumía, además de que también ha estado haciendo sus ejercicios de relajación y poniéndose a hacer dibujos cuando se siente un poco ansiosa o aburrida.

Se le refuerzan las estrategias de afrontamiento, se modelan nuevas situaciones de riesgo con el objetivo de mejorar sus prácticas y para que la usuaria perciba los beneficios que obtiene al enfrentarlos.

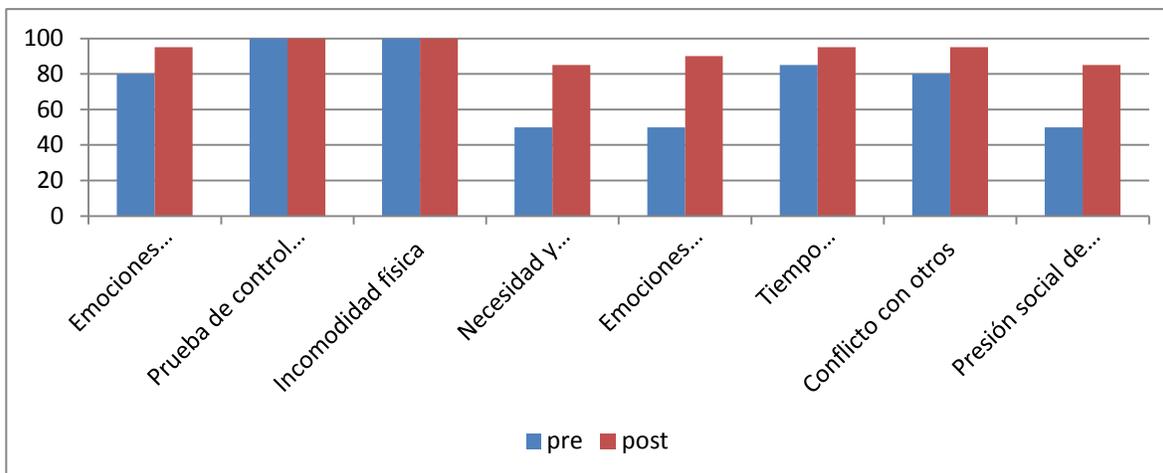
Se evalúan los efectos de la intervención, mostrándose la LIBARE y el CCS.

En relación a la LIBARE se puede observar que la intervención surtió efectos en el patrón de consumo, disminuyendo el promedio de consumo semanal de 6 cigarros a la semana a 0.05 a la mitad del periodo de intervención y llegando a no consumir durante la segunda parte de la misma. (Ver cuadro 11)



Cuadro 11. LIBARE y Registro consumo post-tratamiento.

Respecto al Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) se pudo observar que existió un incremento considerable en la mayoría de las áreas del instrumento, lo cual incrementó la confianza de la usuaria a no consumir en las diversas situaciones de consumo.



Áreas	Porcentaje CCS Pre	Porcentaje CCS Post
Emociones placenteras	80	95
Prueba de control personal	100	100
Incomodidad física	100	100
Necesidad y tentación consumo	50	85
Emociones Desagradables	50	90
Tiempo Placentero con Otros	85	95
Conflicto con otros	80	95
Presión social de consumo	50	85

Cuadro 12. CCS pre y post tratamiento.

Se hizo un resumen general de la intervención y específicamente de la última sesión; se realizaron planes de acción para el primer seguimiento a 1 mes, se le solicitó continuar llenando su formato de autoregistro, además de sugerirle repasar todo el material de trabajo del modelo de intervención. Se programa cita a un mes mencionando que se le recordará a través de una llamada su asistencia al seguimiento.

Sesión 10 1er seguimiento.

01/06/2012. Objetivo. Evaluar el mantenimiento en el cambio en la conducta de consumo del usuario y la eficacia de la intervención. Reforzar las estrategias aprendidas.

Se presenta la usuaria retrasada, mencionando que había muchísimo tráfico por un accidente; se realiza rapport, y se revisa el autoregistro en el cual la usuaria señala que no ha consumido, que ya casi no se le antoja consumir, además de que casi no se ha expuesto a situaciones de riesgo. Ha dedicado tiempo a estudiar las dos materias que aún no ha acreditado en el CCH. Asimismo, menciona que el trabajo en la tienda de mascotas le gusta y le distrae, le da dinero para comprarse algunas cosas y se ha sentido muy bien con esta actividad. Menciona además que la comunicación con su madre ha mejorado, ya que ella ha

recuperado poco a poco la confianza de ella. La usuaria ha continuado su asistencia a tratamiento psiquiátrico, así como tomado el medicamento indicado. También mantiene asistencia cada 15 días con su terapeuta de la escuela. Se trabajaron planes de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo: asistir a trámites a la escuela en un horario donde ya no se encuentren los conocidos con los que consumía; asistir a más fiestas familiares que de amigos; cuando salga con amigos invitar a no consumidores a que la acompañen, mejorar la convivencia con su madre a través de no generar ni mantener discusiones realizando las responsabilidades que le corresponden en casa, etc.

Se reconoce positivamente las habilidades de afrontamiento que le han permitido mantenerse sin consumo y se le programa cita de segundo seguimiento dentro de dos meses.

Para el seguimiento a tres meses se habló por teléfono a la usuaria, la cual comentó que solamente consumió dos fumadas en una ocasión con sus amigos de la escuela, pero que sólo eso, y que por el momento no se podía presentar a la cita porque estaba pidiendo permiso para la escuela y se le complicaba con su trabajo, pero que en cuanto tuviera oportunidad ella se comunicaba para concertar una cita.

Resultados

En la parte de evaluación se observó en la usuaria un nivel de dependencia sustancial, estar bajo tratamiento médico de depresión, un patrón de consumo de al menos tres veces a la semana con un promedio de 2 cigarrillos y consecuencias en sus relaciones familiares, escolares y de salud.

En las sesiones de intervención del modelo de intervención breve para consumidores de marihuana le proporcionaron elementos para que la usuaria tuviera conocimientos sobre esta sustancia, así como estrategias y herramientas que le permitieran enfrentarse a las situaciones de riesgo para el consumo de forma responsable.

Como se puede observar en la gráfica de consumo la usuaria terminó la intervención consumiendo muy eventualmente 1 ocasión por mes y con dos fumadas al cigarrillo sin terminarlo, consumiendo con amigos y en situaciones que no representaron riesgo. Además en su CCS se observa un incremento significativo del porcentaje de confianza de mantenerse sin consumo en la mayoría de los factores de riesgo. Se puede considerar importante darle un seguimiento puntual a esta usuaria para que se mantenga sin consumo.

Conclusiones.

Los resultados de la aplicación del modelo de Intervención Breve para Usuario de Marihuana mostraron eficacia en alcanzar la meta de abstinencia tal como se observó en la modificación del patrón de consumo. Lo cual aporta en cuanto a la evidencia como modelo de intervención indicada para el manejo del consumo de marihuana en usuarios consumidores con niveles de dependencia leves y moderados, ya que en cuanto a niveles de dependencia sustanciales y severos, sería conveniente utilizar modelos de intervención más amplios en proceso terapéutico.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO III

LA FAMILIA: CONCEPTOS, TIPOS, FUNCIONES, DINAMICA, E IMPLICACIONES DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA FAMILIA, FAMILIA Y ADICCIONES.

Introducción. En este apartado se realiza una exposición general de la familia en virtud de que el reporte de experiencia profesional pormenoriza una intervención breve relacionada con el apoyo a un familiar de usuario de sustancias adictivas. Se puede pensar que definir una familia es fácil, pues al escuchar o leer la palabra nos transportamos al estereotipo: una pareja de hombre y mujer compartiendo el sexo, cuidados y apoyo mutuo, la educación y el cuidado de los hijos como parte fundamental de la familia. Así es como definimos a la familia nuclear, la familia modelo. Sin embargo, esto es sólo el reflejo de las creencias tradicionalistas respecto a cómo deben ser las cosas, estas creencias no siempre, y menos en nuestros días sirven para definir los nuevos conceptos de familia. A continuación se describen algunos términos resaltando principalmente las relaciones y funciones de la familia desde el aspecto de pareja o de padres de adultos.

3.1 Definiciones de familia.

A la familia también se le conoce como “grupo primario” (Simon, Stierlin y Wynne, 1988), debido a que generalmente constituye el primer grupo al que pertenece una persona y, también, a que éste grupo se considera generalmente prioritario respecto a otros grupos en los que sus integrantes pueden participar. El grupo primario puede concebirse como el sistema básico de referencias afectivas que le permiten a una persona encontrar su propio significado personal, así como los significados de todo lo que le rodea y, por tanto, encontrarle un determinado sentido a su vida, a sus actividades cotidianas. Una persona que no tuviera un grupo primario sería equivalente a estar en una noche nublada navegando una barca en medio del océano, sin ningún faro o estrella que pueda orientar hacia dónde remar. Cualquier esfuerzo carecería de sentido. Por esa razón, de hecho, no puede vivirse sin un grupo primario, sin una familia (ya sea consanguínea o no). Si el grupo primario al que pertenece una persona pierde su estructura significativa, al disminuir la convivencia y la charla, equivale al aislamiento sensorial prolongado que se ha demostrado es altamente destructivo de la salud psicológica (Klein, 2007).

Un concepto útil para comprender la familia es que ésta constituye un ámbito de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas de géneros y generaciones distintas. En su seno se entretajan relaciones de poder y autoridad (Salles & Tourian, 1998). Pero la familia no es una entidad solitaria, según Bourdieu (1995), sino un principio colectivo socialmente construido, es un elemento constitutivo de nuestros hábitos, una estructura mental que habiendo sido moldeada en todos los “cerebros” socializados, de alguna manera también es individual y al mismo tiempo colectiva, provee a cada uno de sus miembros “un espíritu de familia” que generan devociones, generosidades, solidaridades e intereses.

Tal como menciona Levi-Strauss (1988) para poder hablar de sociedad debemos hablar de familia, porque es ahí donde surgirán muchas de las características de personalidad, de creencia y de valores. La familia puede ser la raíz de muchos males, males en cuanto a la manera en que se desmotiva a un individuo porque arrastra consigo una tradición de derrotismo, o que tanto puede apoyar a un individuo para que éste salga delante de la manera más satisfactoria, inclusive a pesar de las circunstancias. Es en la familia donde se comienza a aprender quien se es, dentro del mismo círculo familiar y que rol desempeñamos en la sociedad misma.

En México, la familia es un grupo importante ya que se ha visto que el mexicano tiene una identidad familiar más que individual (Díaz Guerrero, 1984). También se ha encontrado que los mexicanos dan un gran valor a la familia, en particular a los hijos, aunque últimamente hayamos cambios en el sistema de valores del mexicano, los valores familiares se mantienen (Leñero, 1983).

3.2 Tipos de familias.

De acuerdo con (Trout, 1969/1986) quién propone a la familia como el posicionamiento o la representación social de Moscovici (1985) de lo que es una familia: padres e hijos, más que “pareja e hijos” o “pareja sola” o “solamente hermanos”. En México, es común escuchar que tal o cual pareja de casados todavía no tienen “familia”, es decir, hijos. Existe la impresión de que falta alguien en una familia cuando no están las dos figuras “paternas”, si bien han existido muchas familias “uniparentales” desde siempre; en México más que en otros países desde la llegada de los europeos a fines del siglo XV y principios del siglo XVI.

Actualmente, hay madres y padres “solteros” que pugnan porque a su familia se le considere “completa”, combatiendo el prejuicio del posicionamiento mencionado. Estudiosos de la familia contemporánea coinciden en señalar que las familias del siglo XXI tienen y tendrán estructuras cada vez más diversificadas que modificarán ese esquema ahora tradicional, sin que les sea fácil conceptualizar a “la familia” como entidad diversa. Al respecto, Arriagada (2002) reporta los datos de la encuesta 1998 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) respecto al tipo de familias que hay en México, con los siguientes datos:

Nuclear	72.8%
Extendida	16.7%
Unipersonal	07.5%
Hogar sin núcleo	02.8%
Compuesta	00.2%
Total	100%

(CEPAL, 1998)

Guerra López (2005) señala que entre las familias nucleares solamente el 13.5% son familias monoparentales, de las cuales el 87.4% (casi todas) son encabezadas por mujeres. Lo anterior significa que en un 65% de las familias existen las dos figuras paternas en las familias nucleares, lo cual se incrementaría a más de 80% si agregamos las familias extendidas. A pesar del incremento progresivo de los divorcios que pasó de 3.2 por cada 100 matrimonios en 1970 a 12.3 en 2006, la gran mayoría de quienes se casan viven juntos

por tiempo indefinido. Solamente, un 20% de quienes deciden vivir juntos lo hacen sin casarse legalmente (INEGI, 2009).

En México la familia ha reducido su tamaño promedio en los últimos 100 años de más de 7 integrantes (considerando 2 padres y 5 o más hijos) a principios del siglo XX, a alrededor de 4 integrantes en los inicios del siglo XXI. A nivel nacional, el promedio actual de hijos por mujer al final de su vida fértil es de 2.13. Sin embargo, la reducción en el número de hijos no es homogénea, siendo los estados de Guerrero, Chiapas y Aguascalientes quienes presentan el mayor número de hijos en promedio por mujer (2.49, 2.45 y 2.34, respectivamente); en contraparte, el Distrito Federal tiene el menor promedio con 1.68 hijos por mujer (CONAPO, 2007). En las áreas rurales y a menor escolaridad de las madres es mayor el número de hijos, mientras que en la ciudad, a mayor escolaridad y trabajo asalariado de la madre disminuye el número de hijos promedio.

Complementando con lo expuesto en respecto a los tipos de familia se ha abordado el estudio y comprensión desde los roles de sus integrantes. Así, en primer lugar Pastor (1988) en la teoría del rol, expone que la familia es una estructura homeostática que funciona con base en las facilidades que le da el rol; es decir, el rol exige a cada miembro una forma de comportamiento, deberes y privilegios; por esto, el rol se articula a lo psicológico y a lo sociológico, los roles son reglas sociales de comportamiento que los otros esperan de un sujeto en particular; de acuerdo al rol es la exigencia social, a un padre en una estructura social patriarcalizada se le pide un comportamiento distinto que a un padre en una sociedad sostenida en la igualdad de derechos y que promulga la democracia y la equidad de género.

