



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO PARA ADICCIONES EN UNA
INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO:
ESTUDIO DE CASO DE DOS JOVENES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

C. AGUILAR REYES YESSENIA

C. HERNANDEZ JUAREZ JACQUELINE

ASESOR: MTRO. CESAR JAVIER ARAMBULA RIOS

CIUDAD DE MÉXICO

2016



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 de Aguilar Reyes Yessenia.

A Dios:

Por Creer y mantener mí Fe, por permitirme llegar a esta etapa de mi vida.

A mis padres, Hilda y José:

Por su incondicional apoyo económico y emocional, por ser mis pilares, por sus consejos, su paciencia, ayuda, amor, cariño, comprensión, por motivarme a perseguir, alcanzar mis sueños y metas, los amo.

A mi hermano Mario:

Por tu racionalidad, punto de vista, apoyo y cariño, te amo muchísimo hermano.

A mis abuelos, Flora y Silvino:

Por su atención, apoyo, cariño, motivación, por sus infinitos detalles y muestra de afecto, los amo.

A Bess H. Torices:

Por apoyarme en momentos de crisis, motivarme a emprender y cerrar este ciclo.

A mi Asesor de Tesis, el Maestro Cesar Arámbula:

Por guiarme, corregirme, por su paciencia, por motivarme a continuar aun cuando hubo momentos complejos durante este proceso y lograr culminarlo, gracias por su compromiso y esmero.

A la licenciada A. Teresa Fonseca García:

Primero que nada por darme la oportunidad de formar parte de la institución que dirige, por permitirme aprender, crecer y desarrollarme en mi ámbito laboral y personal, en segundo lugar por permitirme exponer un pequeño fragmento de la gran labor profesional y humanitaria que se lleva a cabo en la unidad de Nezahualcóyotl.

A los especialistas en adicciones:

Rocio Cuevas, José A. Duana, Susana Jiménez, José J. Ruiz, por ser ejemplos a seguir en el ámbito profesional, por su constante motivación de ser una profesional preparada y con visión clara para esta compleja y noble labor, por ser guías en este proceso, por toda su paciencia, por compartir sus conocimientos, el brindar su completo apoyo profesional y personal.

A mi compañera, colega, amiga, cómplice... Jacqueline:

Por acompañarme en esta otra etapa de mi vida, por compartir este sueño profesional, que es una total realidad, por aceptar el reto de concluir este ciclo juntas.

A mis amigos y compañeros:

Quienes han formado parte de este recorrido profesional y personal, por su apoyo y constante motivación para continuar.

Agradecimientos de Hernández Juárez Jacqueline.

A Dios:

Por darme el tiempo necesario en este universo para cumplir con fe cada uno de mis sueños y metas.

A mis Papás:

Por ser mi motor, por tenerme paciencia, darme mi tiempo y por estar siempre apoyándome a cumplir cada uno de mis sueños. Agradezco los ejemplos, el amor, los valores y todas aquellas enseñanzas que hacen de mí la persona que soy. Gracias por el apoyo moral y económico.

A mis Hermanos y sobrinos:

Gracias a mis hermanos por estar conmigo en las buenas y las malas, en cada etapa de mi vida, por ser parte de esta historia y de mi desarrollo personal y profesional y agradezco infinitamente el haberme dado el mejor regalo que son mis sobrinos, porque para mí es un compromiso de ser un mejor ser humano y un ejemplo para ellos, de que todo lo que se sueña se puede lograr, gracias cachorros por ser una parte de este motor que me motiva a seguir adelante y dar lo mejor de mí.

A mi familia:

A mis abuelos, mis tías, primas (os) porque con su ejemplo me enseñaron a luchar por mis sueños, por estar ahí, por motivarme, por acompañarme y guiarme por el camino correcto.

A mi amiga y compañera de tesis
Yessenia:

Agradezco primero a la vida y al destino por ponerte en mi camino, por ser mi amiga, compañera, cómplice y por darme la oportunidad de realizar este trabajo contigo, gracias por estar siempre en las buenas y las malas, por ser parte de este sueño y de una meta más que logramos concretar juntas.

A mi Asesor de Tesis, el Maestro Cesar
Arámbula:

Infinitas gracias por su tiempo otorgado, por las enseñanzas, la paciencia, dedicación y compromiso brindado en la realización de este trabajo.

A la Lic. Teresa Fonseca García:

Quien es la guía y cabeza de la Institución en donde se llevó a cabo este trabajo. Gracias por darnos la confianza de realizar este proyecto pero sobre todo por darme la oportunidad de aprender de usted y su personal el trato humano y digno y por transmitirnos el compromiso que se tiene por mejorar la salud física y mental.

Al Equipo Médico Técnico:

Gracias por el tiempo, las enseñanzas y por brindarnos la información necesaria para la realización de este proyecto, pero sobre todo porque de manera personal han sido un pilar en mi crecimiento profesional. De cada uno de ustedes aprendo algo y admiro algo.

Compañeros y amigos:

A todos y cada uno de ustedes que durante mi vida personal y profesional se han cruzado en mi camino. Gracias por motivarme y enseñarme un poco más de esta vida tan amplia y llena de conocimientos.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Personalidad del consumidor de sustancias psicoactivas.....	4
1.1. Definiciones.....	4
1.2. Clasificación de las Toxicomanías.....	6
1.2.1. Las Toxicomanías Justificadas.....	6
1.2.2. Las Toxicomanías por Persistencia.....	6
1.2.3. Las Toxicomanías Primitivas por Perversión.....	7
1.3. Rasgos de Personalidad.....	7
1.4. Criterios para Dependencia de Sustancias.....	12
1.5. Criterios para Abuso de Sustancias.....	14
1.6. Trastornos Inducidos por Sustancias.....	14
1.7. ¿Por qué las personas utilizan drogas?	16
1.8. Factores que influyen en la adolescencia como etapa de vulnerabilidad hacia las drogas.....	17
1.8.1. Factores Individuales.....	17
1.8.2. Factores Familiares.....	18
1.8.3. Grupo de Iguales.....	19
1.8.4. Factores Escolares.....	19
1.8.5. Factores Sociales – Comunitarios.....	19
1.9. Datos Epidemiológicos Institucionales año 2014.....	19
Capítulo 2 Breve Historia de las Sustancias Psicoactivas.....	23
2.1. Aspectos Históricos del Alcohol.....	23
2.2. Aspectos Históricos del Tabaco.....	24
2.3. Aspectos Históricos de la Cafeína.....	27

2.4. Aspectos Históricos de Inhalables.....	28
2.5. Aspectos Históricos del Cannabis.....	30
2.6. Aspectos Históricos de los Alucinógenos.....	32
2.7. Aspectos Históricos de la Cocaína.....	34
2.8. Aspectos Históricos del Opio.....	35
2.9. Aspectos Históricos de los Barbitúricos y Benzodiacepinas.....	38
2.10. Drogas de diseño o <i>drogas de club</i>	39
2.10.1. Éxtasis (“tachas”).....	39
2.10.2. El Éxtasis Líquido o GHB.....	40
2.10.3. Otras Drogas de Club.....	41
2.11. Antecedentes Históricos del uso de Sustancias en México.....	42
Capítulo 3. Tratamientos del uso de sustancias psicoactivas.....	47
3.1. Farmacodependencia en América Latina.....	47
3.1.1. Modelos Institucionales y Farmacodependencia en América Latina.....	47
3.1.1.1. Modelo con énfasis en las Sustancias Psicoactivas.....	48
3.1.1.2. Teoría del Modelo Transteórico de Cambio.....	52
3.1.1.3. Modelo de Egan de las Fases del Proceso Terapéutico.....	53
3.1.1.4. Modelos donde la farmacodependencia es una expresión sintomática de una problemática de base más profunda.....	55
3.2. Modelos Institucionales y Farmacodependencia en México.....	58
3.3. Modelos de Tratamiento.....	59
3.3.1. Modelo Hospitalario.....	59
3.3.2. Modelos Ambulatorios.....	60
3.3.3. Intervenciones comunitarias y ambulatorias.....	61
3.3.4. Intervenciones y programas de rehabilitación residencial.....	61
3.3.4.1. Programas e intervenciones farmacológicas.....	62

3.4. Modelos psicoterapéuticos sobresalientes.....	63
3.4.1. Terapia Psicoanalítica.....	63
3.4.2. Terapia Gestalt.....	64
3.4.3. Terapia Cognitivo- Conductual.....	64
3.4.4. La Terapia Conductual Dialéctica (TCD).....	65
3.5. Modelo Biopsicosocial.....	65
3.6. Modalidades de tratamiento de Centros de Integración Juvenil (México).....	67
3.6.1. Actividades de Rehabilitación y Reinserción Social Centro de Día.....	69
3.7. Centros de atención a la farmacodependencia en la zona metropolitana de la Ciudad de México.....	72
3.7.1. Organizaciones o Instituciones de ayuda mutua.....	73
3.7.2. Atención primaria.....	75
3.7.3. Instituciones de consulta externa o comunidades terapéuticas.....	76
3.7.4. Instituciones de Hospitalización.....	78
3.7.5. Centros Toxicológicos.....	80
3.8. Métodos alternativos para tratar una adicción.....	80
Capítulo 4. Método.....	85
4.1. Justificación.....	85
4.2. Planteamiento del problema.....	85
4.3. Objetivos.....	86
4.4. Tipo de estudio.....	86
4.5. Tipo de diseño.....	86
4.6. Lugar.....	86
4.7. Población.....	86
4.8. Muestreo.....	86
4.9. Características de los participantes.....	87
4.10. Criterios de inclusión y eliminación.....	87

4.11. Materiales e instrumentos de recolección de información.....	87
4.12. Procedimiento.....	88
4.13. Análisis de la información.....	88
Capítulo 5. Resultados.....	90
5.1. Caso número 1.....	90
5.1.1. Ficha de identificación.....	90
5.1.2. Motivo de consulta.....	90
5.1.3. Elementos diagnósticos.....	91
5.1.4. Indicaciones y plan terapéutico.....	91
5.1.5. Proceso Centro de Día.....	92
5.1.6. Tratamientos posteriores.....	109
5.1.6.1. Terapia Individual.....	109
5.1.6.2. Nueva Red.....	109
5.1.6.3. Prevención de Recaídas.....	110
5.1.6.4. Datos de pruebas.....	110
5.1.6.5. Cierre del tratamiento.....	116
5.1.7. Pronóstico.....	117
5.2. Caso Número 2.....	118
5.2.1. Ficha de Identificación.....	118
5.2.2. El motivo de consulta.....	118
5.2.3. Elementos Diagnósticos.....	118
5.2.4. Indicaciones y plan terapéutico.....	119
5.2.5. Proceso Centro de Día.....	120
5.2.6. Tratamientos Posteriores.....	133
5.2.6.1. Terapia Individual.....	133
5.2.6.2. Nueva Red.....	134
5.2.6.3. Datos de la pruebas.....	134

5.2.6.4. Cierre del tratamiento.....	140
5.2.7. Pronóstico.....	141
Capítulo 6. Discusión de Resultados.....	142
Capítulo 7. Conclusiones.....	148
Referencias.....	155
Anexos	

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito describir el proceso psicoterapéutico de dos jóvenes farmacodependientes (un adolescente y una adulta joven) que fueron atendidos en la modalidad terapéutica de Centro de Día en una institución especializada del área metropolitana de la Ciudad de México. El tratamiento se llevó a cabo durante el año 2014 y continuó en la modalidad individual y grupal hasta 2015. Se empleó un enfoque cualitativo mediante el método del Estudio de Casos para la reconstrucción de los procesos individuales y una triangulación para el análisis de los eventos acontecidos en las diversas actividades de la modalidad terapéutica. Los resultados muestran que un conjunto de experiencias individuales de los pacientes en las actividades de Centro de Día, junto con las decisiones terapéuticas del Equipo Médico Técnico de la unidad, lograron que ambos pacientes concluyeran su proceso en la modalidad terapéutica y continuaran su tratamiento hasta ser dados de alta en agosto de 2015.

Palabras clave: Farmacodependencia, Centro de Día, Estudio de casos, Proceso terapéutico, Triangulación.

Introducción

Este trabajo se realizó con la intención de demostrar o describir lo que es el trabajo clínico con pacientes farmacodependientes y los resultados del proceso de dos pacientes en específico que acudieron a una institución dedicada a la atención de la farmacodependencia en el área Metropolitana de la Ciudad de México.

En la tesis se describen lo que son los servicios que se ofrecen a este tipo de pacientes y se da un seguimiento a las etapas por las que pasaron (cuales fueron los resultados, condiciones del proceso y como concluyeron).

Quienes esto escriben participaron en la implementación de Centro de Día como co-terapeutas, pero también como monitoras en otras actividades del proceso, por lo que se tuvo la oportunidad de presenciar la mayor parte de las incidencias que se describen. Cabe mencionar que la intención original del trabajo era reseñar de principio a fin una experiencia con un grupo que pasó por el Centro de Día. Sin embargo, los pacientes que integraban el grupo elegido para esta modalidad, fueron canalizados a diferentes servicios de tratamiento ya que la opción grupal no cubrió los objetivos planeados. Por lo anterior, se optó por referir la experiencia de dos pacientes que pasaron por el servicio de tratamiento con anterioridad y que fueron atendidos por quienes esto escriben.

Como se venía diciendo las autoras de este trabajo participaron en la mayoría del proceso de Centro de Día y las actividades restantes que no fueron presenciadas se recuperaron a través de entrevistas con los encargados de éstas y a través de la revisión de los expedientes clínicos. Para cerrar la triangulación propia de una investigación como ésta se empleó la Teoría del Modelo Transteórico de Cambio de DiClementi, Prochaska y Norcross (1992; citados en Díaz Salabert, 2001) para ubicar los momentos por los que pasaron los pacientes.

El presente trabajo está compuesto de las siguientes partes: en el Capítulo 1 se describen las características de personalidad del consumidor de sustancias psicoactivas, los factores que influyen para el uso de ellas y las características de los usuarios que acuden a diversas instituciones de tratamiento.

En el Capítulo 2 se trata brevemente el tema de la historia de las sustancias psicoactivas, ya que éstas han formado parte de la cultura en determinadas regiones desde su uso prehispánico como método curativo, hasta hoy en día como uso recreativo.

En el Capítulo 3 se describen los modelos institucionales que son utilizados con mayor frecuencia para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en América Latina y en la República Mexicana.

El Capítulo 4 aborda el tema de la Metodología, en él se detalla y justifica el enfoque cualitativo del estudio, así como su método y diseño de investigación, las características de los jóvenes que se reseñaron y el procedimiento seguido.

En el Capítulo 5 se muestran los resultados del tratamiento de los casos clínicos, donde se presenta evidencias de Bitácoras escritas de diversos talleres y actividades realizadas durante el proceso de Tratamiento, de la modalidad Centro de Día, así como de Expedientes clínicos, testimonios, tratamientos posteriores y entrevistas realizadas al Equipo Médico Técnico encargados del proceso de los pacientes.

El Capítulo 6, Discusión de Resultados, en él se retoman algunas investigaciones a nivel mundial sobre los tipos de tratamientos para personas consumidoras de sustancias psicoactivas y la eficacia de estos.

En el Capítulo 7 Conclusiones, sintetiza los acontecimientos y logros alcanzados por los jóvenes en el tratamiento del Centro de Día, así como algunos elementos pronósticos conseguidos a través de pruebas complementarias de tipo psicométrico y proyectivo.

Finalmente, en los Anexos se agregan producciones gráficas elaboradas por los muchachos durante el Centro de Día y los instrumentos aplicados durante su evaluación de proceso.

Capítulo 1. Personalidad del consumidor de sustancias psicoactivas

El abuso de sustancias es un problema de salud pública en México y en el resto del mundo, debido a su magnitud e impacto en el bienestar de las personas que consumen drogas y sus graves consecuencias a nivel personal, familiar y social.

Debido a lo anterior es importante conocer las características de personalidad del consumidor de sustancias psicoactivas, los factores que influyen para el uso de ellas y las características de los usuarios que acuden a diversas instituciones de tratamiento.

1.1. Definiciones

Desde tiempos remotos se cree que el uso de drogas es una de las primeras características que nos han hecho distintos a los animales, ya que las drogas se han utilizado desde hace miles de años y en casi todas las culturas las han suministrado de manera tanto clandestina como de forma médica y bajo vigilancia, también es común para la sociedad el uso de manera social o de costumbre personal, como es el caso del tabaco.

Dentro de todos estos intentos de buscar una definición al consumo de drogas, podemos encontrar algunas como las descritas por Oughourlian (1985) donde se definía el término Toxicomanía como “una sujeción (o esclavitud, addiction), es un estado de intoxicación crónica o periódica engendrado por el consumo repentino de una droga, natural o sintética” que contaba con características como el deseo o compulsión de continuar con el consumo de alguna sustancia, así como la tendencia al aumento de dosis por la tolerancia que al paso del tiempo se creaba y, consigo, una dependencia tanto física como psíquica.

Otro de los términos que el mismo autor describe es el de la “*Habitación* (o “hábito”): es un estado resultante del consumo de una droga”. Que lo considera como un deseo pero sin una compulsión del uso de alguna droga, que produce de poca a nula tendencia a aumentar la dosis y, aunque existe cierta dependencia psíquica, hace que no se produzca un síndrome de abstinencia cuando se suprime la ingesta ya que no existe una dependencia física a la sustancia.

Con el pasar de los años estos términos no fueron del todo convincentes por que mostraban ciertas limitaciones ya que se hizo prácticamente imposible y científicamente inexacto quedarse con una sola definición para todas las formas de toxicomanía y (o) de acostumbramiento y es hasta 1969 que el Comité de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) de Expertos en Farmacodependencia en un intento más aporta las siguientes definiciones:

Medicamento: Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones.

Abuso: Uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con un empleo médico aceptable.

Farmacodependencia: Estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por unas modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre una pulsión a tomar el medicamento de un modo continuo o periódico a fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación. Este estado puede ir acompañado o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varios medicamentos.

La O.M.S distingue según los grados de dependencia física y psíquica, de tolerancia y según aparezca o no un síndrome de privación: tipo morfínico, barbitúrico, alcohólico, cocaínico, cannábico, anfetaminico, khat, alucinógenos.

La gravedad de la dependencia física y la seriedad del síndrome de privación varían en razón directa de la cantidad, de la frecuencia o de la duración de la droga.

Los adictos al uso de sustancias crean Tolerancia a la droga: Aparición de una resistencia corporal o tisular (en los tejidos) a los efectos de una droga, de modo que se necesitan dosis más elevadas para reproducir el efecto inicial. Esto coincide con lo dicho por Próspero (2014), que define la tolerancia a una sustancia como la adaptación que sufre el cerebro ante la presencia excesiva de una sustancia. Quien consume alguna sustancia ya no responde a posteriores administraciones de la droga como lo hizo en la primera ocasión,

es decir, los efectos no son tan fuertes como al inicio; en consecuencia, en la mayoría de las sustancias hay un escalamiento en la dosis para provocar el mismo efecto. El autor refiere que el cerebro se adapta a condiciones extrañas y funciona en presencia de altas cantidades de estas sustancias, esta condición, a la cual se le llama alostasis, es un estado en el que el cuerpo funciona diferente (homeostasis modificada); por lo que con ello será que perpetúe la dependencia. Una vez que el cerebro aprende a funcionar en presencia de altas cantidades de la droga, ya no puede funcionar sin ella, pues ya está adaptado a funcionar bajo el efecto de la sustancia. Quiere decir que los cambios en el cerebro son tan profundos que los propios genes del sujeto empiezan a trabajar considerando ese aporte anormal de droga.

El organismo no pierde su sensibilidad a todos los efectos de una droga con la misma rapidez ni en el mismo grado. Algunos efectos pueden debilitarse más rápidamente que otros. Y la tolerancia a estos, hace que el usuario aumente de la dosis.

1.2. Clasificación de las Toxicomanías

Históricamente, Porot (1982; citado en Oughourlian, 1985) distinguió en el plano de las *motivaciones* tres tipos de toxicomanías:

1.2.1. Las Toxicomanías Justificadas

Que podríamos llamar iatrógenas. Se subministra ante enfermedades crónicas muy dolorosas las cuales obliga al médico a recurrir a analgésicos sobre todo a los derivados del opio por su poder toxicomanógeno. En estos casos la enfermedad acaba con el enfermo antes que la droga.

1.2.2. Las Toxicomanías por Persistencia

Siempre son iatrógenas al principio, pero no son justificadas, porque la prescripción de la droga se ha hecho en ocasiones de un episodio doloroso agudo (cólicos hepáticos, nefríticos, etc.) pero el paciente al sentirse bien bajo el efecto de esta sustancia y con la obsesión de que puede volver a sentir dolor, intenta protegerse de antemano contra la reaparición de los síntomas dolorosos y hace uso de ellas aún cuando no las necesite de momento.

1.2.3. Las Toxicomanías Primitivas por Perversión

Cuando el sujeto hace uso de las drogas para aliviar una pena o buscar sensaciones nuevas se habla de una personalidad frágil y a veces incluso anormal. Esto ha permitido que, en ciertos casos, se hable de temperamento toxicomaniaco.

Este modo de ver las cosas coincide con el de Henri Loo (1985), que escribe como conclusión de su tesis: “en nuestro estudio no nos parece que hubiese una personalidad específica, característica de las toxicomanías, sino unas conductas toxicomaniacas que se integran en un contexto neurótico, psicótico y sobre todo psicopático” (Oughourlian, 1985).

1.3. Rasgos de Personalidad

Un creciente volumen de estudios ha valorado la relación entre determinados rasgos de personalidad y consumo de sustancias, con el objetivo de conocer qué rasgos serían los de mayor riesgo para la aparición de un Trastorno por Uso de Sustancias y si ciertos rasgos favorecerían más que otros el consumo de determinadas sustancias. A continuación se mencionarán algunos, los cuales fueron recopilados por Peris y Balaguer (2010).

Terraciano (1990; citado en Peris y Balaguer, 2010) utilizando el Inventario de Personalidad NEO revisado en una amplia muestra en la comunidad estadounidense, aparte de confirmar altos niveles de afectividad negativa y rasgos impulsivos en los consumidores, obtuvieron que: los fumadores puntuaban bajo en escrupulosidad y alto en neuroticismo; los consumidores de cocaína y/o heroína, muy alto en neuroticismo –especialmente vulnerabilidad- y muy bajo en escrupulosidad –especialmente competencia, búsqueda de objetivos y deliberación-, mientras que los consumidores de marihuana puntuaron alto en apertura a la experiencia, medio en neuroticismo y bajo en conformidad y escrupulosidad. Distintos subfactores relacionados con la impulsividad se asociaron con el consumo de todas las sustancias.

En comparación con sus resultados, aluden a los estudios previos en diferentes sustancias, concluyendo lo siguiente:

✓ Tabaco: se ha apreciado que los fumadores puntuaban alto en aspectos relacionados con impulsividad y neuroticismo, bajo en conformidad y autotrascendencia, y en estudios europeos y asiáticos puntuaban también alto en extroversión.

✓ Marihuana: un metaanálisis que categorizó los rasgos en afecto negativo (como depresión, ansiedad), emocionalidad (extroversión, desinhibición social) e inconventionalidad (tolerancia a las desviaciones, irreligiosidad) los cuales podrían coincidir con neuroticismo, extroversión y apertura, respectivamente, sugirió que el uso de marihuana se relacionaba con altos niveles de inconventionalidad y sólo débilmente con emocionalidad y afecto negativo.

✓ Cocaína: los consumidores se caracterizarían por altos niveles de rasgos relacionados con el neuroticismo, tales como depresión e impulsividad, así como psicoticismo, un rasgo relacionado con baja conformidad y baja autotrascendencia.

✓ Heroína: los estudios los dibujan repetidamente como con alto neuroticismo. Muchos estudios muestran una asociación con alta extroversión y alto psicoticismo, aunque de forma menos consistente.

En lo que respecta a la relación de comorbilidad con el alcohol, los rasgos que se han asociado más comúnmente son la impulsividad-desinhibición y neuroticismo-afectividad negativa, mientras que el papel de otros como extroversión- sociabilidad, ofrece datos poco concluyentes.

De acuerdo al artículo de Fantin (2009), identificó estilos de personalidad vinculados al consumo de sustancias. Obtuvo que los adolescentes consumidores tienden a presentar características de personalidad distintivas tal como afirmaban Mesa y León-Fuentes (1996; en Fantin, 2009), que influyen en el consumo o pueden predisponer dicha conducta. Estos adolescentes tienden a relacionarse con otros de manera agresiva y displicente, a ser irresponsables e impulsivos, y a presentar un conflicto de ambivalencia entre la obediencia hacia los demás y el negativismo agresivo cuando no obtienen lo que desean. Suelen ser indiferentes a las necesidades de otros y en las relaciones familiares

presentan conductas rebeldes y opositoras frente a los padres, siendo más frecuente en estos adolescentes la propensión a realizar conductas impulsivas e ilegales. Dichos autores también señalan signos precursoros en la infancia o pre adolescencia de los sujetos consumidores de sustancias: "...problemas de relación con la familia, fracaso escolar, desarraigo, uso de drogas por otras personas cercanas, conducta delictiva, pobre autoestima, falta de conformidad social y cambios vitales estresantes" (Fantin 2009, p. 340).

En el artículo presentado por Sonis (2006), muestra lo siguiente:

Perfil del consumo de tabaco

El antecedente personal de haber sufrido depresiones o intentos de suicidio, está estrechamente vinculado con el consumo de tabaco en la adolescencia. El haber tenido conductas disociales en la infancia y adolescencia, como riesgo del consumo de tabaco.

Perfil del consumo de alcohol

Haber sido víctima de violencia y participado de juegos prohibidos son factores de riesgo.

Perfil del consumo de marihuana

Los adolescentes que dijeron no trabajar estaban más expuestos al consumo, así como aquellos que realizaban actos peligrosos. Esto último coincide con lo hallado en otros estudios, respecto de la asociación entre el consumo de marihuana y la presencia de trastornos de conducta. Otro factor asociado al consumo fue la actitud de algunos adolescentes que dijeron que les parecía bien tener amigos que consumían drogas, o indiferente, coincidiendo con estudios que encontraron que una actitud permisiva de los jóvenes hacia el consumo, constituye un factor de riesgo. Participar en juegos prohibidos es otro hecho, que coincide con estudios que encontraron que los trastornos de conducta constituyen un factor de riesgo.