Lo mismo ocurre con el estatus que ocupa un sujeto, si no cumple con las condiciones comportamentales que se esperan de él aparece el conflicto familiar, pues no hay coincidencia con algo que se legitima como un acuerdo social. Los roles, el estatus y las funciones se articulan y se dinamizan porque los sujetos que conforman la sociedad los aceptan y los legitiman. En este sentido para Pastor (1988) la teoría del rol es de corte funcionalista porque trata de sostenerse en estructuras de comportamiento predeterminados, es decir, el sujeto debe acomodarse a los roles y al estatus para que la interacción familiar tenga sentido. Frente a la idea de Parsons (1966) de que los hombres ejercen roles instrumentales de manutención y proveeduría económica y la mujer roles expresivos de sostenimiento del afecto y de “calor humano”, Michel (1974) responde con una evidente refutación: estos roles no son excluyentes entre sí. Es decir, una mujer o un hombre pueden ejercer roles instrumentales o expresivos, además, lo pueden hacer de forma simultánea. Cebotarev (2008) se instala en el mismo sentido de la refutación a Parsons (1966) que hace Michel (1974). Para Cebotarev, los roles en la familia presentan cambios contemporáneos que desestabilizan las lógicas de tradición patriarcal, los hombres y las mujeres hoy trabajan para dar a sus hijos e hijas lo mejor, cubrir sus necesidades básicas y transitar en el discurso de la “igualdad de derechos”; padres y madres están preocupados por el papel de velar, socializar, atender, vigilar e instruir a sus hijos e hijas; para la autora todo esto contribuye al surgimiento de una nueva paternidad alejada de la descripción estructural-funcionalista de Parsons (1966). Planteadas algunas ideas relacionadas con el rol, el patriarcado y la familia, se da lugar a los comentarios sobre la revisión de los textos que trabajan las relaciones entre roles y dinámica interna de la familia.

3.3 Funciones de la familia

En términos generales la familia tiene funciones nutrientes, normativas y socializantes está considerada como una institución presente en todas las sociedades humanas, que se manifiestan en cada una de ellas con diferentes características que dependen de factores históricos, sociales y culturales. La familia constituye un sistema abierto en constante transformación que desarrolla un ciclo cuyas diferentes etapas exigen ajustes y reestructuraciones para adaptarse a circunstancias cambiantes, al mismo tiempo demandan el mantenimiento de una continuidad que permite el crecimiento psicosocial de sus miembros (Fuentes, De la Paz, Loría, Branchet, Viviane, Bonfil, Salinas y Cols, 1997).

La psicología social a partir de estudios de T. Parson y adoptando la teoría estructural-funcionalista, llegó a las siguientes conclusiones (Gallimberti, 2002):

La familia es un grupo social de carácter eminentemente privado, pues su nacimiento está condicionado al simple acuerdo de las voluntades de las partes.

Su estructura está definida a ser nuclear y de dimensiones reducidas, debido a los requerimientos del sistema productivo, que exigen la máxima disponibilidad posible y no permite un número de hijos superior al mínimo para la reproducción de la especie.

Las funciones esenciales de la familia se limitan a la socialización primaria de los hijos y a la maduración psicocultural de los cónyuges.

Flaquer (1998) menciona que la familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos. En cuanto a su relevancia considera que la importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ellas depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y que, por otra parte, resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta. Asimismo, menciona que algunas actividades que resultan de gran importancia son: el grupo familiar se constituye como agregado de ocio y consumo, de plataforma de ubicación social, de núcleo de relación social, de palanca para la construcción del patrimonio, de cause para hallar empleo, de punto de apoyo y recursos de amparo en caso de crisis y de unidad de prestación de cuidados asistenciales y de salud.

Además diversos autores sugieren que existen funciones de orden colectivo, Gracia & Musitu (2000) mencionan tales como son de procreación, crianza y socialización. Horkheimer (2003) plantea que son la procreación, la crianza, la educación, la regulación y selección de habitantes, el gobierno de la casa, la vida social, la alimentación de enfermos y ancianos, la ejecución de procesos hereditarios y la motivación para la elección de profesiones y de trabajo. Danzelot (1998) expresa que las funciones principales de la familia son la conservación de los hijos y la gobernación familiar por medio de la moralización, la normalización, el contrato y la tutela; estas funciones se reflejarán posteriormente en el contexto social.

3.4 Dinámica interna de la familia

Según Viveros & Arias (2006) y Viveros (2008), la dinámica interna de la familia se entiende como aquellas condiciones en las que emergen mecanismos de regulación interna en el grupo familiar; es el clima, el ambiente, el funcionamiento, la particular forma de interacción que tiene la familia para relacionarse y cumplir con las funciones y roles que socialmente se le ha asignado.

A partir de la dinámica interna, plantea Villegas (2005), se dan los procesos familiares de enculturación, socialización, humanización, subjetivación y de identificación. En este sentido, esta singular forma de ser que tiene la familia contribuye en la formación de la cosmovisión que cada sujeto construye de su vida y de la sociedad; además, permite hacer conciencia de las tareas que se han de cumplir cuando se hace parte de un determinado estatus.

La dinámica familiar, de acuerdo con Viveros & Arias (2006) tiene principalmente siete dimensiones: los roles, la autoridad, las normas, los límites, las relaciones afectivas, la comunicación y el uso del tiempo libre. En la investigación realizada en Brasil por Pinto, Silva & Coelho (2008), se ha definido esta dinámica como la capacidad que tiene la familia para adaptarse a las circunstancias de manera que puedan garantizar la continuidad humana y la integración psico-social de sus miembros; resaltan los autores la importancia de los roles y estatus en tal integración.

Otro estudio llevado a cabo por Agudelo (2005) plantea que la dinámica familiar son las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia, los cuales se requieren para alcanzar el objetivo fundamental de este grupo básico de la sociedad: lograr el crecimiento de los hijos y permitir la continuidad de las familias en una sociedad que está en constante transformación (Agudelo, 2005). En este sentido, estas interacciones familiares dan cuenta de una forma integral de ingresar y mantenerse con otros, cumpliendo con lo que sea asignado de acuerdo con los roles y al estatus. Por eso, toda sociedad está sostenida en los vínculos familiares, en las funciones, en las proximidades y en las confianzas que se hayan logrado elaborar para realizar la propia existencia.

En el estudio realizado por Torres et al. (2008) en México, definen la dinámica familiar como las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que existen en la familia. Uno de los énfasis de este estudio se centra en la crítica frente a la posible y constante armonía familiar, resaltando que la familia es un grupo en el que emergen bastantes conflictos frente a los cuales han de aparecer mecanismos para afrontarlos y resolverlos; de ahí que los autores mencionen como un hallazgo importante la división de roles en la familia a través del estatus familiar y social. Exponen también que la familia no siempre se sostiene en expresiones amorosas, sino que también soporta sus vínculos en manifestaciones violentas y de distancia. Resaltan los autores una mayor participación de los hombres en las labores domésticas y una importante salida de la mujer al ámbito laboral y por ende un aporte mayor al ingreso familiar.

Al revisar los estudios sobre los roles en las familias en el contexto latinoamericano es evidente la preocupación de los y las intelectuales por el rol de la mujer. La inclinación está en evidenciar las desigualdades e inequidades que se dan en los roles y en los estatus en los que la mujer está involucrada. De acuerdo con lo anterior, Viveros (2009) expresa que la noción de modernidad es pertinente para comprender las lógicas familiares de Latinoamérica. La modernidad es entendida por el autor como una forma de pensar, no se trata de una cronología, aunque la época implique tenerle en cuenta, sino de la comprensión de los sujetos en un contexto histórico, sociológico y antropológico que influye en la forma de comportamiento contemporáneo.

Jelin (2004), influida por reflexiones modernas, plantea el interrogante por los tiempos que pasa cada padre y cada madre en la familia y en el contexto público; además, denuncia que la familia nuclear es bastante propicia para la continuidad del patriarcado. Critica la posición del hombre que se quiere mantener como proveedor y la posición de la mujer como reproductiva, es decir, desde lo biológico, la vida cotidiana, la vida social, el mercado y el trabajo. Sin embargo, la autora muestra que hay ciertos cambios que, por sutiles que parezcan, deben ser tenidos en cuenta con seriedad. Por ejemplo, la casa se refiere al mundo laboral mezclado con el mundo familiar, por lo que los roles se cruzan y sería difícil hacer interpretaciones de orden parsoniano, pues no aplicaría la división sexual de los roles.

Viveros (2010) menciona que la familia en Latinoamérica necesita más ingreso económico de lo tradicional para su manutención, aparecen fenómenos como la migración y la salida de la mujer al mercado laboral y a las formaciones profesionales en las universidades, lo que le da más autonomía; por tanto, el rol de hombre poderoso, proveedor y dueño del mundo laboral se va transformando, para abrir espacio a las mujeres en lo público y a los hombres en lo doméstico. La autora muestra un peligro para las mujeres en este fenómeno: le corresponde hacer dos y tres jornadas de trabajo en el mismo día. Esto le permite a la autora afirmar que la mujer trabaja más que el hombre y sólo un tercio de este tiempo es remunerado, mientras que dos tercios del tiempo de trabajo de los hombres sí son remunerados. En este sentido una de las conclusiones de este estudio se refiere al principio de igualdad en cuanto a políticas, ingresos, tiempo libre y respeto. En consecuencia la reestructuración de las relaciones de género implica la negociación constante y unas mujeres capacitadas para enfrentar estos retos.

3.5 Implicaciones de los problemas de salud en la familia

Considerando que las adicciones se encuentran clasificadas dentro de los trastornos de la salud mental vale la pena hacer una breve revisión de cómo se ve afectada la familia cuando se presenta cualquier tipo de enfermedad en ella. Ya que en el siguiente capítulo se abordará en forma particular como se ve afectada una familia o un familiar que convive con un usuario de sustancias adictivas.

Considera Fernández (2004) que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera (op cit).

Asimismo, considera que la enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa (Fernández, 2004).

Dentro de las respuestas adaptativas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico, como es el caso del paciente nefrótico o pediátrico (Fernández, Hernández, Hamui, 2008).

Fernández, Hernández, & Hamui (2008) han considerado que las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad ya que no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo. Por lo cual proponen los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia. Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son:

- Etapa del ciclo vital. Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles (De la Serna, 2001). El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra; de tal suerte que no es lo mismo una enfermedad como la diabetes en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral en el cónyuge en etapa de nido vacío.
- Flexibilidad o rigidez de roles familiares. La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después

tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio. El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

- Cultura familiar. Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad.
- Nivel socioeconómico. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc.
- Comunicación familiar. En general, en la cultura de Latinoamérica existe una fuerte tendencia por ocultar al enfermo, convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado, conocido como “pacto de silencio” o “conspiración de silencio”. (Muñoz & cols, 2002; Kornblit 1996). La conspiración de silencio consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de la salud, tratan de brindar al paciente enfermo o estigmatizado o que incluso va a morir, ocultándole la verdad, no dando opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, explicar, etcétera.
- Tipo de respuesta familiar. El tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad, se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. Esencialmente se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos, que en la realidad se escalonan a lo largo de un continuo de respuestas posibles:
 1. La tendencia centrípeta se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia.
 2. La tendencia centrífuga se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad (Kornblit 1996).

- La falta de colaboración en estas familias, y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como: depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc. (síndrome del cuidador) (De la Serna, 2001).
- Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos. La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo (Kornblit, 1996). No es lo mismo una enfermedad crónica o terminal en una familia que ha sufrido grandes conflictos en los momentos difíciles de su evolución, a otra que ha podido reorganizarse rápidamente en función de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros.
- Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad. Para la enfermedad grave o terminal no existe ninguna edad apropiada, cada etapa de la vida tiene lo suyo y está integrada por eventos igualmente importantes. Desde la infancia hasta la vejez se tiene en la vida, la “sombra de la muerte” que interfiere de manera importante con los planes del individuo así como de la familia en cada momento de su ciclo forzándolo a modificarlo (Kuthy, 1993).
- Aislamiento y abandono. Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo. Por otra parte, la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado, favoreciendo la aparición de nuevos signos y síntomas tales como el mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etcétera.
- Conflicto de roles y límites. Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera.
- Conflictos de pareja. En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento. Esto ocurre con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y generalmente coincide con la existencia de conflictos anteriores.
- Problemas económicos. Como se ha mencionado, las familias con un enfermo crónico o enfermedad grave entran en una situación de desgaste económico cada vez más serio aunque al principio de la enfermedad pareciera no ser tan intenso, ya que a pesar de los pocos recursos con los que la familia cuente, no escatima esfuerzos en conseguirlos. Sin embargo, al paso del tiempo, tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono del tratamiento.
- Síndrome del cuidador. Este síndrome se caracteriza por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la

esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. A las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros) e incluso los económicos que ya se han comentado. Por otra parte, el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa si acaso llegara a pensar en él.

3.6 Familia y adicciones

El consumo excesivo de alcohol y otras drogas es sin duda uno de los problemas más graves en México y el resto del mundo. Existe literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de abuso en el consumo de sustancias, haciendo evidente que vivir con un usuario de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así que la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Los enfoques de intervención tradicionales han otorgado a la familia la responsabilidad en la génesis de los problemas de consumo y poco se ha hecho por profundizar en las repercusiones que éste tiene en la salud familiar. Esta visión, que culpa a la familia, se refleja no sólo en elaboraciones teóricas. También ha tenido un impacto importante en la prácticamente nula disponibilidad de propuestas de intervención que se ocupen de minimizar los estragos emocionales de vivir día a día con un bebedor excesivo (Tiburcio, 2009).

Desde los años de 50's se llevan a cabo diversas investigaciones que tratan de valorar el impacto que la ingesta excesiva de alcohol tiene sobre los miembros no bebedores de la familia (Hurcom, Copello, Orford, 2000). En estos estudios, la relación entre el consumo y la familia se ha explorado a partir de diferentes modelos explicativos que incluyen las perspectivas psicodinámica, sistémica, feministas, así como la psicología comunitaria y la codependencia, entre otras (Velleman, Copello y Maslin, 1998).

Una aproximación sobresaliente es el modelo estrés-enfrentamiento-salud. Este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes por otra parte, no están preparados para hacer frente a esta situación. Por ende, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera para responder a esta situación (Orford, 1998).

Visto como un proceso, el enfrentamiento es un esfuerzo cognitivo o conductual para manejar el estrés psicológico. Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés psicológico como una "relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar" (p. 43).

Lazarus (1993) planteó la conveniencia de estudiar el enfrentamiento como un proceso que varía con el tiempo y de un contexto a otro. Resaltó también la necesidad de estudiar el proceso y el resultado por separado para poder evaluar qué tan adaptativa es una forma particular de enfrentar en un contexto específico.

Por otro lado, otros hallazgos indican que a pesar de las consecuencias negativas que el consumo de sustancias tiene en la salud familiar, el proceso de búsqueda de ayuda se retrasa ya que existen mitos, valores, tradiciones y creencias que trastocan la vida familiar. Dichas barreras en la búsqueda de ayuda, actúan generando expectativas en la relación con la función de la familia y con la conducta de cada uno de sus miembros, ya que puede existir gran presión por parte de alguno de ellos para evitar que la información referente a los problemas ocasionados por el consumo salga del contexto familiar (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Estudios realizados en nuestro país indican que las formas de enfrentar empleadas por las familias mexicanas con frecuencia no favorecen el inicio del proceso de búsqueda de ayuda, además se asocian con altos niveles de malestar físico y psicológico. Esto es más común en el caso de las mujeres en comparación a los hombres (Orford, et all, 2001). De allí la necesidad de contar con un modelo de intervención orientado hacia la búsqueda de nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia, que contribuya a reducir los efectos negativos del consumo y que ayude a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica.