Perfil del consumo de cocaína

Las situaciones de riesgo detectadas sobre el consumo de cocaína fueron el antecedente de haber tenido convulsiones, haber estado en tratamiento psicológico. El tener

hermanos que consumían tabaco constituyó un factor de riesgo para el consumo de cocaína. Aquellos con el antecedente de padre enfermo o madre depresiva tenían más probabilidades de consumir cocaína.

Perfil del consumo de estimulantes

Los adolescentes que participan en peleas grupales, y piensan que tener amigos que consumen drogas está bien, tienen mayores probabilidades de consumir estimulantes. De los factores de riesgo estudiados, se destacan la influencia de la comunicación familiar, y de las actitudes y conductas de consumo por parte de algunos familiares que influye en el consumo de los adolescentes, así como el consumo de los pares. El adolescente es, más que el adulto, él y sus circunstancias. Depende de sus propias situaciones de salud de la infancia, pero también está muy influenciado por la actitud y comportamiento de su familia, de los pares, de la sociedad en su conjunto y de los marcos legales, Institucionales, religiosos, etc. Necesitan para desarrollarse y crecer pautas y caminos claros, así como contención afectiva y emocional.

Lammoglia (2000) menciona que los alcohólicos tienen una personalidad inadecuada (un desorden de personalidad oculto) que se verá reflejado en diferentes aspectos de la vida del ser humano en sectores como el temperamento, emociones, carácter, los impulsos los cuales pueden ser agresivos o amorosos, la seguridad, todo lo relacionado a la sexualidad y las necesidades primitivas como el beber y comer, bajo un enfoque de placer o no placer.

Lo antes mencionado se va a desarrollar desde el nacimiento, de acuerdo al autor. Una sobreprotección prolongada o por el contrario una falta aguda de afecto puede traer consecuencias en la adultez, por tal motivo el alcohólico al crecer cronológicamente tiene fijaciones ya sea conscientes o inconscientes y al conocer la bebida llega a considerar que le hace falta el efecto sedante que genera el alcohol y toma para “sentirse bien”.

La persona alcohólica puede hacer uso de esta sustancia para “combatir su timidez” ya que tiene la impresión de que lo estimula y lo ayuda a crear otra personalidad más extrovertida. Por otra parte el alcohol también puede considerarse en personas inseguras como que “da confianza” y lo hace olvidar. Si su sentimiento es de soledad, incompreensión

puede ser una causante de alcoholismo, ya que adormece momentáneamente sus frustraciones.

El enfermo alcohólico se encuentra desamparado e impotente ante las exigencias de la vida, tanto familiar, conyugal o laboral y no logra enfrentarlas de manera adecuada. Se dice que su personalidad no está conformada por un ego fuerte que lo ayude a superar dichas exigencias. El alcohólico ignora que tiene un desorden en su personalidad y es por eso que bebe como un medio para obtener gratificaciones, llevar a cabo actos reprimidos o para desaparecer inhibiciones y ansiedad. También existe un sentimiento de culpa a causa del resentimiento que tiene hacia la vida o hacia los padres, se muestra con un patrón de dependencia con ira reprimida y sentimientos de sentirse rechazado por los padres y un intenso deseo de afecto. Los típicos padres de un enfermo de alcohol podrían describirse como: una madre con características sobreprotectoras, demasiado condescendiente mientras que el padre se puede mostrar agresivo, poco afectivo y frío.

Es perfectamente comprensible que en la edad adulta el alcohólico no logre establecer una relación afectiva y significativa con las personas que lo rodean.

Basándose en la observación clínica, Lammoglia (2000) presenta una lista de rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica. Todos estos rasgos son compensados sistemáticamente por el enfermo con actitudes y habilidades. A continuación se describen los rasgos y brevemente los síntomas.

- Inmadurez emocional
- Tendencias a crear dependencia emocional
- Egocentrismo
- Incapacidad de amar
- Labilidad o endeblez emocional
- Conducta impulsiva
- Angustia patológica o existencial
- Soledad existencial
- Mitomanía y mundo fantástico
- Tendencia a la manipulación

- Incapacidad para integrarse a los grupos humanos
- Incapacidad para asimilar las experiencias
- Incapacidad para tolerar la frustración
- Incapacidad para tolerar el sufrimiento
- Vivir sufriendo y sufrir viviendo
- Tendencia a la evasión
- Beber

Aun cuando exista un perfil como tal para cada individuo y su uso de sustancias el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR 2002), ha implementado algunos criterios que a continuación se describen:

1.4. Criterios para Dependencia de 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 cigarro 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). El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- *Dependencia de alcohol (F10.2x)*
- *Dependencia de alucinógenos (F16.2x)*
- *Dependencia de anfetamina (F15.2x)*
- *Dependencia de cannabis (F12.2x)*
- *Dependencia de cocaína (F14.2x)*
- *Dependencia de fenciclidina (F19.2x)*
- *Dependencia de inhalantes (F18.2x)*
- *Dependencia de nicotina (F17.2x)*
- *Dependencia de opiáceos (F11.2x)*
- *Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.2x)*
- *Dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19.2x)*

1.5. Criterios para Abuso de Sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

1.6. Trastornos Inducidos por Sustancias

Criterios para Intoxicación por sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para Abstinencia de sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, (sustancias anfetamínicas, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos.

Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (2013), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones se pueden

clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

1.7. ¿Por qué las personas utilizan drogas?

En general, las personas inician a consumir drogas por varias razones, una de ellas es el sentirse bien, pues la mayoría de las drogas producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación de inicio de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume.

Otra de las razones es para sentirse mejor, pues algunas personas que padecen de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión, inician con el abuso de las drogas con la creencia de disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en el inicio para el consumo de drogas, la continuidad en el abuso de estas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.

Aunado a estas razones se encuentra la creencia del consumo para desempeñarse mejor, donde algunas personas sienten presión por aumentar o mejorar sus capacidades cognitivas o su rendimiento deportivo, lo que puede desencadenar un papel en la experimentación inicial y el abuso continuo de drogas como los estimulantes recetados o los esteroides anabólicos.

También se presenta la curiosidad y el “porque otros lo hacen”, en este aspecto, los adolescentes son particularmente vulnerables, debido a la fuerte influencia de la presión de sus pares.

Los adolescentes son más propensos que los adultos a participar en comportamientos riesgosos o imprudentes para impresionar a sus amigos y expresar su independencia de las normas parentales y sociales (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014).

1.8. Factores que influyen en la adolescencia como etapa de vulnerabilidad hacia las drogas.

Dulanto (2000) considera al adolescente como una unidad biopsicosocial en evolución. Para el autor la adolescencia es:

[...] “el periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos” (p. 8).

La posibilidad de que un adolescente consuma drogas estará influenciada por el número y el tipo de riesgos a los que esté expuesto. Los factores de riesgo son condiciones que acercan a los jóvenes al uso de sustancias. Es importante saber que no todas las personas que están en riesgo llegan al uso de drogas ni progresan a la adicción (NIDA, 2004).

Los factores de riesgo es un tema el cual se ha investigado de forma constante, no solo a nivel nacional en Centros de Integración Juvenil (2010), sino internacional como el trabajo realizado por los autores Muñoz y Graña (2000) y De Lucas (2014) en los cuales la mayoría coinciden que son de orden individual, familiar, grupo de iguales, escolares y/o sociales. A continuación se hará mención de estos:

1.8.1. Factores Individuales

Por lo que respecta a los factores individuales que pudieran originar el uso de drogas estableceremos dos vertientes: la primera corresponde al aspecto psíquico del individuo, lo cual comprende toda una serie de características que tiene que ver con su personalidad. La otra vertiente se refiere al aspecto físico, el cual involucra ciertas características o sintomatología que origina cambios en el organismo del individuo.

Muñoz (2000; citado en Becoña, 2002) menciona como factores de riesgo individuales los siguientes:

- Factores genéticos
- Factores biológico-evolutivos (sexo, edad)
- Factores psicológicos
- Depresión
- Características de personalidad
- Búsqueda de sensaciones
- Personalidad antisocial
- Actitudes favorables hacia la droga
- Ausencia de valores ético-morales

De Lucas (2014) menciona que existen actitudes favorables hacia el consumo de drogas, como:

- Problemas o trastornos afectivos (depresión, ansiedad)
- Rasgos de personalidad: Agresividad, ira, impulsividad, búsqueda de sensaciones
- Trastornos de personalidad del Cluster B (emocional dramático)
- Problemas o trastornos de conducta
- Ausencia de valores ético-morales
- Presencia de problemas o trastornos de la conducta alimentaria

1.8.2. Factores Familiares

- Familia con historial previo de consumo de drogas o actos delictivos
- Actitudes familiares favorables o permisivas hacia el consumo
- Pautas de manejo familiar inconsistentes o inexistentes
- Ausencia de monitorización parental
- Estilo familiar autoritario o permisivo

- Relaciones afectivas deterioradas o inexistentes
- Pertenencia a hogares con conflicto familiar
- Ausencia de comunicación familiar

1.8.3. Grupo de Iguales

- Asociación con amigos/compañeros consumidores de drogas o violentos
- Identificación con grupos no convencionales
- Actitudes del grupo favorables al consumo

1.8.4. Factores Escolares

- Fracaso escolar
- Bajo nivel de implicación y apego al centro escolar
- Conducta antisocial en la escuela
- Mala relación alumno-maestro

1.8.5. Factores Sociales - Comunitarios

- Mayor disponibilidad de drogas
- Leyes y normas sociales favorables al consumo
- Desorganización comunitaria
- Desempleo y empleo precario
- Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación
- Baja percepción social de riesgo frente al consumo de drogas

1.9. Datos Epidemiológicos Institucionales año 2014

El consumo de alcohol y/u otras drogas constituye uno de los problemas crecientes de salud pública en México. Las fuentes de información epidemiológica nacional indican que actualmente existe un aumento en el consumo de drogas y que el inicio del consumo de estas se presenta a edades más tempranas, teniendo como resultado los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, lo cual genera complicaciones tanto físicas como Psicológicas a corto plazo, situación que genera la necesidad de contar con programas de tratamiento y rehabilitación que proporcionen mayor contención y estructura.

De acuerdo con el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2014), los consumidores de drogas solicitantes de tratamiento muestran las características expresadas en las Figuras: 1, 2, 3 y 4.

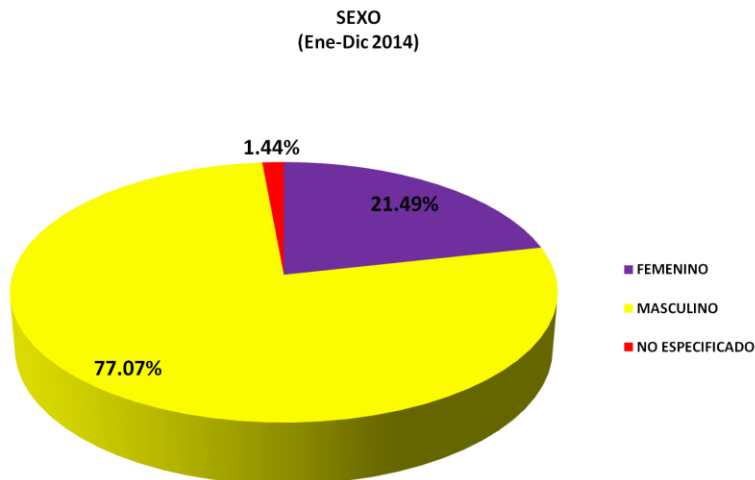


Figura 1: Datos en relación al sexo de quienes acuden a Centros de Integración Juvenil, 2014.

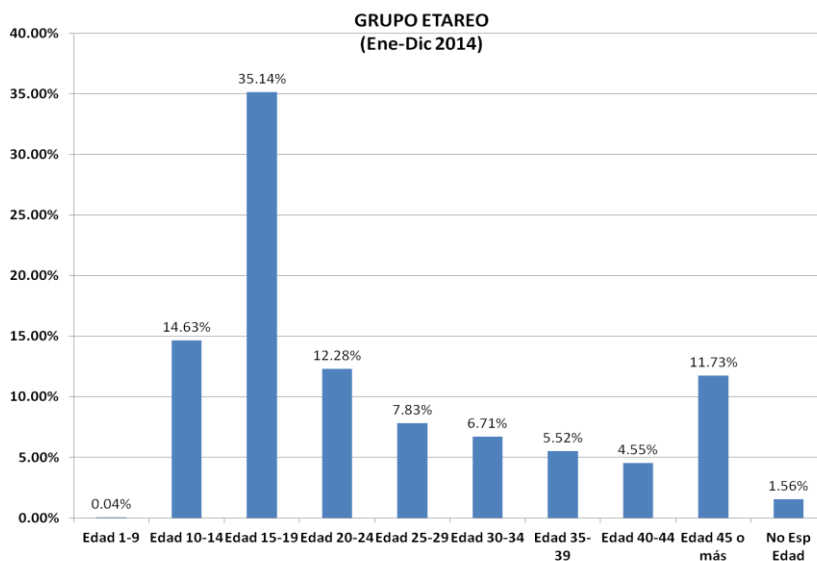


Figura 2: Datos referentes al grupo etareo que acuden a Centros de Integración Juvenil 2014.

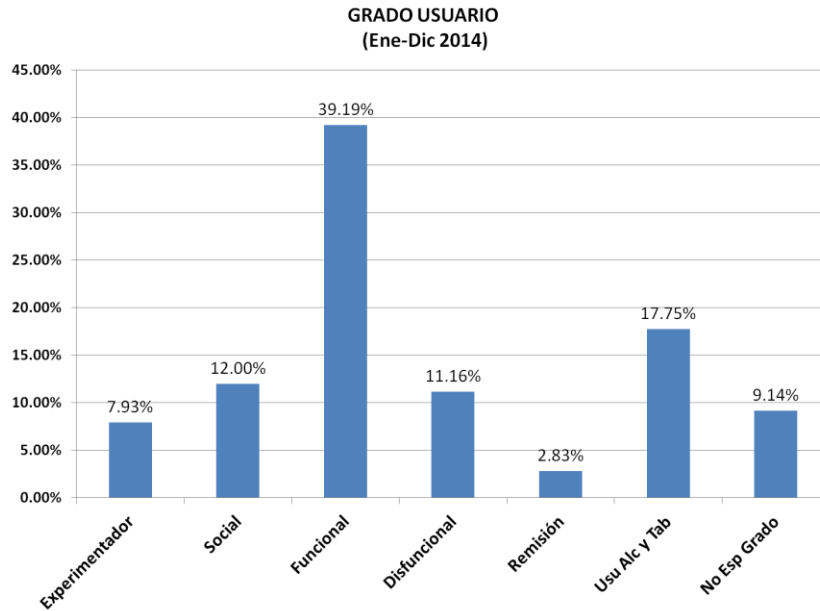


Figura 3: Datos en relación al grado de usuario que asisten a Centros de Integración Juvenil 2014.

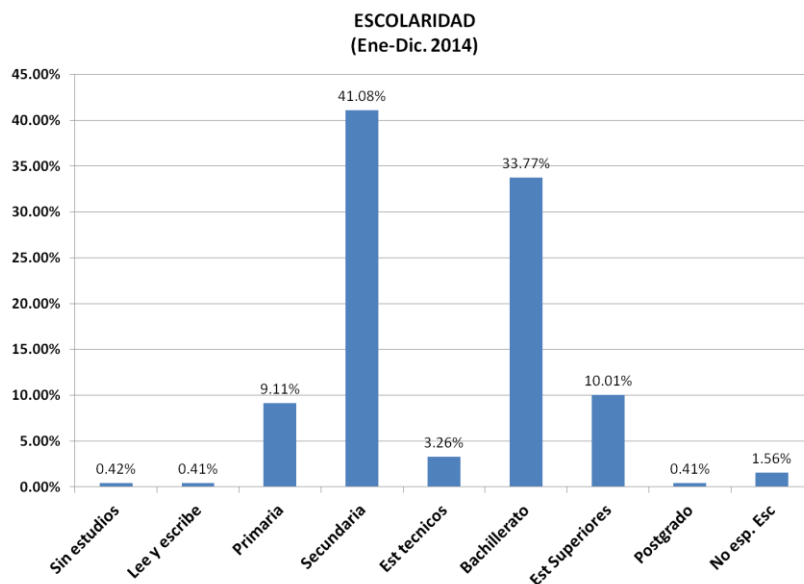


Figura 4: Datos respecto a la edad de usuarios que acuden a Centros de Integración Juvenil 2014.

Dentro de la información de las figuras destaca lo siguiente:

- Acuden al CIJ 21.49% (n= 9,424) mujeres y el 77.07% (n=33,802) hombres, cuya edad promedio es de 15 a 19 años.
- El grado de usuarios con un 39.19% es funcional, mientras que solo el 7.93% pertenece al grupo de experimentador.

- El mayor grado de escolaridad reportado pertenece al nivel secundaria con un 41.08% (n= 18,015), en seguida con el 33.77% (n=14,809) el nivel medio superior. Solo el .41%(n=178) lee y escribe o tiene estudios de postgrado.

Tomando en consideración estos datos, tenemos a un individuo con consumo crónico de sustancias, lo que hace suponer un problema complejo, multidimensional y dinámico, que lejos de perturbar y afectarse a sí mismo, también lo hace al sistema familiar y social, impactando severa y negativamente en la calidad de vida e integridad de la población.

A nivel individual, el consumo crónico causa el desequilibrio en las funciones biológicas, fisiológicas, conductuales y sociales, lo que obliga a proporcionarles opciones de tratamiento integrales e intensivas, esto es, abordajes médicos-farmacológicos, psicológicos y sociales, así como un mayor tiempo de estancia terapéutica y de frecuencia en la intervención.

Como se ha descrito en este capítulo los usuarios de sustancias psicoactivas cuentan con un perfil característico, así como de diversos factores que lo hacen vulnerable al uso de éstas, dentro de éstos se encuentra la etapa de la adolescencia la cual es considerada de alto riesgo para el consumo de drogas, aunque esto no quiere decir que lleguen a un uso o abuso de ellas todos los adolescentes, pero se ha encontrado que es mayor el número de usuarios que consumen alguna sustancia cuando están atravesando por dicha etapa de desarrollo.

En la actualidad es una de las problemáticas más estudiadas, sin embargo esto no es reciente ya que la historia nos dice que desde tiempos remotos existe el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual se abordará en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Breve Historia de las Sustancias Psicoactivas

El fenómeno de la farmacodependencia o drogadicción es un problema de salud física y mental que en nuestros días es una conducta de riesgo importante para la sociedad. El uso de drogas no es nuevo, ya que ha existido desde hace mucho tiempo, aunque no siempre se le ha considerado un problema sino que ha formado parte de la cultura de diferentes grupos sociales. El uso de ciertas sustancias ha sido observado de diferente forma y con distintos fines a través del tiempo y de acuerdo al contexto social de diversos grupos.

En la Edad de piedra, cuando el hombre empezó a descubrir la forma en cómo alimentarse, vestirse y protegerse de las inclemencias del tiempo, también descubrió la manera en que podía utilizar ciertas plantas que le servían no solo como alimento sino para curar ciertas molestias, es decir, servían para propósitos terapéuticos, pues la sustancia utilizada servía para combatir una serie de molestias en el organismo. Un ejemplo de esto es que en diversos pueblos de África, hace unos 4500 años se producían pomadas y extractos medicinales, estos últimos para curar catarros, tos, inflamación de vientre y diarrea (Modell y Lonsing, 1980; citado en Villareal, 1997).

2.1. Aspectos Históricos del Alcohol

Cruz Martín del Campo, en su obra *Los efectos de las Drogas, de sueños y pesadillas* (2007) refiere que desde tiempos remotos, el alcohol ha sido conocido y consumido por el hombre. La fermentación de varias frutas produce alcohol; por ejemplo, de la cebada se hace cerveza; de la piña, el tepache; del maguey, el pulque y de la uva, el vino. En diferentes tiempos y culturas, el consumo del alcohol ha tenido importancia cultural y/o religiosa.

Hay tabletas de barro de Mesopotamia de cerca de 6000 años de antigüedad que registran la cantidad de bebedores de la población e incluyen restricciones sobre la venta y el consumo de alcohol.

En China, bajo el imperio de Cheng K'iang, quienes abusaban del alcohol eran ejecutados. La cultura islámica adoptó un total rechazo al consumo de alcohol como reacción a los excesos observados en la sociedad. Las sectas budistas, en la India, a partir

del siglo V a. C. prohibieron el uso del alcohol. La Biblia tiene numerosas referencias a dicha sustancia, algunas de ellas alertando contra su consumo excesivo.

Años más tarde, en América el consumo de alcohol fue privilegio de sacerdotes aztecas, se tomaba con moderación y en ocasiones especiales.

No es de extrañar el hecho de que muchas culturas estuvieran asociadas desde temprano al consumo del alcohol ya que, por siglos, fue menos riesgoso para la salud consumir vino con moderación que beber agua corriente, portadora de toda clase de enfermedades. Sin embargo, como eran comunes los casos de abuso, las civilizaciones tuvieron que hacer leyes para regular su consumo.

Actualmente se asume que la mayoría de los adultos puede consumir esporádicamente alcohol sin excederse, que un número importante de personas abusan de él ocasional o regularmente y que una proporción menor, pero muy significativa, es incapaz de controlar su consumo. El acuerdo social al que se ha llegado en la mayoría de los países es que solo es legal que beban los mayores de edad y de manera moderada (entendiéndose por moderación un cierto límite de alcohol en sangre establecido por las leyes), todo aquel que exponga su vida o la de los demás a causa del alcohol deberá asumir las consecuencias.

2.2. Aspectos Históricos del Tabaco

La historia del tabaco ha sido controvertida desde sus primeros pasos históricos, hasta su introducción social, pues ha tenido posturas que lo han aceptado y otras no (las primeras por razones médicas de antaño y morales ahora y las últimas, por razones morales al comienzo y médicas posteriormente). Para esta sección se utilizará predominantemente el trabajo de Pardell, Saltó y Salleras (1996).

El uso del tabaco para fines religiosos y médicos estaba ampliamente extendido por el continente americano antes de la llegada de Colón. Los pueblos indígenas nombraban a la planta de muy diversas maneras, de acuerdo al lugar: *cohiva* o *cojiva* en el Caribe; *Kuts* los mayas; *pisietl* y *velt* los aztecas; *saiti* los incas; *vuri* en Colombia; *petum* en Brasil y *Uppowoo* en Virginia.

Los rituales eran diversos, por ejemplo, entre los mayas su uso debió ser muy general, según se desprende de las referencias en el *Popol Vuh*, libro sagrado de los mayas quichés y de representaciones como la del templo de la Cruz en Palenque, en la que aparece el dios Jaguar con un cigarro o pipa tubular. Por otro lado, los aztecas quemaban manojos de tabaco para la fiesta del dios de la guerra Huitzilipochtli. Entre los nahuas del centro de México, existía incluso un dios del tabaco llamado Cinacoatl y entre los indios de Norteamérica y Canadá la tradición de fumar “la pipa de la paz” se ha mantenido desde tiempos ancestrales.

La hoja mascada o fumada en forma de cigarro o de pipa se extendería ampliamente por los ambientes marinos, haciendo buena la creencia popular de que el tabaco “calma el hambre y sirve de consuelo al pobre”. Los españoles contribuirían decisivamente a su propagación, pero serían los portugueses quienes introducirían la planta a África y Asia.

El gran sendero de la difusión del tabaco por todo el mundo sería la aceptación por parte de la nobleza y las cortes de Europa. Y el primer eslabón de esta cadena lo construyó la iniciativa del embajador francés en Lisboa, Jean Nicot, quien en 1560 envió a su soberana, Catalina de Médicis, unas hojas de tabaco molidas (*rapé*) de las que cultivaba en el jardín lisboeta con la pretensión de aliviar sus migrañas. La reina se mostró tan encantada con este remedio eficaz que se convirtió en una activa propagadora del uso del rapé, contando para ello con la colaboración decidida del gran prior Francisco de Lorena. Tan grande sería la influencia de estos tres personajes, que el primero aportó su nombre al genérico de la planta en la clasificación botánica (*Nicotiana*) y de los otros tomó el tabaco dos de las denominaciones con que se le conocía entonces: “hierba de la reina” o “caterinaria” y “hierba del prior”.

En esta rápida difusión del tabaco, que a finales del siglo XVI ya era conocido en los Balcanes, Persia, India, Java, China, Japón y África y pronto lo sería en Turquía, Rusia y países escandinavos, Holanda y Alemania, jugaron un papel determinante las virtudes que se atribuían, lo que hizo que llegara a convertirse en el gran remedio casero, que se vendiera en las apotecas de la época y que en consecuencia, recibiera denominaciones tales como “**panacea antártica**” o “**vulneraria de las Indias**”. En el siglo XVII su cultura era universal (Asia, África, Nuevo Mundo y Europa) superando incluso a los de otras plantas

traídas del continente descubierto, como la patata o el tomate, mucho más útiles para el hombre.

Tras el florecimiento de los usos ornamentales y medicinales del tabaco (uno de los puntos álgidos de este último fue la gran epidemia de Londres, de 1655, en la que se llegó a afirmar que sólo los que fumaban escapaban de la muerte), progresivamente se fue extendiendo su uso con fines meramente placenteros. Y fue tal su aceptación, con la consiguiente demanda del producto, que en 1620 ya se construía en Sevilla la primera fábrica de tabaco (tabaco en polvo) y poco después otra en Cádiz (cigarros). Con el paso del tiempo, sería sustituida en 1758 por la más conocida de la calle hispalense de San Fernando.

Si los siglos XVI y XVII habían visto la extensión del tabaco molido, en pipa y en forma de cigarro (los primeros, especialmente entre las clases acomodadas y la nobleza; el último, común entre la clase baja), el siglo XIX aportaría la introducción del cigarro, en cuya dispersión jugaron un papel relevante los soldados. Se cuenta que en la guerra entre Turquía y Egipto, de 1832, una granada turca destruyó las pipas de unos soldados egipcios, a los cuales se les ocurrió la idea de rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, creando así el primer cigarro. Los turcos imitaron pronto este procedimiento de fumar y lo propio hicieron los soldados ingleses durante la guerra de Crimea en 1856 importando la moda al país. Años más tarde, en 1865, aparecería la primera máquina manufacturera de cigarros, y a partir de ahí, especialmente tras las dos guerras mundiales, se asistiría a la invasión del hábito de fumar cigarros, la forma más común hoy en día de consumir tabaco.