El modelo de Intervención Breve a Familiares de Usuarios de Alcohol y/o Drogas, se basa en la aproximación estrés-enfrentamiento-salud la cual asume que los individuos que conviven cotidianamente con usuarios de alcohol o drogas están expuestos a una serie de experiencias desagradables –de las que no son directamente responsables- que dan pie a la aparición de diferentes síntomas de tensión o de estrés que se manifiesta a nivel psicológico y físico. El conjunto de las respuestas naturales a dicha tensión se conoce como enfrentamiento, y puede tener influencia en las tensiones experimentadas por los familiares así como en el problema de consumo (Natera, 1993; Orford, Natera et all, 1998).

3.7. Validez empírica de un estudio de caso

Como preámbulo al siguiente capítulo en el que se expone un estudio de caso, es conveniente mencionar la validez empírica del método de investigación que subyace al mismo. En términos generales existen dos estrategias de investigación: estudiar grupos e investigaciones de un solo sujeto. A pesar de que la comparación de grupos que han sido sometidos a diferentes valores de una variable independiente ha sido y sigue siendo la principal fuente de inferencias científicas, el uso de datos promedios de grupos ha sido objeto de críticas por razones tanto de carácter científico como profesional (Rodríguez, 1988).

A pesar de las críticas y discusiones que ha suscitado, la comparación de datos promedios de grupos es el procedimiento más utilizado para determinar diferencias entre grupos sometidos a valores diferentes de una misma variable independiente. Es en el ámbito de los profesionales en ejercicio, quienes se ven en la necesidad de aplicar a casos individuales los resultados de las investigaciones de grupos, donde con mayor dramatismo se han reflejado las limitaciones de este tipo de investigación. En este sentido, los datos de grupos inducen a atribuir a cada miembro de un grupo las características que describen al grupo como una totalidad; éste es el error conocido como "falacia ecológica" (Hyman, 1964). Por ejemplo, si un tratamiento terapéutico ha podido ser asociado con una diferencia estadísticamente significativa en favor del grupo que ha sido sometido a dicho tratamiento, cuando se lo compara con otro grupo equivalente que no recibió el tratamiento mencionado,

el análisis de los datos de grupos induce a creer que cada uno de los individuos del grupo tratado mejoró significativamente, aunque ello no fuera realmente así. En realidad, pudo ocurrir que un número muy reducido de casos mejoraran de manera extraordinaria, mientras la mayoría del grupo no mejoró, y algunos hasta se deterioraron levemente (Bergin, 1966).

Es necesario distinguir entre los diseños de un solo sujeto que poseen las características propias de un diseño experimental y los llamados "estudios de caso". Los diseños experimentales de un solo sujeto incluyen el control de las variables extrañas en base a las cuales podría invocarse cualquier explicación alternativa de un cambio observado en la conducta como variable dependiente. Al quedar de esta manera eliminadas las amenazas a la validez interna, el cambio observado sólo puede explicarse en base a la variable independiente manipulada por el investigador. Aunque es indefinido el número de diseños experimentales de un solo sujeto que puede construir un investigador, los más usados pueden agruparse en dos categorías: los diseños de reversión y los diseños de línea base múltiple. En los primeros, la eficacia de un tratamiento se determina comparando las medidas de las conductas, cogniciones y sentimientos que se intenta cambiar, cuando el tratamiento está presente (fase B del diseño) y cuando está ausente (fase A del diseño). Por ejemplo, después de un período inicial de observación (fase A, o fase de línea base) que se prolonga hasta que los procesos específicos a ser modificados revelan una tendencia estable, se introduce la variable o tratamiento terapéutico (fase B o fase de tratamiento). Estas dos fases son comunes a casi todos los diseños de un solo sujeto. Lo que singulariza a los diseños de reversión es la inclusión de una tercera fase en que se retira el tratamiento (de nuevo una fase A, o fase de línea base) con el propósito exclusivo de saber si fue el tratamiento aplicado el verdadero responsable de los cambios observados durante la segunda fase, en el caso de que los mismos hayan ocurrido. En los diseños de línea base múltiple, no existe la tercera fase en que se retira el tratamiento, sino que después de una línea base común (línea base múltiple) a por lo menos tres sujetos con el mismo problema, o a por lo menos tres problemas en un mismo sujeto, se inicia el tratamiento para un sujeto o para un problema mientras se mantiene la observación o registro de línea base para los otros dos sujetos o problemas; luego, mientras se mantiene el tratamiento iniciado para el primer sujeto o problema, se inicia el tratamiento para el segundo sujeto o problema, mientras continúa la línea base para el tercero. En esta forma, la eficacia de un tratamiento se determina por vía de la comparación entre el período de tratamiento a un problema o a un sujeto y el período de línea base para los otros problemas o sujetos, según sea el caso. Los diseños mencionados muestran su máximo poder inferencial en situaciones de máximo control sobre las variables extrañas potenciales. Ese grado de control sólo puede alcanzarse en la investigación de laboratorio con animales, donde no existen los obstáculos éticos, metodológicos y prácticos propios de las situaciones aplicadas (Rodríguez, 1988).

Entonces, dadas las dificultades de realizar verdaderos experimentos con un solo sujeto en el escenario del ejercicio profesional, es conveniente explorar las posibilidades del estudio de caso como una alternativa viable cuando el estudio experimental del caso individual es imposible.

El estudio de caso se caracteriza por los rasgos siguientes: concentración en el individuo, dependencia de información anecdótica sobre los cambios que ocurren en el caso bajo tratamiento, y ausencia de controles experimentales (Kazdin, 1981). Es obvio

que con esas características el estudio de caso no permite llegar a conclusiones tan claras como las que se establecen por medio de la experimentación. Ahora bien, el estudio de caso puede variar en una serie de factores, lo cual determina que pueda estar más lejos o más cerca del ideal experimental, es decir, que pueda eliminar un número menor o mayor de amenazas a la validez interna, y por tanto variar en el grado en que permite establecer conclusiones válidas en torno al efecto de un tratamiento. Kazdin (1981) ha señalado las siguientes dimensiones como crucialmente importantes para evaluar el alcance inferencial del estudio de caso: El tipo de datos en que descansan los juicios del investigador; la cantidad y oportunidad de las ocasiones en que se realiza la evaluación del sujeto sometido a tratamiento; el grado de estabilidad del problema que se trata de resolver; el tipo de cambio que ocurre en el sujeto; y la cantidad y heterogeneidad de los sujetos en que los efectos de un tratamiento se han repetido. En este sentido, si el investigador basa sus juicios en torno a los cambios que se producen en el sujeto en datos objetivos y no en las narraciones anecdóticas del sujeto; si realiza evaluaciones continuas en el sujeto (por ejemplo, varias veces por semana) durante un extenso período de tiempo, antes, durante y después del tratamiento, y no solo dos evaluaciones, una antes y otra después del tratamiento; si, bien por la evaluación continua previa, o bien por la comprensión de la naturaleza del problema, el investigador logra determinar que se trata de un problema de historia larga y de manifiesta estabilidad; si los cambios que ocurren en el sujeto al iniciarse el tratamiento son grandes e inmediatos y no graduales y diferidos; y si esos mismos cambios se repiten cada vez que se aplica el mismo tratamiento para el mismo problema en sujetos diferentes. Si se dan todas las condiciones anteriores, entonces el investigador puede concluir plausiblemente que ha sido el tratamiento aplicado, y no alguna variable extraña al tratamiento, el factor responsable de los efectos observados en el sujeto bajo tratamiento (Rodríguez, 1988).

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASO

EVALUACION DE UNA INTERVENCIÓN BREVE A FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL Y/O DROGAS

Introducción. Con el objetivo de realizar un ejemplo de la aplicación, alcance, logros y limitaciones del modelo de intervención, a continuación se describe el caso de una madre de una usuaria de inhalables, alcohol y marihuana. El propósito fundamental de la intervención consiste en analizar el modo en que la familiar se han enfrentado al consumo del usuaria y cuáles han sido los resultados obtenidos, para posteriormente identificar las formas de enfrentar que podrían contribuir a lograr un mejor estado de salud física y psicológica.

4.1 CARACTERISTICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

A partir de los resultados de una investigación transcultural sobre las formas de enfrentamiento en las familias de los consumidores (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1993), se desarrolló un modelo de intervención en la que se propone una metodología para apoyar a estos individuos a encontrar mejores maneras de enfrentar.

El procedimiento del modelo de intervención se describió en el manual titulado “Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares” (Natera y Orford, 1993). Uno de los principales propósitos del manual consistió en formar orientadores dotándolos con las herramientas elementales que les permita propiciar la reflexión y ayudar a los familiares a tomar conciencia de que existe la posibilidad de hacer algo en el propio beneficio, a pesar de que el usuario no acepte acudir a tratamiento o niegue tener un problema. A través de la intervención del Orientador, las familias aprenden a identificar y llevar a cabo respuestas más efectivas para disminuir la tensión que sufren.

El manual está dirigido a profesionales o paraprofesionales que trabajan en atención primaria a la salud: médico, enfermeras sanitarias, trabajadores sociales, psicólogos, maestros y voluntarios, entre otros. Se planeó para que pueda ser empleado en forma autodidacta, sin embargo, una capacitación previa puede optimizar el desarrollo de las habilidades requeridas para la aplicación de la intervención.

4.2 MODELO DE INTERVENCIÓN

Este modelo se ha ido actualizando y adaptado a algunos ambientes específicos, se basa en la metodología de las intervenciones breves, la cuales han demostrado ser de bajo costo, de rápida aplicación, con un alto grado de eficacia inmediata y además los resultados perduran en el tiempo.

Tiene como meta ayudar a los familiares a encontrar formas de enfrentar las situaciones de consumo de manera más benéfica para su salud y establecer o fortalecer redes de apoyo de acuerdo con sus necesidades.

La última versión del manual (2009) consta de cinco pasos que se pueden llevar a cabo en aproximadamente cinco sesiones:

1. Escuchar y explorar la problemática particular de la familia.
2. Proporcionar información objetiva y relevante acerca del consumo de alcohol y drogas.
3. Identificar y analizar los mecanismos naturales de enfrentamiento.
4. Orientar el apoyo social para la solución conjunta del problema de adicciones.
5. Canalización de las familias a otras fuentes de apoyo (Natera, Tiburcio, Mora y Orford 2009).

A través de estos cinco pasos la intervención pretende: a) Reducir la presencia de sintomatología física y psicológica, b) Encontrar formas de enfrentar que beneficie la salud mental del familiar y c) Reducir la presencia de sintomatología depresiva.

4.3 REPORTE DE EJERCICIO PROFESIONAL

A continuación se presenta el Reporte de Ejercicio Profesional en un Familiar de un usuario de alcohol y/o sustancias adictivas, llevado a cabo en el Centro de Prevención y Atención de las Adicciones “Dr. Héctor Ayala ” durante el periodo de octubre de 2011 a enero 2012.

4.3.1.- MOTIVO DE CONSULTA.

Lorena (nombre ficticio) es una persona del sexo femenino y es la familiar afectada por la conducta de consumo de su hija menor. La familiar tiene 57 años, separada, nivel escolar primaria, actualmente se desempeña como empleada doméstica, vive en un departamento propio, su familia está compuesta por: un hijo de 27 años, una hija de 23 años y una nieta de 4 años. Actualmente viven con ella su hijo y su nieta. Por otro lado, su expareja la visita a diario para convivir con su nieta y apoyarla con algo de dinero para los gastos.

Lorena acude originalmente a solicitar tratamiento para su hija la cual consume varias sustancias. En el mismo día se enteró que había tratamiento para familiares de usuarios de sustancias. Reporta que la relación con su hija está muy tensa, debido a que ella consume inhalables y otras drogas desde los 14 años lo cual le afecta, ya que cuando su hija visita a su nieta, le provoca mucha ansiedad, además de que invariablemente tiene pleitos con su hija debido a que cuando llega a visitarlas se encuentra aún con síntomas de haber consumido drogas.

4.3.2.- INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA ENTREVISTAS

Reporta Lorena haber sufrido durante su matrimonio los efectos del consumo de alcohol y marihuana por parte de su pareja, tornándose este celoso, enojón, la maltrataba física y psicológicamente, por otro lado se incrementaban las dificultades para ella debido a que su suegra también le mostraba desprecio porque la culpaba del consumo de su hijo. La familiar mencionó que la situación se volvió insoportable y por tal motivo decidió abandonarlo y refugiarse con sus padres. Como consecuencia de este acto dejó a su hijo mayor con su padre porque en su huída sólo alcanzo a escapar ella y su hija.

Posteriormente a su separación Lorena se tuvo que hacer cargo del mantenimiento, la educación, y desarrollo de su hija, convirtiendo esto en un trabajo muy pesado para ella, ya que al llegar a la Ciudad de México se encontró sin trabajo, sin hogar y sin dinero, por lo cual tuvo que sostenerse cuidando a sus padres y recibiendo el apoyo económico y emocional de sus hermanos.

Durante este proceso Lorena notó que a la edad de 14 su hija comenzó a consumir alcohol y cigarros. A partir de ese momento Lorena ha tratado a través de pláticas, presiones, y diverso para medios de tratar de que su hija deje de consumir, llegando incluso a internarla en tres distintos periodos en un anexo, logrando la abstinencia de su hija solamente en breves tiempos. A la edad de 18 años su hija quedo embarazada, y al verse esta sin el apoyo de la persona con la que andaba, decidió abortar, sin embargo, cuando Lorena se enteró de las intenciones de su hija decidió impedirselo advirtiéndole que no le iba a permitir que lo hiciera. Entonces Lorena la presionó para que tuviera a su hija, y a partir de ese momento se ha hecho cargo de la nieta.

Más allá del problema de la conducta de consumo de su hija, podemos considerar que la problemática más importante que subyace de la relación entre Lorena y su hija se deriva de varias cuestiones que se exponen a continuación siendo la más importante la cuestión relacionada con la tutela o custodia de la nieta, ya que aunque Lorena se ha hecho cargo de la nieta, no ha terminado de establecer bien sus responsabilidades y límites. Se pueden señalar factores como que le solicita dinero a su hija para gastos de la nieta, le encarga que la cuide cuando hace determinadas actividades, le pide que la recoja de la escuela y que acuda a juntas escolares, es decir a veces le pide que asuma el papel madre. Sin embargo, a Lorena le causa problemas que la mamá de su nieta a con cierta frecuencia le quiere dar instrucciones de su educación, cuidado, alimentación, diversión, etc. Parte del problema también ocurre cuando su hija consume ya que no cumple con los acuerdos respecto a la niña, le habla para avisarle que no va a poder llegar, que no puede quedarse a cuidar a la niña, que no puede ir por ella a la escuela, etc., También ocurre otro factor que produce problemas en la relación es que con frecuencia la hija de Lorena acude a verlas con algunos efectos de las sustancias consumidas. En varias ocasiones cuando entre ellas hay pleitos, su hija le niega el poco dinero que le da para gastos de la nieta y deja de visitarlas unos días.