No sería hasta 1830 aproximadamente cuando aparecerían los primeros trabajos dedicados a las consecuencias negativas del tabaco para la salud humana; sin embargo, eran trabajos fragmentados entre el afán moralizador y la evidencia científica. Debería esperarse hasta la década de 1950 y 1960 del Siglo XX para que fueran considerados como estudios pioneros de la saga, cada vez más amplia y concluyente, de evidencias científicas sobre los riesgos del tabaquismo para la salud.

2.3. Aspectos Históricos de la Cafeína

La *cafeína* se encuentra presente en más de cien especies vegetales, pero generalmente se obtiene de las cultivadas por el hombre con el propósito de generar acciones estimulantes sobre el sistema nervioso central. También existe en la nuez del árbol de cola (*Cola acuminata*), en las hojas del árbol del mate, en las semillas del *guaraná* y del cacao (*Theobroma cacao*). Se ha especulado acerca de las ventajas evolutivas que llevaron a una distribución tan amplia de esta sustancia en la naturaleza y probablemente sea porque actúa como pesticida natural contra algunos insectos y larvas. Para esta sección, se utilizará el texto de Cruz Martín del Campo (2007).

Los cafetos son árboles relativamente pequeños que crecen en lugares altos y húmedos. Su fruto, de un rojo brillante, tiene dos semillas o granos del café. Para preparar la bebida, es necesario tostar y moler esos granos, luego hacer pasar por ellos agua caliente.

El café se consume desde hace cientos de años. Hay registros de que algunos religiosos lo tomaban en Yemen para mantenerse despiertos mientras oraban. A principios del siglo XVI ya había casas de café en El Cairo y La Meca, algunas de ellas de mala reputación, por lo que hubo periodos alternados de prohibición y consumo libre. Las primeras cafeterías abrieron en París, Inglaterra y Holanda a mediados o finales del siglo XVII, después del cual su uso se generalizó en todas partes del mundo. La *cafeína* fue aislada del café e identificada como su principio activo en 1821. En 1903, un italiano inventó una máquina para hacer café pasando agua muy caliente a alta presión por granos finamente molidos. Como era un café que se preparaba rápidamente, le llamó “*espresso*” que en italiano quiere decir *rápido*. El café descafeinado se empezó a utilizar a principios del siglo XX, tuvo una época de consumo alto y después declinó a los niveles actuales en los que se ha mantenido más o menos estable. Para extraer la cafeína de las semillas de café se utiliza bióxido de carbono. El producto aislado se utiliza en bebidas de cola o se combina con algunos analgésicos. Actualmente los países con mayores tasas de consumo por cabeza en el mundo son Noruega, Suecia, Finlandia y Dinamarca.

Se piensa que el cultivo del *té* es originario de China, alcanzó su auge en la India a mediados del siglo XVII y en la actualidad se consume en grandes cantidades en el Reino

Unido, Irlanda y Kuwait. El *té negro* (fermentado) tiene mayor contenido de cafeína que el verde, que no es fermentado.

El consumo del *cacao* es originario de los pueblos prehispánicos de América. Con la conquista de estos pueblos, el *chocolate* se popularizó entre los españoles quienes lo llevaron a Europa. A finales del siglo XIX, el suizo Henri Nestlé alcanzó la fama porque hizo las barras de chocolate con leche, un producto que se popularizó rápidamente en su país y en el resto del mundo.

Otras bebidas de uso tradicional que contienen cafeína son el *mate* y el *guaraná*. A pesar de que se le dice *yerba mate*, el *mate* es la infusión preparada con las hojas de un árbol originario de Sudamérica. Se bebe en un recipiente hecho con una calabaza seca (que en quechua se dice *mati*), utilizando una boquilla como popote. Hay leyendas de los indios guaraníes de Paraguay que atribuyen a las hojas de este árbol propiedades mágicas y curativas. Los jesuitas también lo utilizaron y cultivaban el árbol, que sólo crecía de manera silvestre, para preparar la bebida que también llevaba el nombre de *té jesuita*. Actualmente se consume en Uruguay, Argentina, Paraguay y la zona sur de Brasil. El *mate* tiene metilxantinas que son las que le dan sus propiedades estimulantes, además de numerosas vitaminas, aceites y minerales.

El *guaraná* es una bebida tradicional que se comercializa en Venezuela y se hace de las semillas de un arbusto (*paullinia sp.*), ricas en *cafeína*. Se consume también en tabletas que se venden como tónicos y reductoras del apetito.

Algunas tiendas naturistas de Sudamérica ofrecen unas tabletas de *guaraná*, *mate* y *damiana*, otra planta de uso tradicional, como tratamiento para reducir de peso.

2.4. Aspectos Históricos de Inhalables

Para Cruz Martín del Campo (2007), la inhalación voluntaria de sustancias es una práctica antigua para modificar el estado de ánimo que puede rastrearse hasta civilizaciones muy lejanas. Los griegos inducían estados de trance inhalando los gases que provenían de grietas de rocas. Los hebreos aspiraban humos de especias quemadas como parte de ceremonias religiosas.

En épocas más modernas, el óxido nitroso fue utilizado tanto para cambiar la respuesta de las personas al dolor, como para divertirse. El óxido nitroso fue descubierto en 1776 por dos personas que lo sintetizaron de manera independiente y casi de inmediato empezó a utilizarse como entretenimiento en fiestas.

Uno de sus descubridores, Humphry Davey, notó que le mitigaba el dolor de muelas, lo cual le pareció muy conveniente, pero no profundizó en el asunto. Durante una de las demostraciones de los efectos del gas de la risa, el dentista Horace Wells observó que la gente que estaba bajo los efectos del gas podía lastimarse y no darse cuenta. Esto lo llevó a pensar que tenía propiedades anestésicas por lo que empezó a utilizarlo en pacientes para extracciones dentales. Entusiasmado con los resultados, decidió hacer una demostración en público con la ayuda de su asistente William T. Morton. Desafortunadamente, el evento no salió como esperaba porque el paciente despertó más pronto de lo esperado y se quejó del dolor, dejando a Wells en ridículo.

El éter se conocía como medicina para calmar el dolor desde el siglo XVIII y era utilizado por vía oral en forma de gotas. El caso más célebre de abuso de este compuesto se dio en Draperstown, un pueblo de la parte norte de Irlanda que, en un intento por frenar el consumo desmedido de alcohol, emprendió una intensa campaña a favor de la sobriedad alrededor de 1840. El médico del lugar se dio cuenta de que beber un poco de éter producía efectos similares a los del alcohol por lo que empezó a recomendarlo a pacientes y amigos.

Esta práctica se expandió de tal manera que, pasado un tiempo, las autoridades promovieron entre la gente el consumo responsable de alcohol invitándolos a abandonar el del éter ya que causaba daños mayores. La inhalación de éter disminuyó a mediados de la década de 1920 lo cual se logró bajando significativamente los precios del alcohol y mediante una intensa campaña de prevención.

La costumbre de inhalar éter se volvió popular a principios del siglo XIX en los Estados Unidos, particularmente entre estudiantes y profesores de medicina. Uno de ellos, Crawford W. Long, estudiante de la Universidad de Pensilvania, había notado que la gente no sentía nada si se hacía daño bajo los efectos del éter y lo utilizó en una cirugía menor para extirpar unos quistes de cuello. El paciente era consumidor habitual de éter así que le

pidió que lo inhalara antes de intervenir para producir una anestesia total. Después de él, Morton, aquel asistente del dentista que había utilizado óxido nitroso con Wells, usó el éter para extracciones dentales en Harvard e hizo demostraciones exitosas en 1846. Estos eventos marcaron el inicio de la era moderna de la anestesia.

El éter tenía varios inconvenientes, entre ellos su rápida evaporación y el hecho de ser un compuesto altamente inflamable, generando que pronto se sustituyera por el cloroformo que había sido descubierto en 1831. Wells, aún resentido con su ex asistente por haberse llevado el crédito que le correspondía a él por el descubrimiento de la anestesia, utilizó el cloroformo tanto en la práctica dental como para intoxicarse. Desafortunadamente, bajo sus efectos arrojó ácido a unas prostitutas, fue sancionado y a raíz de ello se suicidó.

El cloroformo fue introducido en 1847 en Inglaterra para disminuir los dolores del parto. Hubo críticas por que esta práctica contrariaba la sentencia bíblica de “parirás con dolor”, pero las mujeres no estaban para discusiones de este tipo y se encargaron de popularizar su uso rápidamente. Conforme avanzaron los recursos para inducir anestesia, el éter y el cloroformo fueron sustituidos por compuestos más seguros.

La inhalación de aerosoles, disolventes y vapores de combustible como problema de *abuso de drogas*, es relativamente reciente. En México se identificó desde finales de la década de 1950 y en los Estados Unidos el primer informe es de 1959. Para finales de los 60 su uso se había extendido mucho entre los jóvenes.

Contrariamente a lo que podría pensarse, el *abuso de inhalables* constituye un problema a nivel mundial aunque presenta particularidades regionales. Tal vez sea más visible en los países con menores recursos por el fenómeno de los niños que viven y/o trabajan en la calle, pero también está presente en las ciudades desarrolladas.

2.5. Aspectos Históricos del Cannabis

Las reseñas históricas más antiguas del uso de los derivados del cannabis se remontan al Imperio Chino. En el *Pen-ts'ao Ching*, famosa farmacopea atribuida tradicionalmente al emperador Shen Nung (2727 a. C), se hace referencia a su uso para

extraer fibras. En la India, las referencias más antiguas datan del año 2000 a. C., como sustancias utilizadas en ceremonias religiosas.

El cultivo de esta planta se extendió desde sus regiones originales (probablemente desde Asia central) hasta Occidente, fundamentalmente para extraer fibras para la manufactura de tejidos y sogas, también como alimento para pequeños animales domésticos (gatos y pájaros) o como condimentos (en sopas y dulces), aunque hay indicios del uso de aceite de cannabis en la preparación de tintes y barnices. Estos usos llegaron al Mediterráneo hacia 1500 a. C., Herodoto (450 a. C) describió su utilización por parte de algunos pueblos indoeuropeos de Asia Menor. Los escitas utilizaban la planta para purificarse tras los funerales, para lo cual arrojaban las semillas de cáñamo sobre piedras muy calientes, creando un humo muy denso que al ser aspirado producía la intoxicación de los presentes en la ceremonia. Otros pueblos que utilizaron la planta fueron los hebreos, los babilonios y los asirios.

La expansión del empleo del *Cannabis sativa* por Europa fue temprana, con las migraciones hacia el Oeste de los pueblos indoeuropeos. No hay evidencia de que la planta fuera utilizada por los griegos con fines comerciales, rituales o euforizantes, pero parece que no les era desconocida. Tampoco lo fue para los romanos, que utilizaron la planta como fuente de fibra textil y la incorporación a la farmacopea occidental. Dioscórides (hacia 70 d. C) describió las preparaciones de la planta como analgésico y como freno de deseo sexual, Galeno sustentaba que el abuso de la planta producía esterilidad y tenía propiedades euforizantes.

La expansión del Islam desempeñó un papel decisivo en la difusión de la planta y su empleo como sustancia inductora de embriaguez. Al parecer, la planta se introdujo en los países árabes hacia el siglo IX. El consumo del cáñamo como sustancia psicoactiva fue muy común en algunas sectas islámicas, como la de los dervishes, para ayudar a sus miembros a soportar largas horas de meditación y ayuno. El consumo de los derivados de la planta fue muy arraigado en el mundo musulmán a lo largo del Medievo, hasta convertirse en un problema para las autoridades, lo que indujo a que en diversas zonas se dictaran prohibiciones contra el uso de estas sustancias. También durante la Edad Media y debido a la expansión musulmana hacia el Sur, se introdujo esta planta en África, llegando hasta el

extremo sur del continente. Su uso se extendió por Europa a partir de las campañas napoleónicas en Egipto.

Al continente americano llegó de manos de los españoles en la primera mitad del siglo XVII, quienes utilizaron la fibra para suministrar preparaciones a la Armada española. Se intentó su cultivo en Colombia, Perú, México y Chile, siendo ésta la única nación que desarrolló capacidad para exportar cáñamo a España. Inglaterra, con el mismo fin que España, introdujo la planta en Canadá y en algunas zonas de Estados Unidos en esas mismas fechas. Ya un siglo antes, la necesidad de aparejos para la flota inglesa era tal que Enrique VIII ordenó en 1533 que todo aquel que ocupara la tierra de labranza debía sembrar anualmente un cuarto de acre de lino o cáñamo por cada 60 de tierra arable.

Dado que los europeos no tenían la costumbre de utilizar la *Cannabis sativa* como fuente de sustancias embriagantes y que en la civilización cristiana la principal droga era el alcohol, su uso no se hizo frecuente hasta la mitad del siglo XIX. Algunos de los más célebres escritores europeos del siglo pasado fueron consumidores de estas sustancias. Incluso se establecieron clubs *des hachischins* en toda Francia, a la manera de los fumadores de opio. Su uso se popularizó en el mundo occidental hacia los años 60, en el ambiente contracultural juvenil de esa época (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

2.6. Aspectos Históricos de los Alucinógenos

Para esta sección se utilizara el texto de Cruz Martín del Campo (2007) quien refiere que, en la búsqueda de alimentos nuestros antepasados encontraron los venenos, las plantas con propiedades curativas y las sustancias alucinógenas. Sin duda, la observación de la conducta de los animales les habrá servido como marco de referencia. Si al pastar en ciertas zonas los animales convulsionaban o salivaban en exceso dando señales de trastornos serios, habrían averiguado qué lo causaba para evitarlo en su dieta. Si, por lo contrario, observaban a las aves picotear las semillas de alguna planta con particular fruición, seguramente habrán probado qué era eso que causaba tanto alboroto. Al rozar con sus brazos y piernas algunas plantas, se les habrán pegado algunas resinas notando que producían cambios profundos de percepción. Por último, no pueden haber dejado de notar

que algunos animales, después de ingerir ciertos hongos, hacían movimientos que sugerían que trataban de ahuyentar visiones imaginarias.

Gracias al trabajo de antropólogos, historiadores y etnofarmacólogos, se han documentado los usos tradicionales de plantas alucinógenas, por lo que se utilizará el texto de Cruz Martín del Campo (2007) donde encontramos que el consumo de estas sustancias en las comunidades está a cargo de curanderos o *chamanes* (también se les dice *shamanes*) en un contexto ceremonial para tratar de establecer contacto con “espíritus” capaces de transmitirles poder y sabiduría, para adivinar el futuro o para encontrar cosas perdidas. Algunos de los rituales que todavía es posible observar en comunidades indígenas aisladas de Brasil, Perú y entre los *huicholes* de México, dan testimonio de la profunda influencia de los alucinógenos en su cultura.

La historia de las brujas está estrechamente ligada con el uso de plantas alucinógenas. Conocedoras de herbolaria, estas mujeres preparaban ungüentos que contenían plantas y hongos alucinógenos, los untaban en la piel o por vía vaginal mientras cubrían sus cuerpos con pieles de lobo u otros animales. En ocasiones utilizaban su escoba o la misma vara que habían usado para aplicarse el ungüento, como si fuera un corcel para “volar” por los aires y reunirse con otras brujas. La experiencia alucinógena, fortalecida por los estímulos sensoriales podía ser muy fuerte y les hacía creer que sus alucinaciones eran reales.

Hasta el momento se han identificado alrededor de un centenar de especies alucinógenas, entre plantas y hongos con propiedades psicoactivas donde existen clasificaciones interesantes que distinguen cuatro categorías:

- a) Los *alucinógenos*, tal cual, como los hongos del género *Psilocybe*.
- b) Los *inductores de trance* que producen un estado de languidez o letargo con percepciones incrementadas, como la hoja de la pastora.
- c) Los *cognodislépticos* que avivan la fantasía, alteran los mecanismos de la memoria y estimulan la imaginación, por lo que tienen la reputación de ser útiles para “adivinar” el futuro, como el *ololiuqui*.

d) Los *delirógenos* que nublan la conciencia y producen desorientación y alucinaciones, como el *toloache*.

En contraste con los ejemplos antes mencionados, la LSD es una sustancia muy potente que produce cambios drásticos de percepción que predominan sobre los demás y se presentan en dosis que no ponen en riesgo inminente la vida de las personas ni comprometen el funcionamiento de órganos vitales.

2.7. Aspectos Históricos de la Cocaína

Las hojas de la planta de la coca se mascaban desde tiempos prehispánicos como estimulantes para contrarrestar los efectos de la fatiga en las jornadas de trabajo y como parte de rituales religiosos. Hoy día aún sobreviven algunas figurillas de piedra de la cultura inca que representan a hombres con las mejillas hipertrofiadas por masticar las hojas del arbusto. Con la llegada de los españoles y la caída del imperio se presentó un aumento en su consumo lo que llevó a la prohibición de esta práctica. Los conquistadores pronto cambiaron de opinión, sin embargo, porque era evidente que la resistencia a la fatiga de los trabajadores era mayor cuando consumían las hojas de la coca que cuando no lo hacían. Amerigo Vespuccio (1504) fue el primero en describir, en una carta en la que relataba sus experiencias con los nativos de la isla de Margarita en las costas de Venezuela, la costumbre de mascar coca.

Desde finales del siglo XVI, se transportaron a Europa las hojas de esta planta donde, a diferencia de lo sucedido con el tabaco, fueron recibidas con indiferencia, probablemente por haber perdido potencia durante el viaje trasatlántico. Para 1860 ya se había aislado e identificado la estructura química de la cocaína. Además de sus efectos de disminuir el cansancio y mejorar el estado de ánimo, pronto fue evidente que tenía propiedades de anestésico local (adormece la lengua) y fue introducida por Carl Keller en la práctica clínica para la mezcla de alcohol con cocaína conocida como *vino Mariani*, la cual se utilizaba como una especie de remedio mágico para todos los males. Sigmund Freud se entusiasmó inicialmente con los efectos de esta droga en sus pacientes y en sí mismo, pero al acumular experiencia empezó a considerarla riesgosa. Él, al igual que otros

investigadores, creyó que la cocaína funcionaría como un remedio contra la adicción al opio. Sólo la experiencia demostró lo equivocado de esta suposición.

Ya iniciado el siglo XX, la cocaína era muy popular. Hasta 1903, la Coca-Cola tenía un extracto de hojas de coca. Se popularizó rápidamente por sus efectos “tonificantes”. Frente al aumento evidente en la demanda de la cocaína, los incrementos alarmantes en sus niveles de importación en los Estados Unidos y los problemas de adicción y vandalismo asociados a su consumo, progresivamente fue imponiéndose un control cada vez mayor sobre la venta y posesión de esta sustancia, hasta que Estados Unidos la declaró ilegal en 1914. A partir de entonces, su uso se restringió a sectores marginales de la población a través de su distribución en el mercado negro.

Unos años después entraron a escena las *anfetaminas*. Estos compuestos, sintetizados por primera vez en 1887, son sustancias capaces de elevar la presión arterial, quitar el hambre, dilatar las vías respiratorias y estimular el sistema nervioso central. Algunos de estos efectos resultaron de utilidad en la clínica, como por ejemplo la dilatación de las vías respiratorias para el tratamiento del asma o el incremento en el estado de alerta para contrarrestar la narcolepsia, una enfermedad en la que se presentaban episodios de sueño incontrolable durante el día. También se utilizaron para el tratamiento de la obesidad por sus efectos supresores del apetito. Para 1932, un laboratorio farmacéutico puso a la venta un inhalador que tenía en su interior un algodón impregnado de anfetamina y que se utilizaba para el asma. No tardaron en presentarse algunos casos de abuso por parte de personas que sacaban el algodón y lo mascaban en busca de los efectos estimulantes del compuesto activo.

En la actualidad, aunque la cocaína sigue siendo muy comercializada en el mercado negro, su consumo ha empezado a disminuir en Estados Unidos; en México, en cambio, va aumentando junto con el de las *metanfetaminas*, en particular de la *MDMA* o *éxtasis* (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.8. Aspectos Históricos del Opio

El opio se extrae haciendo cortes superficiales en las cápsulas inmaduras de la variedad de amapola *Papaver somniferum*. El líquido blanco lechoso que brota de estas

cápsulas se convierte en una goma de color pardo (la goma de opio) al entrar en contacto con el aire. Sus propiedades fueron conocidas desde la antigüedad por diversas culturas y hay evidencia de que su uso con fines tranquilizantes y curativos data de hace miles de años. El nombre de la planta claramente indica que produce sueño porque contiene *alcaloides* naturales entre los que se incluyen la *morfina*, llamada así en honor de Morfeo, el dios griego del sueño.

Entre los pobladores Chinos, durante la edad media, el opio era utilizado como medio para eliminar la fatiga; sin embargo su uso cambió cuando se introdujo la costumbre de fumarlo.

En 1806, Adam Sertüner, un aprendiz de farmacéutico sin estudios formales de química, publicó los resultados de sus experimentos con extractos de opio probados en animales. A partir de sus ensayos encontró un compuesto de naturaleza básica o alcalina capaz de reproducir los efectos del opio. Dicho hallazgo no fue reconocido durante una década porque no querían darle crédito a que un resultado de tanta relevancia hubiera sido obtenido por una persona sin calificaciones académicas. Fue necesario que el químico francés Gay Lussac reconociera la trascendencia del hallazgo para que se le diera la difusión que merecía.

Para 1820 ya era posible conseguir morfina de fuentes comerciales. A partir de entonces empezó un interés creciente por sintetizar compuestos parecidos que tuvieran los efectos benéficos de la morfina sin los indeseables. En la década de 1850, un industrial inglés perfeccionó la aguja hipodérmica y abrió con ello una nueva época en la relación del hombre con las sustancias psicoactivas. Se tenía la creencia de que la adicción al opio se daba porque esta sustancia se consumía por la boca, al fumar pipas o al ingerir preparados de opio. De manera similar, se creía que el deseo irresistible de seguir consumiendo la droga era una especie de hambre, por lo cual si se inyectaba morfina directamente en la sangre, sin pasar por la boca, este componente desaparecería. Éste fue un error histórico doble; no sólo empezó a usarse la sustancia pura, y por tanto en cantidades mayores que las que se obtenían al fumar opio, sino que se administró por una vía más rápida y eficaz. Los casos de adicción no se hicieron esperar, particularmente entre las clases altas porque solo ellas podían acudir a la consulta médica, comprar morfina y tener una jeringa en casa que,

en aquellas épocas, era un pequeño lujo. Ante tal situación el gobierno norteamericano tenía que poner un límite, ya que el consumo de opio aumentó. Aunque se hubiera prohibido la importación de opio su consumo se extendió hacia poblaciones marginales, por lo cual se estableció la Ley Harrison en 1914, “la cual tenía por objeto esencial, suprimir la utilización extra médica de estupefacientes mediante el establecimiento de un minucioso sistema de fiscalización, control y la imposición de impuestos a todas las drogas producidas o importadas en EU” (Sills, 1974; citado en Villareal, 1997, pp. 1-2)

La cadena de errores no terminó allí. En 1874, Alder Wright mezcló morfina en el laboratorio con anhídrido acético, puso la mezcla a hervir y obtuvo la diacetil-morfina. Pronto se dio cuenta de que esta nueva molécula era igualmente eficaz que el compuesto original pero más potente; es decir, podían obtenerse los mismos resultados con cantidades diez veces menores que con la morfina. Rápidamente se comercializó este nuevo “fármaco maravilloso” con el nombre de *heroína* y se distribuyó como un remedio eficaz contra la diarrea y la tos enfatizando en la propaganda que era un compuesto que no creaba adicción. El nombre sugería sus muchas cualidades porque se le consideraba un héroe de la terapéutica pues no sólo era eficaz y potente sino también un remedio contra el “morfinismo”, ya que era evidente que las personas adictas a la morfina podían abandonarla en cuanto empezaban a tomar la heroína.

Se pensó que la heroína, al ser un compuesto semi sintético producido en el laboratorio no compartiría el potencial adictivo de la morfina, un compuesto natural. Una idea con poco fundamento, por cierto, ya que la estructura de ambas sustancias es muy parecida. Otra razón fue el contraste que ofrecía un compuesto claramente eficaz como analgésico, antidiarreico y supresor de la tos frente a tantas “medicinas” inútiles en una época en que muchas prácticas clínicas obedecían más a supersticiones que a hechos comprobados.

La causa fundamental de este error, sin embargo, es que no se hacía experimentación rutinaria en animales de laboratorio antes de ofrecer una sustancia para el consumo humano. En esas circunstancias no era posible predecir el potencial adictivo de los nuevos compuestos, éste se determinaba, simplemente, por el número de adictos que aparecían después de un periodo de venta libre al público. Pronto fue imposible ignorar los

casos de abuso y muerte por sobredosis de heroína y la comunidad médica empezó a ser más cauta al prescribirla (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.9. Aspectos Históricos de los Barbitúricos y Benzodiazepinas

Los primeros compuestos utilizados como sedantes fueron los bromuros, particularmente para tratar algunas formas de epilepsia, siendo el más popular el Bromo Seltzer. Los casos de intoxicación eran relativamente frecuentes porque la eliminación de los bromuros es muy lenta, con una *vida media* de 12 días, y al tomarlos de manera frecuente fácilmente se acumulaban en la sangre hasta llegar a niveles peligrosos produciendo mareos, irritabilidad, perturbaciones emocionales, problemas en la piel y trastornos gastrointestinales. En casos severos, se producían psicosis y coma.

En 1864, Adolfo Beyer sintetizó el ácido barbitúrico, llamado así porque su descubridor realizó algunos experimentos críticos el día de Santa Bárbara. A partir de este compuesto prototipo se obtuvieron varios derivados de los cuales el de mayor utilidad clínica fue el *barbital* (Veronal) que se utilizó como remedio contra el insomnio. Después se introdujo el *fenobarbital* que resultó muy eficaz para controlar crisis convulsivas y un trabajo de síntesis química llevó a la obtención de otros compuestos con efectos de menor duración como el *pentobarbital* y el *secobarbital*. Para 1930 se introdujeron a la terapéutica los barbitúricos de acción ultrarrápida que resultaron particularmente útiles como inductores de anestesia; de éstos los más conocidos con el *tiopental* y el *hexobarbital*.