Con respecto a la situación emocional, Lorena reportó sentirse culpable, ya que cuando abandonó a su ex pareja y tuvo que cuidar a sus padres para poder sostenerse, tenía que dejar encargada a su hija con unos primos, siendo que durante este periodo, teniendo su hija la edad de 15 años, fue violada por un primo de 18 años, situación que Lorena desconocía hasta hace dos años que su hija se lo confesó, cuestión que menciona le ha provocado culpa

al pensar que por esta situación y por el hecho de tener que trabajar su hija consume drogas para olvidarse de esto.

Con relación a su hijo mayor mencionó que también ha tenido etapas en las que se ha sentido culpable debido a que cuando escapo de la casa de su suegra tuvo que dejarlo al cuidado de su padre, no se lo llevo, ni le aviso que se iba, provocando enojo en el niño, tiempo después este se lo ha reprochado en muchas ocasiones, tratándola mal, regañándola, pidiéndole dinero y apoyo, escudándose en esta situación. Lorena menciona que tuvo que hacerlo así debido a que cuando estaba bajo el maltrato de su esposo y le comentaba a su hijo el deseo de abandonar esa casa, el niño la acusaba señalando que se iba a ir de la casa, lo cual incrementaba aún más el maltrato, haciendo que el marido la encerrara y tuviera acciones para controlarla y someterla aún más.

4.3.3.- EVALUACIÓN

Se utilizaran tres cuestionarios adaptados y validados para población mexicana:

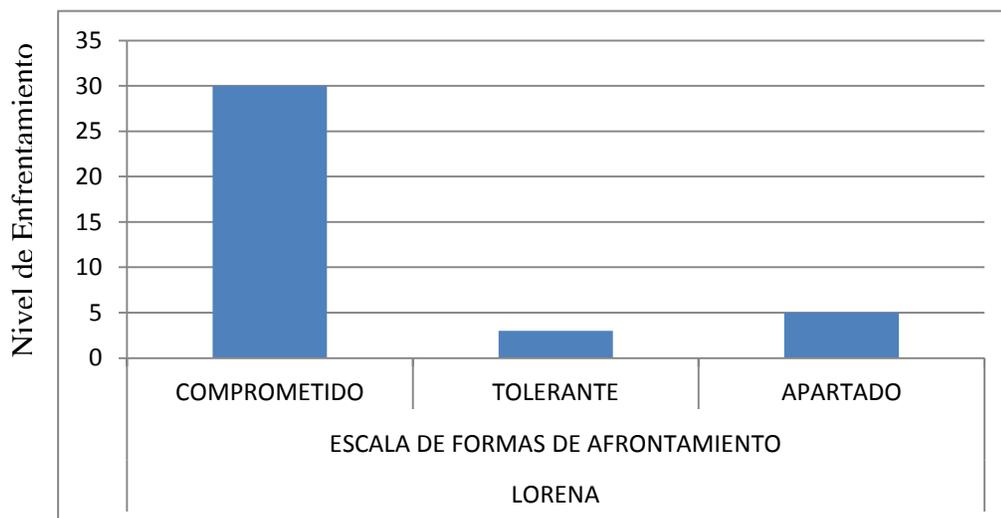
1.- Cuestionario de Enfrentamientos (CQ). Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia (emocional, control, tolerancia, inacción, evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia), así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Las ocho formas de enfrentar se agrupan en tres grandes áreas: comprometido, tolerante e independiente. 1. En una muestra mexicana se obtuvieron coeficiente de confiabilidad de 0.82, 0.73, y 0.70, respectivamente (Orford, Natera, Velleman, Copello et all, 1998).

Con relación a este cuestionario Lorena obtuvo los siguientes puntajes de los cuales se puede observar que ella utiliza principalmente el tipo de enfrentamiento comprometido:

Subescala de enfrentamiento comprometido (E) 30 puntos

Subescala de enfrentamiento tolerante (T) 3 puntos

Subescala de enfrentamiento Independiente (W) 5 puntos



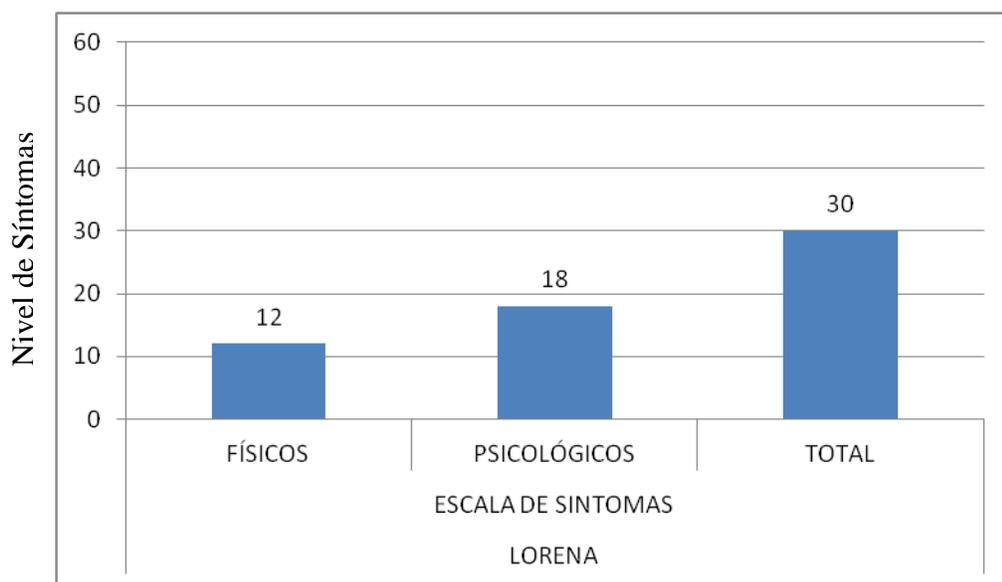
Cuadro 16. Escala de Formas de Afrontamiento.

2.- Escala de Síntomas (SRT, Kellner y Sheffield, 1973): Consiste en 30 reactivos que evalúan el malestar físico y psicológico. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). En una muestra mexicana se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93 para la escala total, 0.91 en la subescala de síntomas psicológicos y 0.82 en la subescala de síntomas físicos (Mora, Natera & Andrade, 1994).

Durante la sesión se obtuvo un puntaje de 29 lo que significa que Lorena un nivel medio de síntomas de estrés, destacando en mayor proporción síntomas psicológicos:

Síntomas físicos: 11 puntos.

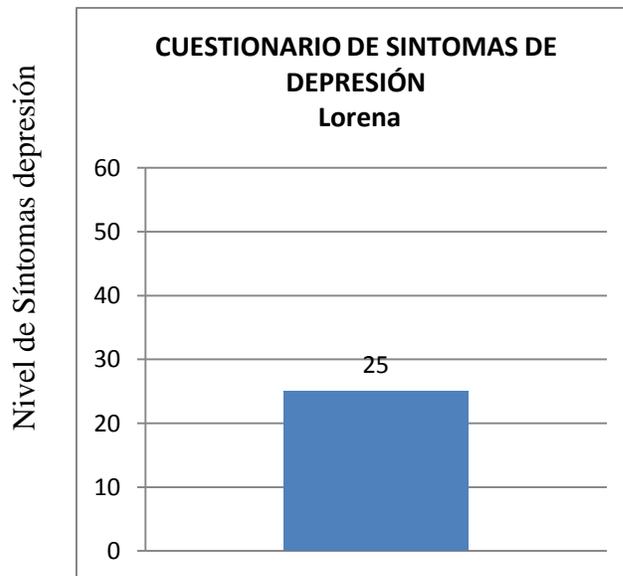
Síntomas psicológicos: 18 puntos



Cuadro 17. Escala de síntomas.

3.- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977) Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de riesgo de depresión mediante la presencia de sintomatología depresiva durante la semana previa a la aplicación. En un estudio realizado con mujeres mexicanas de los estados de Jalisco y Michoacán, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.92 (Salgado & Maldonado, 1994).

Lorena obtuvo en este instrumento 25 puntos, lo que equivale a un nivel de síntomas moderado. Cabe señalar que el puntaje esta en el límite entre síntomas moderados y severos.



Cuadro 18. Cuestionario de Síntomas de Depresión (CES-D).

4.3.4.- RECURSOS Y DEFICITS

Lorena se encuentra motivada a iniciar con la intervención, lo cual favorece trabajar con los pasos del modelo. Es una persona comprometida con su tratamiento, creativa al generar alternativas, se ha mostrado asistente y puntual en sus citas. Asimismo, impresiona tener capacidad media para comprender situaciones y analizar alternativas. Además, reconoce las consecuencias negativas que su forma de interactuar con el usuario de sustancias genera en ella. El haber asistido a un grupo de ayuda mutua ALANON le permitió reconocer la necesidad de intervención respecto a las situaciones que se presentan con su hija y la forma de consumir de esta. Adicionalmente Lorena acude a un grupo de oración dos días a la semana, lo cual es un apoyo espiritual y de interacción social.

Con respecto a los déficits, Lorena se encuentra en una familia desintegrada; separada de su ex pareja desde hace 15 años. Con respecto a su hijo, la relación es deficiente debido a que él está desempleado y no aporta dinero a casa, además de que no quiere cooperar en actividades de la misma. Y con otros familiares su relación no es muy cercana. Habría que considerar también que la situación económica es desfavorable debido a que es trabajadora de aseo doméstico y no tiene muchos ingresos, y por lo tanto está limitada en ese aspecto para diversas actividades; además, debido al apoyo económico que recibe de su ex pareja y de su hija se siente comprometida con ellos a hacer ciertas concesiones y a no poner límites adecuados. También debido a sus deficientes círculos de apoyo no cuenta con un familiar o amigo en concreto para dejar encargada a su nieta y hacer mayores actividades.

4.3.5.- INTERVENCION

PASO 1. Escuchar y explorar la problemática particular de la familia

Los objetivos de este paso son situar al usuario en la problemática actual, establecer buena comunicación con la familia y dirigir la intervención hacia el familiar.

Durante esta sesión se llevó a cabo el Rapport para lograr que el ambiente fuera favorable, lo cual podría facilitar la comunicación cooperativa. Mediante preguntas abiertas se exploró como ha afectado la conducta del consumidor a la dinámica familiar, obteniendo información de primera instancia relacionada con su estado de ánimo: desanimada, estresada, ansiosa, molesta. Incluso el estrés generado por esta dinámica incrementaba la sintomatología relacionada con la diabetes: cansancio, falta de energía, niveles altos de glucosa. Se reporta también que la conducta y estado de ánimo de su nieta se ve afectado, ya que provoca ansiedad, irritabilidad y gritos hacia su abuela, y, por otro lado, problemas de conducta escolar: pleitos, golpes, agresiones con sus compañeros debido a que observa los pleitos entre madre y abuela. Otro factor que afecta a la nieta es que la madre de ésta le promete sacarla a pasear y convivir con ella, lo cual no le cumple frecuentemente, así como el hecho de que cuando se despide de ella le dice que va a la tienda o a la farmacia y ya no regresa, lo que deja a la nieta preguntando constantemente que si ya va a regresar a dormir con ella.

Otro factor importante en esta dinámica fue la relacionada con la situación económica de Lorena debido a los limitados ingresos que su empleo le provee y por lo cual ella se ha visto en la necesidad de aceptar ayuda de su ex pareja y eventualmente de su hija, lo que provoca el que se vea limitada para establecer reglas adecuadas porque ellos la amenazan con dejar de apoyarla.

Asimismo, se trabajó mediante reestructuración cognitiva respecto a las ideas y creencias relacionadas con la responsabilidad que tiene una madre respecto a la adicción de su hijo, así como con la idea existente en ella al pensar que para mejorar la relación su hija debería de dejar de consumir y hacer caso a las cosas que ella le sugiere. Por tanto, se enfocó a la familiar replantearse la meta de la intervención de modo que la que se vea beneficiada sea ella y su nieta, a reconocer los problemas actuales subyacentes en esta relación y que se pueda generalizar en la interacción con su expareja debido a que él consume marihuana.

Durante la segunda sesión de este paso se trabajó en identificar el problema particular de la familiar con su hija. Para lo cual se exploró la relación entre ambas, encontrando como problemática las diferencias en opiniones y decisiones en cuanto al mantenimiento, cuidado, educación, recreación y todas aquellas responsabilidades que genera la nieta de la familiar. Cabe recordar que la familiar se hace cargo de la nieta. En virtud de las actividades laborales de Lorena que le generan pocos ingresos recibe en ocasiones apoyo económico de su hija lo cual interpreta como que tiene cierta autoridad en darle órdenes y en dejar hacer cosas a la niña, lo cual contrapone las órdenes y autoridad de la abuela. Cuando Lorena le pide a su hija que no contraponga sus órdenes, la hija se molesta y le dice que ella puede intervenir en la educación de la niña en virtud de que es su hija.

Como una alternativa para solventar este problema se propuso a la familiar realizar el ejercicio en el cual ella propusiera ventajas y desventajas que obtendría si solicitara la adopción legal de su nieta mostrando la siguiente información:

Ventajas:

- Que legalmente sería su tutora.
- Que podría hacer cualquier trámite sin que estuviera de por medio su madre.
- Que podría ponerle límites y reglas sin que intervenga su madre.
- Que podría protegerme legalmente cuando su madre me dice que se la quiere llevar.
- Podría solicitar un apoyo económico porque sería como madre soltera.

Desventajas:

- Que tal vez ya no cuente con el apoyo de mi hija para cuando necesite cuidar a mi nieta.
- Que tal vez no me apoye económicamente aunque sea con lo poco que me da.
- Que les diga a mi familia que yo le quite a su hija.

Aún cuando la familiar reconoció que había muchas ventajas en la adopción, ella consideró que por el momento no cree conveniente llevar a cabo esta situación, ya que en primer lugar no tiene dinero para los trámites y otra situación mucho más importante es que su hija tiene pendiente una demanda legal por haber sido detenida por robo en un centro comercial (siendo que su hija no ha pagado la multa, ni tampoco compensó la multa con trabajo comunitario), lo cual impide a Lorena a iniciar cualquier trámite legal, pues su hija sería ubicada y detenida. Esta actividad fue importante para Lorena porque le permitió darse cuenta de la importancia de asumir verdaderamente su responsabilidad en el cuidado y atención de su nieta. Esto a través de evitar involucrar a su hija en cuestiones escolares, de salud, diversión o educación de la nieta. Es decir no alejarla de la convivencia con madre, pero establecer los límites pertinentes.