El *margen de seguridad* de muchos de los barbitúricos era muy bajo, ya que la cantidad que se necesitaba para producir los efectos deseables (inducción de sueño, control de convulsiones) no estaba lejos de la que producía la muerte. Ésto llevó a una búsqueda intensiva de compuestos más seguros.

Las *benzodiazepinas* se introdujeron a la clínica en la década de 1960. De inmediato se reconoció que su margen de seguridad era mucho más amplio que el de los barbitúricos. Al principio se pensó que no producirían dependencia física ni adicción, pero para 1970 ya había suficientes casos de abuso que demostraban lo contrario. La primera benzodiazepina de uso clínico fue el clordiazepóxido conocido comercialmente como Librium, de la palabra latina *equilibrium*, para dar idea de la estabilidad emocional que ofrecía. Estudios

en humanos demostraron que disminuía la ansiedad, era relajante muscular y tenía actividad anticonvulsiva. Pronto se sintetizó el diazepam (diacepam o Valium) el lorazepam (Ativan) y otros derivados con mayor o menor eficacia para tratar diferentes trastornos. En la actualidad existen muchas benzodiazepinas de uso clínico y varios millones de personas las toman o las han tomado alguna vez en la vida para el tratamiento de diferentes trastornos. Conviene conocer mejor a estas sustancias que por un lado son medicinas eficaces si se usan bajo control médico, y por el otro, potenciales drogas de abuso cuando se usan por más tiempo del indicado, en mayor cantidad o fuera de un esquema de tratamiento (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.10. Drogas de diseño o *drogas de club*

Revisando la bibliografía actual y algunos trabajos de seguimiento epidemiológico del uso de drogas, se observa que bajo el apartado de drogas de club siempre se encuentran, al menos, el *éxtasis* (o “tachas”), el *éxtasis líquido* y la *ketamina*. A pesar del nombre, las dos primeras sustancias no tienen relación entre sí ya que pertenecen a grupos químicos diferentes. El *éxtasis*, a secas, es un estimulante de la familia de las anfetaminas, mientras que el *éxtasis líquido* es un potente inhibidor del sistema nervioso central. La *ketamina* y su predecesor, el *polvo de ángel* o *PCP*, son *anestésicos disociativos* con un mecanismo de acción particular. Dado que todas estas drogas son sintéticas y no se requiere de cultivos a campo abierto para obtenerlas, se les conoce también como *drogas de diseño* (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.10.1. Éxtasis (“tachas”)

Son pastillas atractivas por sus colores, algunas podrían pasar por tabletas de vitamina C, aunque también hay blancas convencionales. Tienen formas diferentes, ovaladas, triangulares o redondas. En su exterior pueden tener grabada una letra X, haciendo alusión a su nombre, (*éXtasis*), la S de *superman*, una carita feliz, la M de Motorola, la cara de un personaje de caricatura, un pajarito o un corazón por citar solo algunos ejemplos. Por la X, un “tache”, la gente las conoce como “*tachas*”. La variedad es enorme y, como hay para todos los gustos, también se venden en forma de cápsulas o en forma de “cristal”.

Parecieran inofensivas, sin embargo el que las consume, lejos de verse introvertido, está lleno de energía. Los compañeros de fiesta las recomiendan para bailar por horas sin fatigarse. El consumidor se siente más cercano a los que lo rodean, más empático, con mayor aceptación de los otros y de sí mismos. Los efectos deseables aparecen de 20 minutos a una hora después de tomarlos y duran de 4 a 6 horas.

Durante ese tiempo los usuarios experimentan sensaciones intensas al tacto (dicen que sienten “la piel de durazno”), tienen deseos de entablar conversaciones y de acercarse a la gente. Como sucede con todas las anfetaminas, bajo sus efectos se experimenta un aumento de energía, disminución del sueño y del apetito.

Su consumo está aumentando en asociación con las llamadas fiestas *rave*. Ésta es una palabra en inglés que significa *delirio* o delirar. Las fiestas *rave* son reuniones de cientos o miles de jóvenes que se congregan en grandes explanadas o lugares amplios como bodegas o zonas desérticas para bailar al ritmo de música repetitiva, de larga duración. La combinación de sonidos repetitivos, baile y efectos de las pastillas produce un estado alterado de conciencia que se combina con grandes esfuerzos físicos, sin percepción de hambre o fatiga y con un estado de ánimo particular. Sus efectos son mixtos: estimulantes y ligeramente alucinógenos, o según otras personas, *ilusinógenos*. También se presenta boca seca, apretamiento involuntario de las mandíbulas, aumento de la temperatura corporal y transpiración. Cuando se combinan el esfuerzo físico, un ambiente numeroso, la no percepción del propio cansancio, la pérdida de agua y el aumento de temperatura corporal, el resultado puede ser muy peligroso (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.10.2. El Éxtasis líquido o GHB

El *GHB*, conocido en el argot de las drogas como *éxtasis líquido*, es una de esas sustancias que se desarrollaron en la búsqueda de compuestos con fines terapéuticos. Se vendió legalmente por algún tiempo y gradualmente fue pasando al abuso, a la prohibición de su venta y al mercado negro. Hasta antes de la década de 1990 se vendía en tiendas naturistas como promotor del crecimiento muscular y complemento alimenticio. La aparición de casos de abuso llamó la atención de las autoridades sanitarias de Estados Unidos quienes decretaron su prohibición.

Es de llamar la atención que el *éxtasis líquido* se considere entre las drogas de diseño porque en realidad es una sustancia que se encuentra naturalmente en el cerebro de los mamíferos. Su nombre proviene de la abreviatura de ácido Gamma-Hidroxi-Butírico y se parece mucho al neurotransmisor inhibitor más importante del sistema nervioso, el ácido gamma-amino-butírico o GABA. El parecido no es casual ya que del GHB puede producirse GABA a través de la acción de una enzima específica.

El GHB tiene varios efectos entre los que destacan su capacidad de producir sueño y relajación. La frecuente asociación de su consumo con alcohol puede producir efectos de depresión extrema del sistema nervioso con todos los riesgos asociados. Los efectos del GHB, cuando se consume sin combinar, aparecen rápidamente, entre los 15 y 20 minutos posteriores a su ingestión y duran alrededor de una a cinco horas. En casos de dosis altas o cuando se ingiere GHB en combinación con alcohol, los efectos pueden ser mucho más marcados y prolongados e ir desde un sueño profundo del que no es posible despertar, hasta la presentación de un estado de coma o muerte. De esta depresión profunda los sujetos pueden despertarse espontáneamente varias horas después y no recordar lo que les sucedió mientras estuvieron bajo los efectos del GHB.

Por ser un compuesto relativamente nuevo en el panorama de las drogas de abuso aún se desconoce mucho de su farmacología como droga de abuso. Se sabe por los usuarios, que produce tolerancia a los efectos de euforia y relajación ya que es necesario aumentar la dosis cuando se usa repetidamente. En cuanto a su capacidad de producir dependencia física, los consumidores frecuentes mencionan que al suspender su consumo experimentan fatiga e incapacidad para conciliar el sueño pero que estos efectos son pasajeros y desaparecen aproximadamente en tres días. Habrá que esperar a que se genere más conocimiento para entender mejor los efectos de esta droga a largo plazo (Cruz Martin del Campo, 2007).

2.10.3. Otras drogas de club

Dentro de las llamadas *drogas de club* a veces se mencionan algunos opiáceos que, aunque conocidos desde hace tiempo, están experimentando un aumento de popularidad como drogas de abuso. Tal es el caso del *fentanil* que se usa como anestésico de corta

duración; la *codeína* que es un potente supresor de la tos; el *óxido nítrico* que se vende en globos en las fiestas y es el conocido como *gas de la risa*; y el *flunitrazepam* o Rohypnol. Previsiblemente, como todo lo que está de moda, este panorama cambiará, por lo que habrá que estar atentos a este tema.

Bajo los efectos del *GHB*, la *ketamina* y la *fenciclidina* hay episodios amnésicos. Llama la atención que estas drogas estén de moda en ambientes de jóvenes con recursos económicos y asociados con clubes. Ni la experimentación clínica, ni los casos de muerte o los claros efectos adversos en consumidores de estas drogas, trascienden lo suficiente como para crear conciencia del riesgo que representa su consumo; sin embargo, vale la pena preguntarse por qué y conviene hacer algo al respecto (Cruz Martín del Campo, 2007).

2.11. Antecedentes Históricos del uso de Sustancias en México

En nuestro país el uso de drogas fue surgiendo de manera similar a lo observado en otros países.

Es decir, tenía tanto fines místicos como terapéuticos. En cuanto a los primeros, tenemos el ejemplo de aquellos pueblos y tribus indígenas que en la época de la conquista española se descubrió que utilizaban hongos embriagantes, durante sus celebraciones y festejos con el fin de dar placer a su espíritu. Cabe mencionar que durante esa época se trató de imponer a los indígenas el hecho de venerar a un solo Dios. Sin embargo, era difícil para ellos aceptar ese mandato, ya que tenían la creencia de la existencia de varios dioses según fueran sus rituales. Los indígenas tuvieron que someterse a las imposiciones de los españoles, aunque fuera solamente “ante sus ojos”, ya que clandestinamente en sus hogares veneraban a un Dios que simbolizaba la adoración de la planta llamada “Ololiuqui”, la cual era escondida en canastos para que ningún extraño la descubriera y de esta manera poder continuar con sus rituales, ya que el uso de esta planta tenía un fin muy particular como ya fue mencionado.

Los hongos fueron también motivo de estudio en esta época. En 1651 Francisco Hernández, médico de la corona española, mencionó que existían 3 clases de hongos:

a) Los que causaban la locura a través de la risa.

b) Los que causaban visiones demoniacas.

c) Los que eran reservados para fiestas ([Centros de Integración Juvenil. C.I.J.], s/f; citado en Villarreal, 1997).

Por otra parte, Fray Bernardino de Sahagún mencionó que los hongos no solamente se utilizaban en las fiestas sino que tenían fines adivinatorios, fortalecían el alma y transportaban al individuo hacia pasajes alucinatorios, algunas veces agradables y otras desagradables.

Otra de las sustancias utilizadas por los pueblos indígenas fue el Pulque que era considerado sagrado y formaba parte de sus rituales, en la cultura Náhuatl tenía ciertas limitaciones en cuanto a la forma de beber. Se permitía beber en las fiestas; pero cuando éstas no se efectuaban, estaba prohibido cualquier tipo de bebida embriagante. Si se sorprendía a alguien bebiendo se le imponían castigos severos. Un ejemplo de esto es el caso de él señor Cuautitlán, el cual fue mandado a ahorcar por Moctezuma a causa de su consumo frecuente (Florentino, 1980; citado en Villarreal, 1997).

Cada pueblo tenía sus propias reglas en cuanto al uso de sustancias; sin embargo éstas se han seguido utilizando incluso en épocas más recientes. Tal es el caso de la tribu de los Mazatecos, en la cual existió una persona llamada María Sabina, quien utilizaba hongos embriagantes no sólo para su uso particular, sino para servir a los demás a través de los poderes que éstos provocaban en su interior, reflejándose en ella el poder para adivinar lo que sucedería, sentir éxtasis o alucinar (Benites, 1973; citado en Villarreal, 1997).

El peyote ha sido y es utilizado actualmente por los huicholes. Esta tribu se encuentra situada en la Sierra Madre Occidental, en los estados de Nayarit, Jalisco y Zacatecas. En su territorio no crece el peyote, por lo cual ellos llevan a cabo una peregrinación hacia los desiertos de San Luis Potosí y específicamente en una región llamada “Wiricuta” en donde ésta crece. El recorrido lo hacen junto con un Chamán, quien es el jefe del grupo; antes de hacer el recorrido, el chamán solicita a las personas que permanezcan en un estado de “inocencia”, el cual consiste en revelar al chaman -en

presencia de todos- las antiguas parejas de cada uno de ellos. De tal modo que ni las esposas y esposos actuales tendrían que ponerse celosos o celosas ante tal revelación ya que ésto significaba un estado de inocencia de la persona y se veía como una confesión. Después de esto hacen su recorrido hacia el Wiricuta, llevando sólo para su alimentación cinco tortillas diarias y la consigna de no beber agua hasta llegar a la región.

El recorrido se hace con los ojos vendados y siguiendo las señales del Chaman. Cuando llegan a los llamados pozos de aguas maternas, el Chaman les quita la venda y vierte agua sobre su cabeza la cual untan en su cara y cuello. Luego les indica que guarden silencio y es entonces cuando les dice que han llegado al Wiricuta, en donde comienza la casa de *Venado sagrado* – peyote como ellos lo llaman. Al momento de encontrar el peyote, le lanzan flechas a fin de que simule estar atrapado y al momento le rezan una oración, le hacen ofrendas, para luego cortarlo con mucho cuidado y recolectarlo en sus canastas. El chamán los invita a masticarlo para ver su vida e identificarse con su origen.

En relación con los fines terapéuticos o curativos de los pueblos indígenas en cuanto al uso de sustancias, se tenía la creencia de relacionar la forma que tenía una sustancia con una parte del cuerpo humano que fuera semejante a ésta o al menos se le pareciera. Así por ejemplo, entre los aztecas se utilizaba el peyote para curar el reumatismo y la mandrágora – cuya raíz se asemejaba a la de una figura humana – era considerada como inductor a la fertilidad (Briseño, 1982; citado en Villarreal, 1997).