PASO 2. Proporcionar información objetiva y relevante acerca del consumo de alcohol y drogas

El propósito de este paso es proporcionar la información suficiente al familiar respecto a las causas y consecuencia de las sustancias de consumo.

Para cumplir con este objetivo se le expuso al familiar una presentación en Power Point de las causas de consumo de la marihuana y los efectos en el organismo, explicando el proceso de la adicción en un lenguaje sencillo pero claro, de modo que la familiar comprenda los factores que originan el consumo, así como los efectos. Asimismo, se procedió a aclarar las dudas del familiar respecto a la presentación. De la misma manera se le expuso información relevante del consumo de inhalables.

Durante esta exposición la familiar de la usuaria mencionó: “Ahora entiendo que esto es un proceso y que a lo mejor si yo hubiera seguido con su papá ella de todos modos se hubiera vuelto adicta ya que esto se da por varias cosas”, con este comentario se entiende

que la familiar ha comprendido que existe una explicación multifactorial para el consumo de sustancias, de modo que puede liberarse de los sentimientos de culpa que ha arrastrado por algún tiempo al considerar que ella fue la causante directa de la adicción de su hija.

PASO 3.- Identificar y analizar los mecanismos naturales de afrontamiento

Aplicado al estudio de la familia frente a las adicciones, este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes no están preparados para hacer frente a esta situación, por lo tanto, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre el cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Orford, 1998).

En este ámbito, el concepto de enfrentamiento se ha definido como el conjunto de acciones y reacciones emocionales y cognitivas que los familiares reportan haber usado como consecuencia del consumo de sustancias (Natera, 1993). En Inglaterra, Orford, Rigby, Miller, Todd, Bennet y Velleman (1992) identificaron 8 formas de enfrentar esta problemática a partir de los relatos de 50 familiares y que se describen en el siguiente cuadro.

ACCIÓN	EMOCIÓN	ACTITUD
Control	Preocupado, responsable, desesperado, exhausto.	Debe haber algo que pueda hacer.
Emocional	Enojado, herido, aturdido.	Esto no es justo. El se está aprovechando de mí. El tiene la culpa.
Evitación	Herido, amargado, triste.	Es mejor que nos separemos. Entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mí/él/ambos.
Inacción	Aturdido, temeroso, desesperado, indiferente.	No sé qué hacer. No sé qué pensar. Es su vida/cuerpo. No es importante.
Tolerancia	Preocupado. Falta de poder, culpa.	Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Tal vez es mi culpa que él sea así. Es mejor tenerlo aunque sea un adicto.
Apoyo hacia el Usuario	Amor hacia el usuario, optimismo.	No he perdido la esperanza. Quiero estar con él.
Confrontación, asertividad	Fuerza, calma.	Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz. El debe saber cómo me siento.
Independencia	Confianza en sí mismo.	Debo hacerme cargo de mi vida. No puedo ayudarlo si también me hundo.

Orford, Rigby, Miller, Todd, Bennet y Velleman 1992.

Esta es la fase más importante de la intervención, el orientador junto con el familiar evaluarán la forma en que han enfrentado la situación los diferentes miembros de la familia. Es necesario analizar en conjunto los beneficios que estas acciones han tenido para ellos o por el contrario si han tenido consecuencias negativas en la salud física y psicológica. Ambos pueden identificar las ventajas y desventajas como consecuencia de su experiencia.

Si se ha hecho un buen análisis, el mismo familiar selecciona una mejor forma de enfrentar el problema, evaluando las ventajas y desventajas y eligiendo lo que más le conviene para disminuir su estrés, mejorar su salud física y psicológica e incluso influir positivamente en el usuario.

El objetivo de esta sesión fue profundizar aún más respecto a las diferentes formas en que Lorena ha hecho frente al consumo de su hija y de su expareja, así como explorar las formas de enfrentamiento que le serían útiles para este fin.

Por otro lado como resultado de la investigación respecto a la forma en que enfrentan el consumo de alcohol las familias en México se editó un folleto que contiene una exposición las formas de afrontamiento del problema y sus ventajas y desventajas (Mora, Natera, Tiburcio & López, 2012).

1.-Emocional. Es cuando el familiar expresa sus emociones de manera explosiva hacia su familiar consumidor, es decir, responde con mucho enojo, gritos, amenazas, llanto, acusaciones, reproches y críticas por su consumo.

*Ventajas: Es probable que se sienta aliviado porque expresa lo que siente en ese momento.

*Desventajas: Quizá podría sentirse culpable por reaccionar de manera impulsiva; además, el consumidor puede reaccionar con mayor enojo e incluso con agresiones físicas o verbales que pueden involucrar a otros miembros de la familia.

2.-Evitador. Es cuando usted trata de poner alguna distancia o barrera física o emocional con su familiar consumidor. Por ejemplo, cuando usted se hace el enojado con el familiar que consume y trata de mostrarse distante o cuando procura evitar la presencia de su familiar para verse lo menos afectado posible por la situación. Es cuando desea alejarse de él o ella, a veces piensa, “Ojalá viviera en otro lado”, “Ojalá se fuera y no volviera”.

*Ventajas: En apariencia existen menos problemas en la familia y quizá logre sentir que tiene mayor control sobre la situación.

*Desventajas: Es posible que su familiar consumidor sienta este rechazo, lo cual podría dar lugar a que se aisle más y aumente su consumo, además de propiciar un ambiente de desunión en la familia.

3.-Inactivo. Es cuando usted ha perdido la esperanza de que la situación cambie. Tal vez se sienta indiferente, triste, decepcionado y resignado porque considere que no tiene sentido hacer algo dado que, de cualquier manera, su familiar seguirá consumiendo.

*Ventajas: Quizá para usted ésta sea una forma más realista de reaccionar y considera que no hacer nada es una forma de evitar problemas en la familia y de sufrir lo menos posible por el consumo de su familiar.

*Desventajas: Es posible que experimente frustración y culpa porque en el fondo sabe que sólo trata de soportar la situación sin hacer algo que verdaderamente ayude a cambiar las cosas.

4.-Tolerante. Es cuando su reacción es proteger, encubrir y disculpar a su familiar consumidor; lo cuida cuando está bajo los efectos del alcohol o las drogas; le da dinero, acepta que beba o se drogue en cantidades menores o con menos frecuencia; y le consigue

las bebidas o las drogas. También es cuando usted trata de aparentar que no se ha enterado del consumo y finge que todo está bien aunque usted sepa que no es así.

*Ventajas: En apariencia hay menos discusiones y tensiones en la familia. Tal vez usted sienta que eso es lo mejor que puede hacerse por su familiar consumidor en un intento por vivir la vida en familia lo más “normal” posible.

*Desventajas: Es posible que se sienta culpable por el consumo de su familiar y, en un afán por compensarlo, usted reaccione siendo sobreprotector. Tal vez en muchas ocasiones se sienta manipulado por él/ella, además de sentirse mal consigo mismo porque sabe que el consumo continúa y usted no está haciendo nada al respecto. Quizá también experimente vergüenza por tener que dar la cara por su familiar ante los demás.

5.-Controlador. Es cuando usted lleva a cabo acciones dirigidas a controlar el consumo de su familiar; por ejemplo, lo vigila, revisa sus cosas, registra su habitación, lo obliga a cumplir promesas o a “hacer juras” o lo espera en casa hasta muy noche, etcétera.

*Ventajas. Usted siente que hace todo lo que está a su alcance para evitar que el usuario siga consumiendo y no pierde las esperanzas en que la situación pueda cambiar.

*Desventajas. Tratar de controlar el consumo de su familiar implica mucho desgaste emocional y estrés, debido al esfuerzo y energía que usted dedica a tratar de evitar el consumo. Su vida puede verse muy limitada al abandonar planes y proyectos personales por cuidar de su familiar; también podría sentir mucha frustración al darse cuenta que, pese a sus esfuerzos, su familiar, al sentirse tan presionado, a fin de cuentas termine por consumir más.

6.-Asertivo. Es cuando usted establece una comunicación directa con su familiar, le expresa de manera tranquila y sin reproches cómo se siente por su consumo de alcohol o drogas, le aclara que no está dispuesto a aceptar que siga consumiendo, le establece condiciones o límites específicos (por ejemplo, que asista a tratamiento o disminuya su consumo) y le dice con claridad lo que espera de él/ella.

*Ventajas. Es probable que se sienta aliviado al expresar a su familiar lo que siente, de manera tranquila, sin exaltarse y sin que se propicien agresiones físicas o verbales. Esto puede ayudar mucho a que ambos establezcan una comunicación más directa, lo cual puede ser útil para disminuir el consumo.

*Desventajas. Es posible que usted llegue a sentirse decepcionado al darse cuenta que su familiar no cumple con los planes acordados. Además, quizás a usted le cueste trabajo ponerle metas o condiciones a su familiar por temor a que tome una decisión precipitada; por ejemplo, que decida irse de la casa y que aumente su consumo de alcohol o drogas, o tal vez usted sienta que ponerle condiciones significa darle la espalda o dejar de apoyarlo.

7.-Apoyador. Es cuando el amor y el cariño que usted siente por su familiar consumidor lo motivan a realizar diferentes acciones para ayudarlo. Por ejemplo, trata de darle consejos, lo motiva para que busque tratamiento o ayuda especializada para dejar de consumir, se interesa por su salud, le proporciona información útil sobre temas relacionados con adicciones, lo alienta para que realice otras actividades que no estén relacionadas con el consumo y lo defiende frente a las críticas de otras personas.

*Ventajas: Tal vez usted se asienta bien al tratar de ayudar a su familiar y quizá le resulte más útil que ejercer control sobre él/ella.

*Desventajas: Es posible que le resulte difícil distinguir en qué momento apoya a su familiar consumidor y en cuál otro en realidad lo sobreprotege y asume responsabilidades que le corresponden a él/ella. Por otra parte, su familiar tal vez no esté dispuesto a aceptar la ayuda de la familia y no valore sus esfuerzos para que deje de consumir.

8.-Independiente. Es cuando usted trata de enfocarse en su propio bienestar, aún cuando el consumo de su familiar le afecte mucho. Por ejemplo, cuando trata de seguir su vida como siempre lo hace, evita descuidar sus actividades personales, laborales y de salud y hace un esfuerzo por no dejarse agobiar por el consumo de su familiar. Busca ayuda de otras personas e instituciones en un intento por encontrar una solución al consumo y no espera pasivamente a que su familiar decida dejar de consumir para que usted logre cambios que produzcan beneficios para sí mismo y para otros miembros de la familia.

*Ventajas: Puede ayudarle a sentir menos angustia por estar solo al pendiente del consumo de su familiar. El hecho de que los hijos y otros miembros de la familia lleven a cabo sus propias actividades es útil incluso para el familiar que consume pues éste puede reaccionar de manera más favorable cuando se da cuenta de que la atención de la familia no se centra solamente en él.

*Desventajas: Tal vez usted puede sentir que actúa de manera egoísta al buscar seguir con su vida a pesar del consumo. Su familiar consumidor quizá le reclame y le haga sentir que usted no lo quiere o que lo ha abandonado. Sin embargo, es probable que usted haya intentado varias estrategias para ayudar a su familiar y, al no ver ninguna respuesta, toma la decisión de seguir con su vida.

Respecto de las ocho formas de enfrentamiento, y con base en los datos recopilados en México e Inglaterra, Orford, et al. (1998) realizaron un análisis de la estructura del enfrentamiento para confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. El resultado de este trabajo sugirió tres formas de enfrentamiento que podrían representar tres posiciones universales de enfrentamiento del familiar respecto del consumo; a) Involucramiento, incluye intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras; otras pueden ser apoyadoras y otras más pueden ser asertivas; b) Tolerancia, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y c) Retiro, acciones que conducen a la independencia del familiar.

Lorena se presentó puntual a la sesión, impresiona estar relajada. Señala la familiar que se ha sentido mejor que la semana anterior, se sentía más tranquila, un poco más animada, ya que estos días ha seguido practicando esta idea de no discutir con su hija y de no convencerla de dejar de consumir. Sin embargo, menciona que aún hay cosas que le dan coraje de la conducta de su hija, por ejemplo, el hecho de que cuando va a visitar a su nieta, le dice que va a la tienda y que regresa en un rato, y ella ya no regresa sino hasta el otro día o pasados varios días, así como también cuando su hija se compromete a ir a ver a su nieta y la deja plantada. Señala la familiar que en esos momentos se siente enojada y en varias ocasiones ha reñido con su hija por este tema.

Respecto a las formas de afrontamiento, se le mostraron los 8 tipos de afrontamiento, de los cuales Lorena se identificó con el controlador, el emocional y el tolerante, señalando que las que últimamente más ha empleado han sido las dos primeras.

Dentro de las formas de afrontamiento, la familiar reportó como una de las principales la controladora, mencionando que muchas veces se puso a platicar con su hija respecto que dejara de consumir, así como le presionó para otorgarle dinero para sus necesidades solo cuando estuviera sin consumo, la amenazó para correrla de la casa cuando llegara con olor a sustancia, así mismo se sintió preocupada por la salud de su hija debido al consumo, por su futuro debido a que veía que su adicción era muy persistente. También se sintió responsable del consumo, considerando que se separó de su esposo cuando su hija tenía 14 años y pensaba que esto la había afectado en exceso, así como que cuando su hija tenía 15 años sufrió abuso sexual de parte de uno de los primos de ésta. Con respecto al tipo de afrontamiento emocional, señala que una de las maneras que ha tenido para enfrentar los problemas específicamente con su hija es que cuando tienen una diferencia o dificultad, se enojan y se gritan y entonces cada una se va por su cuenta, se mantienen sin dirigirse la palabra unos días. Asimismo, mencionó que la forma de afrontamiento tolerante la ha empleado cuando se ha sentido agotada, desganada, pero a la vez que siente la responsabilidad de tener contacto con su hija.

Durante esta sesión se instigó al familiar del usuario a identificar cual de las formas de afrontamiento sería la más adecuada para mejorar la relación con su hija, a lo cual la familiar sugirió la independencia y lograr confianza en sí misma, señalando que ella deseaba hacerse cargo de su vida, y que tenía que ser fuerte y que no podía deprimirse junto con ella.

Es así que la familiar estableció planes de acción respecto de la conducta de consumo de su hija: no volver a regañarla respecto a su consumo; solicitarle que se retire de la casa mientras está con los efectos de las sustancias; reforzarle cuando acuda a visitarlas y no consumió; no volver a solicitarle que deje de consumir; comprender cabalmente que la dependencia de las sustancias es una enfermedad y que solamente la persona afectada puede resolverla; pensar que tiene que ser más paciente con su hija, ya que la adicción es un problema severo y que su hija no puede manejarlo y que ella con sus regaños y enojos no apoya en este objetivo.

Paralelamente Lorena realizó planes de acción respecto a otras conductas de convivencia entre su hija y ella de modo que puedan verse beneficiadas ambas, además de la pequeña. No discutir con ella respecto a si consigue empleo o no, solicitar su apoyo en el cuidado de la niña solo en ocasiones muy indispensables, recibir apoyo en dinero o en despensa pero no pedírselo salvo cuando sea urgente, no regañarla respecto a su relación sentimental y si sale con otros hombres distintos a su pareja, en términos generales, tratar de intervenir lo menos posible en sus actividades y su vida pero manteniéndose Lorena fuerte respecto a su vida y actividades familiares y sociales.

Se realizó modelamiento de actividades de petición positiva de Lorena hacia su hija: modelar cómo pedirle a su hija apoyo para que cuide a su nieta cuando Lorena tuviera que ir a consulta con su médico, psicólogo u otra actividad. Además, se realizaron ensayos conductuales de este tema. También se realizó modelamiento y ensayo conductual de una situación simulada en la cual Lorena se ha enojado y enanchado en discusiones con su

hija, de modo que pudiera enfrentarse a estas situaciones desde una forma más controlada y evitar caer en discusiones que compliquen aún más cualquier situación.

PASO 4.- Orientar el apoyo social para la solución conjunta del problema de adicciones.

El objetivo de este paso es identificar las principales fuentes de apoyo percibido por el familiar para hacer frente a las adicciones y los diferentes recursos de apoyo social a los que puede recurrir la familia, así como las ventajas y desventajas que ofrece cada uno de ellos.

En esta sesión se retomó información proporcionada durante las sesiones anteriores. Lorena identificó que actualmente ha tenido pocas fuentes de apoyo, una de ellas es su hermana mayor. Las ventajas que presenta es que puede recurrir cuando tiene algún pendiente que hacer y ocasionalmente le apoya cuidando a su nieta; otra ventaja es que puede recurrir a ella eventualmente cuando se presente una situación de emergencia. Las desventajas que se presentan es que la hermana es muy negativa respecto a muchas de las cosas que hace Lorena y estas son criticadas por su hermana, así como que interviene en exceso en sus actividades. Otro apoyo que recibe es el de una amiga a la cual le habla por teléfono cuando quiere platicar y con la cual expresa sus problemas y de la cual recibe apoyo emocional, las ventajas es que es una amiga que la acepta tal como es y no recibe críticas; en ocasiones puede recibir algún préstamo económico. Las desventajas son que no se ven tan frecuentemente sino que están más en contacto vía telefónica. También Lorena tiene un grupo de oración al cual acude por las tardes un día a la semana, las ventajas que encuentra es que mejora el área espiritual y se reconforta emocionalmente, así como que ocupa tiempo para socializar con personas que tienen el mismo interés. Otra fuente de apoyo de tipo económico ha sido su expareja, el cual le proporciona una cantidad pequeña de dinero semanalmente que utiliza para apoyar el mantenimiento de la niña; de igual manera su expareja le ayuda llevando y recogiendo de la escuela a la niña, además de jugar y distraerla en casa. Las ventajas es que es una persona con la cual puede apoyarse regularmente y en la mayoría de las veces cumple con las cosas que se comprometió; las desventajas es que a veces es enojón, se molesta, levanta la voz, cuando se molesta amenaza con retirarle el apoyo económico. En ocasiones Lorena siente que su expareja y su hija se ponen de acuerdo para molestarla o hacerla enojar.

De las fuentes de apoyo anteriores se analizaron las ventajas y desventajas de las mismas para conocer la relevancia de ellas, así como para revisar si es conveniente mantenerlas y como mejorar el tipo de apoyo.

PASO 5.- Canalizar a otras fuentes de apoyo.

Durante la sesión la familiar consideró importante mejorar la relación con las fuentes de apoyo actuales. Asimismo, sugirió como algo muy conveniente volver una vez a la semana a las reuniones de ALANON para tener mayor apoyo emocional; también consideró buscar alguna casa de cultura o grupo de adultos mayores donde pudiera tener alguna actividad cultural o recreativa para fomentar el apoyo social, ya que como menciona la mayor parte del tiempo se la pasa trabajando y ocupándose de la pequeña. Otro punto considerado importante por Lorena fue tomar una intervención que pudiera ayudarle a manejar adecuadamente la conducta de su nieta, pues se dio cuenta que necesita trabajar en este aspecto también. Para lograr los propósitos anteriores se realizó una sesión de

entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación en las cuales se le capacitó en destrezas como: hacer y recibir críticas, solicitar apoyo, mantener una conversación y realizar reforzamiento verbal. Respecto al apoyo en el manejo de conducta de su nieta, se le canalizó a un Programa de Crianza Positiva de la Facultad de Psicología de la UNAM.

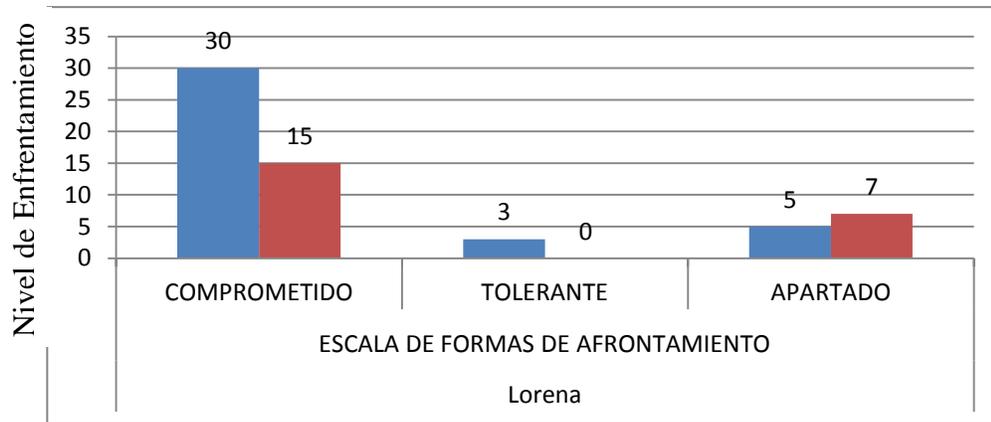
4.3.6.- RESULTADOS

Como se pudo observar en la descripción de las sesiones y pasos del modelo de intervención que tuvo como objetivo apoyar al familiar afectado por la convivencia con un usuario de sustancias, se identificó que la usuaria tenía claras consecuencias negativas observadas en algunos síntomas de depresión y así como de malestar emocional que se observaron en los instrumentos aplicados, también se pudo observar que las formas de afrontar la situación del consumo de su familiar de forma eran poco efectivas.

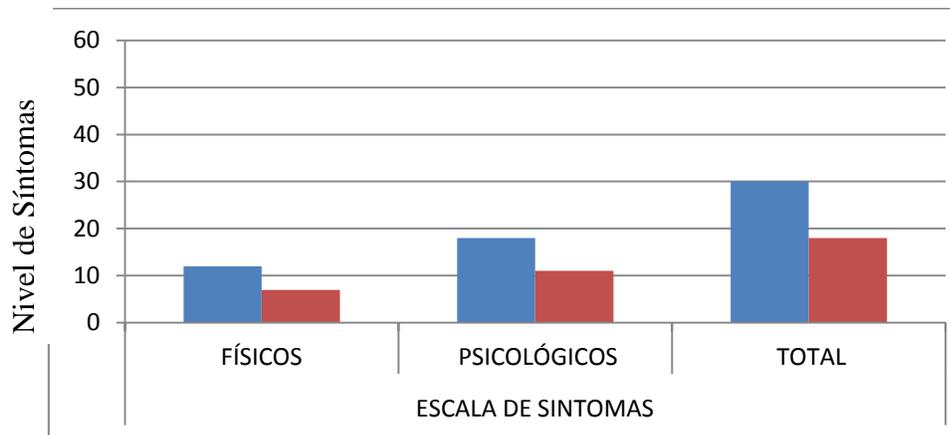
Uno de los objetivos básicos del programa es identificar la problemática principal que subyace a la relación consumidor y familiar. La familiar no tiene la adopción legal de su nieta, por lo tanto no estaba facultada para realizar diversos trámites, algunos de ellos legales o administrativos, por lo cual tenía que recurrir a la madre de la niña para llevarlos a cabo. No había claridad en las funciones de ambas, ya que aparte de abuela tenía que fungir como madre para la mayoría de las cosas, sin embargo, en el papel o en lo legal no lo era. En esta parte de la intervención se analizaron las ventajas y desventajas de una adopción legal llegando a la conclusión que lo ideal sería llevar a cabo la adopción legal, sin embargo por el momento la familiar no puede llevarla a cabo por cuestiones económicas y legales relacionadas con su hija. No obstante, la intervención logró que la familiar asumiera la responsabilidad en general de su nieta evitando acudir a su hija en lo menor posible para que pudiera educar y procurar a su nieta a su capacidad y con sus propios medios, evitando conflictos con su hija y afectar también a la nieta.

También se alcanzó a observar a través de los comentarios vertidos por la usuaria, así como por las mediciones realizadas (ver cuadro 19 y 20), que existió una disminución de los síntomas físicos y psicológicos tanto en su nivel como en su frecuencia, lo cual le permitió mejorar considerablemente en su estado de ánimo y además en sus reportes verbales de bienestar comentó tener un incremento de energía para cumplir con sus actividades cotidianas.

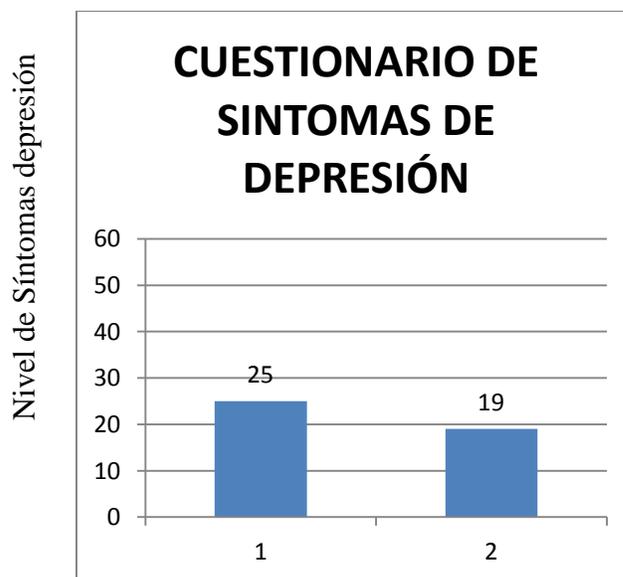
Lorena manifestó sentirse satisfecha con la orientación que obtuvo, así como también con la información proporcionada con la intervención. Practicó formas de afrontamiento más independientes y que le permitieron manejar su estado de ánimo (ver cuadro, 21), mejorar su apego al tratamiento por su diagnóstico de Diabetes Tipo II, mejoró sus fuentes de apoyo social y emocional. Respecto a las situaciones que podrían mejorar para ayudar más a Lorena en su estado de ánimo y para afrontar situaciones legales, la más importante es que ella tomara la opción de la adopción o tutela legal de su nieta, lo cual podría facilitar acceso a algún tipo de apoyo económico de parte de alguna autoridad como el DIF, SEP, SSA, etc. Asimismo, pudiera analizarse alguna alternativa relacionada con las cuestiones económicas, ya que esta situación genera mucho estrés en la familiar del consumidor.



Cuadro 19. Escala de Formas de Afrontamiento pre y post.



Cuadro 20. Cuestionario de Síntomas de pre y post (CES-D).



Cuadro 21. Cuestionario de Síntomas de Depresión (CES-D).

V. CONCLUSIONES GENERALES.

La información presentada en el contenido este trabajo muestra una visión general de los objetivos que se cubren en la actividad académica de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicología de las Adicciones de la U.N.A.M. Es importante resaltar que el programa de la misma se ha basado en la visión de que el consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más importantes del país. Así mismo es importante mencionar que esta maestría ofrece una amplia formación en el sentido teórico y práctico para los estudiantes. En la parte teórica permite tener una visión amplia de las problemáticas que a nivel nacional e internacional representan las adicciones. Así mismo fue básico el conocimiento de las orientaciones teóricas más utilizadas e investigadas en el campo y que subyacen en los diseños de los distintos modelos de intervención, tomando en consideración como base principal la orientación cognitivo conductual para el desarrollo y puesta en práctica de los y modelos de intervención que se aplicaron en la residencia.

Una consideración importante es que durante el proceso de formación no se deja de contemplar que la adicción es un problema multifactorial, complejo y dinámico que va cambiando conforme cambian los estilos de vida que demandan los cambios sociales y culturales. Tomando en consideración estos antecedentes como profesionales de la salud es importante mantener una constante evolución con relación a la formación teoría y práctica, así la Facultad de Psicología a través de sus investigadores se mantiene a la punta de este trabajo en conjunto con otras instituciones, de modo que toda esta información enriquece los programas que se imparten en la Maestría en Adicciones. La formación que se ofrece durante la Maestría representa una importante plataforma para acceder a nuevos conocimientos en el campo de las adicciones, así mismo como despierta el interés de los estudiantes por conocer e involucrarse más aún en el conocimiento de este del fenómeno.

Así los diversos modelos de intervención que se revisaron fueron los que han mostrado tener las mejores evidencias en investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, lo cual permite tener la certeza de que su aplicación proporcionara los más altos niveles de eficiencia. Además la constante supervisión y retroalimentación de parte de los expertos en estos modelos permitió cubrir el objetivo de una excelente capacitación.

A nivel personal la experiencia obtenida en la capacitación de los diversos programas fortaleció las habilidades terapéuticas que permiten proporcionar un mejor servicio en beneficio de los usuarios. Mi trabajo se enfocó a investigar información teórica y conocer más respecto a las consecuencias en la salud mental y emocional de los familiares que conviven con usuarios consumidores de alcohol y/o otras drogas. Tomando en consideración las implicaciones en la salud dichos familiares es importante recalcar que los especialistas en adicciones pueden apoyarlos, ya sea a través de intervenciones breves como la que se reporta en este trabajo, o pudiéndose complementar dicha intervención con algunos componentes de otros programas y empoderar al familiar para que pueda mantener la relación con el consumidor en un estatus que disminuya el estrés y otros síntomas más severos que son provocados por vivir con un familiar consumidor de alcohol y/o drogas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abel EL. Marihuana: The first twelve thousand years. New York: Plenum Press 1980.
- Abu-Shams, K., Carlos, M., Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J. y Rivero, M. (1997). Autoconcepto de los adolescentes fumadores. *Psiquis*, 18, 57-62.
- Agudelo, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 2-19. Universidad de Manizales.
- Álamo C, López-Muñoz F. Historia de los fármacos analgésicos (I): Agentes opioides. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(Supl. 1):13-33.
- Alfonso JP, Huedo-Medina TB & Espada JP. (2009) Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25(2) 330-338.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa*, 2, 91-112.
- Alguacil LF, Pérez-García C, Morales L. Fármacos estimulantes del sistema nervioso central. En: López-Muñoz F, Álamo C. *Historia de la Psicofarmacología*, Tomo II, La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2007;927-42.
- Almeida Filho, N. 1992. *Epidemiología sin números*. OPS, Serie Paltex. 112 pp.
- Arriagada, Irma (1998): "Familias latinoamericanas: convergencia y divergencia de modelos y políticas", en *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, núm. 65, Santiago de Chile.
- Armijo R, R. (1994): *Epidemiología básica en atención primaria de salud*. Editorial Díaz de Santos, Madrid, pp. 137-161.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. DSM IV-TR. Edit. Masson. Barcelona.
- Balcells, M. (2001): Complicaciones orgánicas de la cocaína, *Adicciones*, 13, Supl. 2, pp. 167-177.
- Barlow, O.H.: (1981) On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 147-155.
- Barlow, O.H., (1973) & Hersen, M.: Single case experimental designs. Uses in applied clinical research. *Archives of General Psychiatry*, 29, 319-325.
- Barragan, T (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Becoña, E. (1995): Drogodependencias en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.

- Becoña, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas*, 3, 70-92.
- Becoña, E. (2002): Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16, 91-96
- Becoña, E. y Cortés, T . (2008). Guía clínica de intervención en psicología de las adicciones. *Socidrogalcohol*, Martín Impresores, S.L., VALENCIA
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: New American Library.
- Bennett, M.E., McCrady, B.S., Johnson, V. y Pandina, R.J. (1999). Problem drinking from young adulthood to adulthood: Patterns, predictors, and outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 605-615.
- Bentler, P. M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood: Structural models with nonnormal variables. *Child Development*, 58, 65-79.
- Bergin, A.E.: (1968) Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Botvin GJ., Epstein JA., Baker E., Diaz T. (1997) School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6,5-20.
- Bourdieu, P. Respuestas. *Por una Antropología Reflexiva*. Ed. Grijalbo, México, 1995.
- Bozarth, M.A. (1991). The mesolimbic dopamine system as a model reward system. En P. Willner y J. Scheel-Kruger (Eds.), *The Mesolimbic Dopamine System: From Motivational to Action* (pp. 301-330). London: John Wiley & Sons.
- Buchanan, D. R. (1992). A social history of American drug use, *Journal of Drug Issues*, 22, pp. 31-52.
- Cabrera J. Las drogas de abuso como sustancias psicotrópicas y neurotóxicas: breve historia de las drogas. En: López-Muñoz F, Álamo C. *Historia de la Psicofarmacología*, Tomo II, *La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2007; 1059-78.
- Calimari, J. E., y Cox, W. M. (1996): Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobles (Coord.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2, 205-240). Madrid: Siglo XXI.
- Cantú Martínez, P.C. 1998. *Apreciación ecológica de la salud*. *Ambiente Sin Fronteras*. Vol I., No 11/12 4,15-18

- Cantu, P. Jiménez, Z. y Rojas J. 2001. Epidemiología, el discurrir del estado de salud-enfermedad, *Revista Salud Publica y Nutrición* vol 2 No 4
- Casas, M. (1992). La hipótesis de la automedicación y su posible repercusión sobre la legalización de las drogas. En M. Casas (Ed), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)* (pp. 367-375). Sitges, Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Casas, M. y GUARDIA, J. (1993): El trastorno por dependencia de opiáceos. Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias», en J. Cadafalch y M. Casas (Eds.), *El paciente heroínómano en el hospital general* (pp. 29-41). Madrid: Citrán-Plan Nacional sobre Drogas-Generalitat de Catalunya.
- Caro PM. *Drogas de Abuso*. Buenos Aires: Ed. La Roca 1997.
- Cebotarev, N. (2008). Familia, socialización y nueva paternidad. En *Una visión crítica de familia y desarrollo* (pp. 233-263). Manizales: Universidad de Caldas.
- Chambers RA, Taylor JR & Potenza MN. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). Skill Training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104
- Chassin, L., Pitts, S. y Prost, J. (2002). Trajectories of heavy drinking from adolescence to young adulthood: Adolescent predictors and young adult outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67-78.
- Chassin, L., Hussong, A. M., Barrera, M., Molina, B.S.G., Trim, R. y Ritter, J. (2004). Adolescent substance use. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed.) (pp. 665-696). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. (2002c). Desarrollo histórico de las bebidas con alcohol. *Anudando*, 3, 17, 2-5.
- CONAPO(2007). Comunicado de prensa 15/07. Jueves 10 de mayo de 2007, México.
- Connell PH. El uso y abuso de las anfetaminas. *The Practitioner*. 1968;32:44-51.
- Corey, G. 1988. Vigilancia en epidemiología ambiental. Serie de Vigilancia No. 1 CPEHyS/OPS/OMS 193 pp
- Clervoy P, Rafizadeh-Kabe JD. Agentes psicotomiméticos. Descubrimiento e historia del LSD. En: López-Muñoz F, Alamo C. *Historia de la Psicofarmacología*, Tomo II, La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2007;1137-1150
- Cloninger CR, Svrakic DM & Przybeck TR. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Courtwright, D. (2001). *Forces of habit*. Cambridge, Massachusetts, USA: Cambridge University Press.

- De la Serna P. (2001). Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia*, (28). España, 2001.
- Doncelot, J. (1998). La conservación de los hijos. En: *La policia de las familias* (pp. 13-50). España: Editorial Pre-textos.
- Dever, A.G. 1991. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Díaz-Guerrero, R. *Psicología del mexicano*. Ed Trillas. México, (1984)
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (2001). El origen psicológico de los valores. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 17, 91-101.
- Díaz Negrete B, García-Aurrecochea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(4): 223–32.
- Echeburúa, E. (1996): *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar
- Escotado A. *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 1999.
- Escotto, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. México: JGH Editores.
- Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias* (pp. 325-348). Madrid: Pirámide.
- Estruch, R. (2002): Efectos del alcohol en la fisiología humana, *Adicciones*, 14, 1, 43-61.
- Felipe, E., León, B., Gonzalo, M. y Muñoz, B. (2004). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, 9, 30-44.
- Fernández, O. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6, 2004 pp 250-254*.
- Fernández, O. Hernández, T. y Hamui, S (2008) Impacto de la enfermedad en la familia. En *Familia: Introducción al estudio de sus elementos*. Editorial Textos Mexicanos. México.
- Fernández H; Carballo JL; Secades-Villa R; García-Rodríguez O. Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. En: *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28(1), pp. 2-10
- Ferrándiz J, Mataix A. Las nuevas drogas y sus consecuencias para la salud. *JANO*. 2001;61:45-50.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Editorial: Ariel: España.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C. y Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development & Psychopathology*, 16, 193-213.

Fuentes, L, De la Paz, M., Loria, C., Branchet.V., Bonfil, P., Salinas, L., Guerra, T., Covian, S., Turian, R., Salles, V., Barbieri, T., Amuniategui, B., Cervantes, F., y Esteinou, R. (1997) Ámbitos de Familia. *Infancia, adolescencia y género*. Ed. Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia. Impreso en México; 63-64.

Frenk J, González-Block MA, Lozano R y col. Economía y salud. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994

Guerra López, R. (2005). La familia y su futuro en México. Foro “México más allá del 2006”. Fundación Rafael Preciado Hernández A. C. México.

Gallimberti, U. Familia. Diccionario de Psicología. Siglo XXI. Editores. México, 2002

García, M. P. (2002): Patología familiar y violencia doméstica, *Adicciones*, 14, 221-238.

García-Aurrecochea, V. R. y Gracia, S. E. (2004). Grado de satisfacción de necesidades y consumo actual de marihuana y/o cocaína en jóvenes varones solicitantes de tratamiento. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 04-10.

Gil, M. D. y Ballester, R. (2002). Inicio temprano de consumo de alcohol entre niños de 9 a 14 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 165-211.

Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.

Goldstein, R y Volkow N. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.

González, F., García-Señorán, M.M. y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.

González. E, López-Miño. F, Guerra JA y Antequera R. Agentes psicotrópicos y criminología: ¿moto histórico o realidad?. En: López-Muñoz, Alamo C. Historia de la Psicofarmacología, Tomo III, La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2007: 135-401.

González-Sánchez, J. D., García-Aurrecochea, V. R. y Córdova, A. (2004). Uso de sustancias entre adolescentes y su relación con síntomas de depresión y su percepción de sus relaciones familiares. Informe de Investigación 04-03 México: Centros de Integración Juvenil, A. C.

Gracia, E. & Musitu, G. (2000). Psicología social de la familia. Barcelona, España: Paidós.

Gracia E., Saldívar, A., y Contreras-Ibañez, C. (2002). Validación de la escala de búsqueda de sensaciones: Rasgo de personalidad y su importancia en la adicción a las drogas. *La Psicología Social en México*, Vol. 9, 411-418.

Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.

- Gray, JA. (1994), Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. En S.H. M. Van Goozen, N.E. van de Poll y J. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 29-59) Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Grinspoon L, Bakalar JB. *Cocaine: Une drogue et son evolution sociales*. Quebec: Létincelle 1978.
- Grinspoon L, Bakalar JB. *Marihuana. La medicina prohibida*. Barcelona: Paidós 1997.
- Hyman, R.: (1964) *The nature of psychological inquiry*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Hill, K., White, H.R., Chung, I., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2000). Early adult outcomes of adolescent alcohol use: Person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 892-901.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Henderson G. Phencyclidine: a widely abused but little understood psychotomimetic agent. *Trends Pharmacol Sci*. 1982;3:248-50.
- Horkheimer, M. (2003). Autoridad y familia. En Horkheimer, M. *Teoría crítica* (pp. 76-95). Madrid, España: Amorrortu.
- Hunt, W. A. (1993): Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism. A review, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1055-1065.
- INEGI (2009). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "<http://www.inegi.org.mx>".
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*: . Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.
- Jelin, E. (2004). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
- Jonson M, Heriza T, St. Dennis C. *Cómo detectar en sus pacientes el abuso de drogas ilícitas*. *Postgraduate Med*. 2003;9, 71-85.
- Karan, L., Haller. D., y Schnoll, S. (1998): Cocaine and stimulants, en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2ed, 168-201). Nueva York: Guildford Press.
- Kazdin, A.E.: (1981) Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-198.

- Kennedy J. *Coca Exotica. The illustrated history of cocaine.* New York: Fairleigh Dickinson University Press and Cornwall Books. 1985.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock.* Paidós, Barcelona
- Koob, GF y Le Moal M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129.
- Kornblit A. *Somática Familiar.* En: *Enfermedad orgánica y familia.* 2ª ed. Gedisa S.A. España. 1996.
- Kostowski, W. (2002). Drug addiction as drive satisfaction (antidrive) dysfunction. *Acta of Neurobiology*, 62, 111-117.
- Krystal JH, Karper LP, Seibyl JP, Freeman GK, Delaney R, Bremner JD, Heninger GR, Bowers MJB, Charney DS. Subanesthetic effects of the noncompetitive NMDA antagonist, ketamine, in humans. Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine responses. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:199-214.
- Kohrs R, Durieux ME. Ketamine: teaching an old drug new tricks. *Anesth Analg*. 1998;87:1186-93.
- Kuthy MI. El paciente terminal y su familia. *Revista del Residente de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría.* 1993; 4(2): 22-25.
- Latimer D, Goldberg J. *Flowers in the blood.* New York: Franklin Watts 1981.
- Leñero, O. L. (1983) *El Fenómeno Familiar en México.* México: Editorial: IMES.
- Levi-Strauss, C. (1988). Prologo. En: Burguieré, A Et Al. *Historia de la familia.* Tomo I (11-15). Barcelona, España: Alianza.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 70, 2, 90-96.
- López-Muñoz F, González-Martínez E, Serrano MD, Antequera R y Alamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I) *Cuad Med Forense* 2011;17(1):21-33
- López-Muñoz F, Rubio G, González-Martínez E, Alamo C. Extasis (3,4-metilendioximetanfetamina, MDMA): Aspectos farmacológicos, clínicos y criminológicos. *Trast Adict.* 2004;6:16-38.
- Llopis, J. (2001): Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína, *Adicciones*, 13, 2, 147-165.
- Maggs, J.L. y Schulenberg, J. (2004). Trajectories of alcohol use during the transition to adulthood. *Alcohol Research and Health*, 4, 195-201.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 137-159). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran

- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P.A. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-274). Nueva York: Plenum
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt G. A. y Donovan, D. M. (Eds). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2^a ed. Nueva York: Guilford Publications.
- Martin, S. (1994) *Farmacología de las sustancias psicoactivas*, en R. Tapia (Ed.), *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, (270-283). México: El Manual Moderno.
- Martínez J.L., Fuertes A., Ramos M. y Hernández A. (2003) Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Maslow, A. (1954/1970a) A theory of human motivation. En A. Maslow (Ed.), *Motivation and personality* (pp. 35-57). New York and London: Harper and Row Publishers.
- Maslow, A. (1954/1970b) Psychopathogenesis and the theory of threat. En A. Maslow, *Motivation and personality* (pp. 105-115). New York and London: Harper and Row Publishers
- Martínez, M. K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M & Barrientos, C. V. (2004). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Tonigan. J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- McKim WA. *Drugs and Behaviour*. New Jersey 1991.
- McKim, W.A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Medina-Mora, M. (1998). Beber en campo y ciudad. En: FISAC, *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México*, (pp. 207-226). México: FISAC.
- Medina-Mora ME. (2001), “Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición”. En Tapia C. *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno, pp. 21-44.
- Medina Mora, M.E., Villatoro J.A., López, E.K., Berenzon, S., Carreño, S., Juaréz, F (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancia psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 4, 383-93.
- Medina-Mora, M.E.; Cravioto, P.; Villatoro, J.; Fleiz, C.; Galván, C.F.; Tapia, C.R.: “Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta nacional de 1998”. *Salud Pública de México, Suplemento 1*, S16- S25, 2003
- Medranda de Lázaro M y Benítez R (2006) Conceptos básicos sobre drogadicción *Rev Pediatría Aten Primaria*. 8 Supl 3: S35-42.

- Michel, A. (1974). *Sociología de la familia y el matrimonio*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Miller, W.R. y Hester, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W.R. Miller (ed.), *The Addictive Behaviours: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamon Press.
- Mora, J, Natera. G. y Andrade. P. (1994) Validación de la Escala de Síntomas (Symptom Rating Test) en jóvenes mexicanos, *Salud Mental*, 17,39, 15-23
- Mora, J, Natera. G, Tiburcio. M y López. F (2012) ¿Qué hacer ante el consumo de alcohol drogas? Orientación para las familias. México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Moreno. C.A.B, Hernández. D. M .A, García. A. F, Díaz. A, D. Reidl. M. L & Medoma-Mora. M. E) (2011). *Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología social I: influencia y cambio de actitudes. Cognición y desarrollo humano*. Paidós, Barcelona.
- Muthen, B.O. y Shedden, K. (1999). Finite mixture modeling with mixture outcomes using the EM algorithm. *Biometrics*, 55, 463–469.
- Munist, m., Santos, H., Kotliarenco, A., Suárez, N., Infante, F. y Grotberg, (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg.
- Nicholson KL, Balster RL. GHB: a new and novel drug of abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2001;63:1-22.
- Muñoz Cof, Espinoza AJM, Portillo SJ, Rodríguez GG. La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia*. 2002; 3: 190-199.
- Natera, G. (1993). La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. En: *Las Adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario*. SSA-CONADIC: 79-86
- Natera G., Mora J., Tiburcio M., (1999) Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*. Número Especial: 114-120.
- Natera, G, Tiburcio M, Mora J, Orford, J. (2009). *Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas*. México, Editorial Pax, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- National Institute on Drug Abuse (2002). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Disponible en www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008.

- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Orford. J, Natera. G, Casco. M, Nava. A & Ollinger. E. (1993) Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso de alcohol y otras drogas. Metodología para un estudio de viabilidad, SSA-CONADIC.
- Orford. J, Natera. G, et all (1998) Stress and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21,1,1-13
- Organización Mundial de la Salud (1994) Glosario y términos de Alcohol y Drogas.
- OMS (1994) Lexicon of alcohol and drug terms. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Pascual F. Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*. 2001;13:7-22.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Parsons, T. (1966). La estructura social de la familia. En Fromm, E. et al. *La familia* pp. 31-64). Barcelona, España: Ediciones Península.
- Pastor, G. (1988). *Sociología de la familia*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Parés, A. y Caballeria, J. (2002): Patología orgánica, *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 155-173.
- Pérez, A. y Mejía, I. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones* 10, 111-119.
- Pinto, J., Silva, L. & Coelho, P. (junio, 2008). O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família. *Revista Referencia*, 2(6), 69-76.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131
- Quiroga, M. (2000):Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física, *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 117-133.
- Quirke, M. (2001). What works in the treatment of adult substance dependency? Wisconsin Bureau of Substance Abuse Services. Disponible en URL [consultado 15/05/2008]: <http://oja.state.wi.us/docview.asp?docid=7101&locid=97>.
- Rascón, M.L.; Medina-Mora, M.E.; Otero, B.R.; Mariño, M.C.; Villatoro, J.; Tapia, R.; Solache, G.: "Problemas sociales asociados al consumo de bebidas alcohólicas y al uso de drogas". *Rev. de Psicología Social y Personalidad*, 7(1):93-101, julio, México, 1991.
- Ramos J.A, Fernández-Ruiz J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*. 2000;12:19-30.

Regier DA y Kaelber CT. (1995). The epidemiologic catchment area (ECA) program studying the prevalence and incidence of psychopathology. En M. Dixon, P. (1998). The trust about drugs. London: Hodder.

Rodríguez, A. El estudio de caso como alternativa metodológica. Boletín Dominicano de Medicina Conductual. 1988, (2):65-69.

Rodríguez-Kuri, S. E. (2004). Factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas. Tesis de maestría no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez-Kuri, S., Arellanes, J. L., Díaz-Negrete, D. B. y González-Sánchez, J. D. (1999). Ajuste psicosocial y consumo de drogas. CIJ, Informe de Investigación 97-27. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.

Rubio G, López-Trabada JR, Pascual J, Santo-Domingo J. Utilización de las drogas de abuso en el tratamiento de las enfermedades mentales. En: López-Muñoz F, Álamo C. Historia de la Neuropsicofarmacología. Una nueva aportación a la terapéutica farmacológica de los trastornos del Sistema Nervioso Central. Madrid: Ediciones Eurobook S.L. y Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá 1998;325-34.

Salazar, I., y Rodríguez, A. (1996). Drogas de síntesis: psicodélicos, en E. Becoña, A. Rodríguez, I. Salazar (coord.), Drogodependencias. III. Drogas ilegales; 221-255. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Toxicodependencias. Medicine. 2005;8:5745-9.

Salles. V. & Tuiran, R. (1998) Cambios demográficos y socioculturales: Familias contemporáneas en México. En: Schmukler B (comp): *Familia y Relaciones de Genero*. Cambios Trascendentales en América Latina y el Caribe. Population Council-Edamex, México.

Schulenberg, J. y Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. Special issue. Journal of Studies on Alcohol, 14, 54-70.

Schuckit, M. A. (2000): Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Schmitz R. Friedrich Wilhelm Sertürner and the discovery of morphine. Pharm Hist. 1985;27:61-74.

Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal study. American Psychologist, 45, 612-630.

Secades, R., Fernández, J., y Vallejo, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 14, 1-15.

Secades, R., García, O., Fernández, J. R. y Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. Papeles del Psicólogo. 28(1), 29-40.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R.

Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, Guía de Tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA-2008). México.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA-2011). México.

Segura Benedicto, A. 1998. Aplicaciones de la epidemiología en salud pública. In F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro. Salud Pública. Ed. McGraw Hill. Cap. 7: 123-138 pp

Simon, F. B., Stierlin, H. y Wynne, L. C. (1988). Vocabulario de Terapia Familiar. Gedisa, Buenos Aires.

Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1978). Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking. Nueva York: Plenum Press. Spiegel, D. A

Sussman S., Unger JB., y Dent CW. (2004) Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later: International Journal of Clinical and Health Psychology, 4,9-25.

Taylor G.J., Bagby R.M y Parker J.D. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge, Massachusetts, USA: Cambridge University Press.

Trimble JE. (1995). Toward an understanding of ethnicity and ethnic identity, and their relationship with drug use research. En G.J., Botvin, S. Schinke y M.A. Orlandi (Eds), Drug abuse prevention with multiethnic youth (pp. 2-27). Thousand Oaks, California: Sage.

Torres, L. et al. (julio – diciembre 2008). Dinámica familiar con hijos e hijas. Revista intercontinental de Psicología y Educación, 10(2), 31-56.

Trout, J. (1986). Posicionamiento. McGraw Hill, México. Vostams, P. y Tischler, V. (2001). "Mental health problems and social support among homeless mothers and children victims of domestic and community violence". Journal of Society of Psychiatry 47(4), pp. 30-40.

Ulrico R, Patten B. The rise, decline and fall of LSD. *Perspect Biol Med.* 1991;34:561-78.

Vuchinich, R. y Heather, N. (2003). Choice, Behavioural Economics and Addiction. London: Pergamon.

Villegas, M. (2005). La familia como espacio privilegiado para el desarrollo humano. En Posada, A. et al. El niño sano (pp.357-358). Medellín: Editorial Médic Panamericana.

Viveros, E. & Arias, L. (2006). Dinámica interna de familias monoparentales de jefatura femenina con menor de edad en conflicto con la ley penal. Características interaccionales. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.

Viveros, E. (2009). Noción de modernidad. Algunas consideraciones para reflexionar una época. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, (19), 96-106.

Weiss, C. y Millman, R. (1998). Hallucinogens, phencyclidine, marijuana, inhalants», en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2nd, ed., pp. 202-232). Nueva York: Guildford Press.

Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.

Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.

Zurita, J. (1997). Alcohol, hongos y tabaco en el mundo azteca. *Liberaddictus*, 15,12-13.

VII. ANEXOS

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a la manera como la gente puede reaccionar o intentar enfrentarse con alguien de la familia que usa alcohol o drogas. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y marque en el cuadro correspondiente si es algo que ha hecho en los últimos tres meses, de ser así, indique si lo ha hecho solamente una o dos veces (1), algunas veces (2), o con frecuencia (3).

	No	Si		
1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)	0	1	2	3
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)	0	1	2	3
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas	0	1	2	3
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga	0	1	2	3
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas	0	1	2	3
6. Ha discutido con él (ella) por su consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3
8. Se ha escondido, lo (a) evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo drogas o alcohol	0	1	2	3
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar	0	1	2	3
10. Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo	0	1	2	3
11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengán a su casa o prohibirle salir con ellos.	0	1	2	3
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses, o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva.	0	1	2	3
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas	0	1	2	3
14. Se ha sentido desesperado (a) como para hacer algo	0	1	2	3
15. Lo (a) ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas	0	1	2	3
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él (ella)	0	1	2	3
17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace	0	1	2	3
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí	0	1	2	3
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de	0	1	2	3

coartada)				
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir	0	1	2	3
21. Le ha aclarado cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia	0	1	2	3
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado	0	1	2	3
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión	0	1	2	3
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse	0	1	2	3
25. Lo ha acusado de no amarlo (a) o de haberlo decepcionado (a)	0	1	2	3
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica	0	1	2	3
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo (a)	0	1	2	3
28. Ha buscado o esculcado sus bebidas o drogas	0	1	2	3
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos	0	1	2	3
30. Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado qué tan grave es el consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3

GRACIAS POR SU COLABORACION

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS
Versión corta

Clave de evaluación

Califique cada reactivo:

Respuesta	Puntaje
No	0
Una o dos veces	1
Algunas veces	2
Con frecuencia	3

1. Para obtener la calificación de la sub-escala de enfrentamiento comprometido (E) sume el puntaje de los siguientes reactivos:

$$1 + 5 + 6 + 7 + 9 + 11 + 13 + 16 + 17 + 19 + 21 + 25 + 26 + 28$$

La máxima calificación posible en esta subescala es 42 puntos

2. Para obtener la calificación de la sub-escala de enfrentamiento tolerante (T) sume el puntaje de los siguientes reactivos:

$$3 + 4 + 10 + 14 + 20 + 23 + 24 + 27 + 30$$

La máxima calificación posible en esta subescala es 27 puntos

3. Para obtener la calificación de la sub-escala de enfrentamiento apartado (W) sume el puntaje obtenido en los siguientes reactivos:

$$2 + 8 + 12 + 15 + 18 + 29$$

Posteriormente, reste el puntaje de los reactivos:

$$- 5 - 22$$

Después, sume 6 puntos a la calificación obtenida para eliminar los valores negativos

La máxima calificación posible en esta subescala es 24 puntos

Nota: El reactivo 5 contribuye positivamente a "E" y negativamente a "W"

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

En esta sección deseamos saber cómo se ha estado sintiendo en los últimos meses. Ponga una marca en la columna cuyo encabezado se adecua mejor a como se ha sentido (Nunca, algunas veces, a menudo). Por favor recuerde que esta información será tratada con la más estricta confidencialidad.

	Nunca	Algunas veces	A menudo
1. Mareado o débil			
2. Cansado o sin energía			
3. Nervioso			
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza			
5. Con temores o miedos			
6. Con poco apetito			
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente			
8. Sentimientos de que no hay esperanza			
9. Inquieto o asustadizo			
10. Con poca memoria			
11. Dolores en el pecho o dificultad al respirar o sensación de no tener suficiente aire			
12. Sentimientos de culpa			
13. Preocupaciones			
14. Dolores musculares o reumatismo			
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi			
16. Temblores o sacudimientos			
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones			
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso			
19. Sentimientos de tensión o como si me hubiesen dado cuerda (como un reloj)			
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas			
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes de mi cuerpo			
22. Irritabilidad			
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza			
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas			
25. Descontento o deprimido			
26. Ataques de pánico			
27. Sensaciones de debilidad en partes del cuerpo			
28. Sin capacidad de concentración			
29. Dificultad para conciliar el sueño o sueño desasosegado, o pesadillas			
30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez.			

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

Clave de evaluación

Califique cada reactivo:

Respuesta	Puntaje
Nunca	0
Algunas veces	1
A menudo	2

1. Para obtener la calificación de la sub-escala de síntomas físicos sume el puntaje de los siguientes reactivos:

$$1 + 2 + 4 + 6 + 7 + 11 + 14 + 16 + 21 + 22 + 27 + 29 + 30$$

La máxima calificación posible en esta subescala es 26 puntos

2. Para obtener la calificación de la sub-escala de síntomas psicológicos sume el puntaje de los siguientes reactivos:

$$3 + 5 + 8 + 9 + 10 + 12 + 13 + 15 + 17 + 18 + 19 + 20 + 23 + 24 + 25 + 26 + 28$$

La máxima calificación posible en esta subescala es 34 puntos

Se sugiere emplear un punto de corte total de 25 puntos, es decir, las personas que obtengan 25 o más puntos en la escala total están en mayor riesgo.

CES-D

Nos interesa conocer algunas experiencias que pudieron haberle ocurrido la semana pasada. Voy a leer cada una de las preguntas y usted me va a decir el número de días (de 0 a 7) que se sintió así la semana pasada.

	No	Número de días		
		1-2	3-4	5-7
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3
2. No se sentía con ganas de comer o tenía mal apetito	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares ni amigos	0	1	2	3
4. Se sentía tan buena como los demás	0	1	2	3
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6. Se sentía deprimida	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8. Se sintió optimista sobre el futuro	0	1	2	3
9. Pensó que su vida era un fracaso	0	1	2	3
10. Se sintió con miedo	0	1	2	3
11. Su sueño era inquieto	0	1	2	3
12. Estaba contenta	0	1	2	3
13. Habló menos de lo usual	0	1	2	3
14. Se sintió sola	0	1	2	3
15. Sintió que la gente no era amigable	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida	0	1	2	3
17. Pasó ratos llorando	0	1	2	3
18. Se sintió triste	0	1	2	3
19. Sintió que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3
21. No podía seguir adelante	0	1	2	3
22. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3
23. Sentía que su familia estaría mejor si usted estuviera muerta	0	1	2	3
24. Pensó en matarse	0	1	2	3

GRACIAS POR SU COLABORACION

Calificación y evaluación

Menos de 16 No se indica depresión

Consulte a un trabajador social para resolver cualquier duda que usted tenga. Las personas con calificaciones dentro de este rango usualmente no tienen depresión clínica

16 - 20 Se indica depresión leve

Busque asistencia de un profesional de la salud mental y/o de un médico. Las personas con calificaciones dentro de este rango usualmente tienen una leve depresión clínica que debe ser resuelta. Recibir ayuda no es un signo de debilidad; la depresión es una enfermedad médica.

21-25 Se indica depresión moderada

Busque asistencia de un profesional de la salud mental y/o de un médico. Las personas con calificaciones dentro de este rango usualmente tienen una depresión clínica moderada que se debe resolver.

26 ó mayor Se indica depresión severa

Es importante que usted **reciba asistencia lo más pronto posible** de su médico o profesional de la salud mental. Las personas con calificaciones dentro de este rango usualmente tienen depresión clínica severa.