El “Ololiuqui”, además de sus fines místicos, era utilizado para curar ciertas enfermedades. Primeramente se seguía un ritual en donde la persona enferma recolectaba hongos y luego eran molidos por una mujer virgen. En seguida se mezclaba con agua y se tomaba los viernes por la noche, tomando en cuenta que la cantidad a tomar tenía que ser aquella que comprendiera el hueco de la mano, además de hacerse en un lugar silencioso y apartado, por último se decía una oración (C.I.J., s/f; citado en Villarreal, 1997).

Otra sustancia utilizada con los mismos fines es la mariguana.

El cáñamo fue traído a América por Cristóbal Colón. Más tarde, después de la conquista de México- Tenochtitlan, Hernán Cortés pidió a la Corona Española que enviara cáñamo a la Nueva España. Pedro Cuadrado de Alcalá trajo, en 1530, las primeras semillas

de la hierba. Ese mismo año fue introducido a otras colonias españolas. Dos años después, la Segunda Real Audiencia autorizó este cultivo en todo el territorio conquistado. A los pocos años de su introducción en la Nueva España, el virrey Antonio de Mendoza limitó el cultivo del cáñamo, porque los indios lo usaban ya para su consumo con fines tóxicos (C.I.J; citado en Villarreal, 1997).

La propagación de los cultivos a toda la Nueva España corrió a cargo de la orden de los jesuitas, quienes usaban el hilo para la confección de sus hábitos y calzado. Durante el gobierno de los Borbones, en la Nueva España se inició el cultivo a gran escala del cáñamo. En el siglo XVIII, el sacerdote Juan de Esteyneffer recomendó el uso de las semillas de cannabis para el tratamiento de la gonorrea y la disminución de la secreción láctea, prescripción que se consignó en su obra *Florilegio de todas las enfermedades*, con la finalidad de servir a los misioneros que practicaban la medicina en lugares remotos.

Hacia 1800 se tomó una serie de medidas para impulsar la producción de la planta y proveer de forma preferente a la industria naviera española que compraba la fibra en otras naciones. Su cultivo se extendió por toda la Nueva España. Por ejemplo, las primeras hamacas de las costas mexicanas se tejieron con hilo de cáñamo. Con el paso del tiempo, esta hierba dejó de ser sólo de utilidad industrial y poco a poco su uso se popularizó para otros fines. Juan Pablo García Vallejo señala que “*los léperos*, la primera contracultura de la Nueva España, tenían sus propios juegos y vicios, fueron quienes primero disfrutaron del uso recreativo” (García, 2007; citado en Centros de Integración Juvenil, 2009, p. 13).

Según una versión popular, es por este tiempo que el cáñamo es bautizado como mariguana, ya que las curanderas (Marías o Juanas) la utilizaban frecuentemente con fines medicinales.

Por su parte, Ricardo Sala, ofrece una muy compleja interpretación, en la que supone que “el término “mariguana” proviene de una combinación de términos náhuatl: *mayi* (mano), por la forma de la hoja, *malli* (prisionero), porque la planta se apodera del individuo, *ihuani* (interesante) y *tlahuana* (embriagarse)” (Sala, 2006; citado en Centros de Integración Juvenil, 2009, p. 13).

De acuerdo a las narrativas de Guillermo Prieto y Manuel Payno, el consumo de marihuana era frecuente entre los grupos sociales menos privilegiados y se presentaba durante las fiestas celebradas en los tendajones, mesones y cantinas que abundaban en las ciudades de mediano y gran tamaño; aquí el consumo de la hierba se combinaba con pulque y aguardiente (Pérez, 1995; citado en Centros de Integración Juvenil, 2009).

Su uso se hizo presente en algunos grupos como los otomíes, tepecanos y tepehuas. Probablemente esta hierba vino a sustituir hasta cierto punto al Ololiuqui y al peyote el que era prohibido por la Santa Inquisición. Estos grupos utilizaban la marihuana, llamada “yerba de Santa Rosa”, a fin de que les diera un consejo ante la presencia de una enfermedad a través de un ritual para su fin terapéutico. El procedimiento era el siguiente: primeramente se sembraban las semillas y después de haber crecido dicha planta, el brujo recolectaba la hierba y realizaba un rito junto con la familia del enfermo ante un altar, en donde el brujo quemaba incienso, fumaba, cantaba y bebía; de esta forma se ponía en contacto con la virgen de Santa Rosa, quien hablaba a través de él. Lo que éste dijera se tomaba de buena manera ya que era para bien del enfermo. Cabe mencionar que nuestro país es el único en América Latina en donde la planta forma parte de los altares o imágenes cristianas (C.I.J. s/f; citado en Villarreal, 1997).

Como ya hemos descrito brevemente, el uso de las sustancias psicoactivas (como las conocemos hoy en día), no es reciente, por lo contrario ha formado parte de la cultura en determinadas regiones desde su uso prehispánico como método curativo, hasta hoy en día como uso recreativo.

Sin embargo, podemos observar cómo el uso de sustancias se ha ido modificando, generando problemáticas en diversos aspectos de la vida de los individuos e incluso en el ámbito social. Es importante resaltar que a la par se han ido investigando los efectos y los daños que cada una de las sustancias ha provocado al ser humano, pero aun así, el uso de sustancias legales e ilegales es una problemática que desde tiempos remotos hasta la actualidad se hace evidente para la Salud Pública. Con esta problemática de abuso del consumo de sustancias psicoactivas, hoy en día existen estrategias para su tratamiento, conocimiento que se ha ido incrementando a lo largo de la historia, por lo que en el siguiente capítulo se abordará dicha temática.

Capítulo 3. Tratamientos del uso de Sustancias Psicoactivas

A medida que se ha incrementado el conocimiento acerca de la naturaleza de los trastornos adictivos, de sus mecanismos fisiopatológicos y sus determinantes psicosociales, se han desarrollado diversas estrategias para el tratamiento. En este capítulo se abordarán brevemente los modelos institucionales que son utilizados con mayor frecuencia para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en América Latina y en la República Mexicana.

3.1. Farmacodependencia en América Latina

3.1.1. Modelos Institucionales y Farmacodependencia en América Latina

En lo que se refiere a la práctica asistencial de la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas, Carballedo en su obra *La Farmacodependencia en América Latina* (1991) refiere que existen diferentes enfoques ideológicos y conceptuales que van a influir en la construcción de los modelos institucionales.

Los modelos institucionales son constantes y guardan estrecha relación con los distintos encuadres conceptuales: ético- jurídico, médico–sanitario y psicosocial. En el caso de los dos primeros la finalidad del tratamiento se expresa en la necesidad de que el paciente deje de drogarse, utilizando para ello una serie de métodos con cierta tendencia efectivista ubicados en el aquí y ahora, de allí la concepción reeducativa con que frecuentemente son presentados.

Si nos referimos a las formas de tratamiento más cercanas al modelo médico-sanitario, el objetivo es que la sustancia sea reemplazada por otra, que sustituye a aquella que es considerada nociva, y que se supone es menos agresiva, produciéndose de esta forma un interesante juego en el que lo único que cambia desde la perspectiva del paciente es la legalidad de una u otra sustancia.

En los tratamientos que se llevan a cabo en Argentina denominados *Comunidades Terapéuticas*, se intenta cambiar una conducta indeseada, vinculada a la ilegalidad, por otra más cercana a lo legal y a lo planteado por la moda. En ambos casos, poco ocurre con el

paciente porque sólo puede modificar su adicción a una “nueva dependencia”, ahora legal y aceptada por la normativa social (Carballedo, 1991).

Cabe destacar que muchas veces este tipo de abordaje se suma a prácticas de tono religioso que “acompañan” el proceso terapéutico, otorgándole cierto sentido místico. De ahí que con frecuencia, tanto el discurso preventivo como el asistencial de estas instituciones asuman un carácter testimonial. Puede afirmarse que el “testimonio” es uno de los protagonistas del proceso de tratamiento.

Los modelos asistenciales que intentan describir el fenómeno adictivo desde su origen, se vinculan mayoritariamente con las prácticas psicológicas y sociales, tienden a aplicar justamente en ese punto, pasando la sustancia psicoactiva a un segundo plano.

Este modelo está ligado con una tendencia a analizar y trabajar el problema desde una perspectiva más amplia y con mayores posibilidades de vinculación con otros servicios del área de la salud.

En la actualidad existe una mayor definición conceptual y operativa en cada uno de los modelos institucionales, lo que muestra la necesidad de analizar cada uno de ellos en profundidad.

De acuerdo con lo planteado, los modelos asistenciales en farmacodependencia pueden ser clasificados en:

3.1.1.1. Modelo con énfasis en las sustancias psicoactivas

Este modelo asistencial que se aplica, se originó en dos instituciones estadounidenses: Synnanon (1958) y Daytop Village (1963).

Synnanon surge de un desprendimiento de Alcohólicos Anónimos, y Daytop Village surge de las inquietudes de distintos magistrados de la Corte Suprema de Nueva York. En este último caso, los magistrados buscaban generar un programa de tratamiento alternativo a la prisión. Cabe destacar que en este momento se produjeron diferentes reformas legislativas en Estados Unidos, vinculadas con la “opción de tratamiento” para los consumidores o dependientes. La modalidad terapéutica que se aplica en la actualidad se

relaciona específicamente con el Programa Daytop Village, este es uno de los programas de tratamiento de drogas más antiguos de los Estados Unidos, se basa en el modelo de comunidad terapéutica y hace hincapié en el papel de la interacción con los compañeros en su modo de tratamiento, es considerado uno de los programas más exitosos de este tipo y se describe como una comunidad emocional propicia en el que la gente se sienta segura, pero al mismo tiempo se mantiene estrictamente responsable de su comportamiento y ha sido introducida en Europa, fundamentalmente en Italia a través del Centro Italiano de Solidaridad (CEIS).

Esta forma de tratamiento se plantea en etapas y gira alrededor de algunos conceptos vinculados con la idea de drogodependiente que el modelo propone y con el sentido de la terapia a aplicar, la cual dice que la adicción está dentro de las Enfermedades Mentales. La psiquiatría clásica, como la plantea el psicoanálisis, se divide en neuróticos y psicóticos, deja de lado problemas de personalidad ligados a la “irresponsabilidad”, por ello se dice que la psiquiatría no tiene éxito en el tratamiento de los adictos ya que no entran en esta clasificación (Sanchez, 1988; citado por Carballedo, 1991).

En las distintas etapas el paciente -casi siempre llamado cliente- va superando diferentes objetivos y obteniendo logros y metas fijados al inicio. Todo el proceso se encuadra en un sistema de premios y castigos que en la práctica miden su proceso. Al no considerar enfermo al usuario de sustancias psicoactivas, este tipo de programas no se reconoce como respuesta de Salud Pública, transformándose en un sistema de transmisión de valores que deben ser adquiridos en la evolución del “tratamiento”, de ahí que el modelo se exprese como de “autoayuda”. Ésto se vuelve más claro a partir de la caracterización que se hace del consumidor de sustancias psicoactivas, ya que se dice es moralmente débil, emotivamente frágil; no quiere reflexionar sobre sí mismo, sobre sus motivaciones, sobre sus comportamientos. Este perfil es frecuentemente explicado como una detención en el desarrollo, el objetivo es ayudarlo a crecer hacia su autonomía porque se considera que es emocionalmente un niño.

Con respecto al número de etapas y a las características de las mismas, existe cierta variación de acuerdo con cada institución, aunque las técnicas que se utilizan son similares:

desde esta perspectiva se puede hablar de tres momentos básicos del tratamiento: admisión, comunidad y reinserción.

- *Admisión*

Es donde se especifica al paciente la forma de tratamiento que la institución propone y se inicia una especie de contrato con éste. El objetivo es obtener un panorama del paciente, su grupo familiar (asociación de familias y terapia familiar paralela) y la existencia de grupos referenciales. Todo apunta a lograr un “cambio motivacional”.

Desde ese momento comienza a utilizarse un régimen estricto (disciplinario-reeducativo) que cada paciente deberá cumplir en cuanto a horarios, actividades, formas de comportamiento y objetivos. La primera etapa del tratamiento se acompaña además de un periodo de aislamiento, sin contacto con el exterior de ningún tipo, que tiene diferentes duraciones según la institución.

En esta línea reeducativa y de sistema de premios y castigos, se implementan las diferentes técnicas. Las distintas medidas de control se aplican en prácticamente todas las facetas de la vida cotidiana. Existe, por ejemplo, la expresa prohibición de mantener relaciones sexuales. A veces el incumplimiento de las normas puede ser motivo de expulsión. Todas estas modalidades se aplican en la fase denominada:

- *Comunidad*

Las salidas, siempre y cuando no haya habido inconvenientes, comienzan generalmente al quinto o sexto mes. El sistema de premios y castigos, incorporado a las distintas etapas, hace que el paciente ingrese como “trabajador”, pase a “responsable”, “supervisor”, “coordinador” y “anciano”, siempre siguiendo el modelo italiano. Esta sucesión de etapas conforma una especie de emblema de la promoción social que la propia institución construye, califica, premia o castiga, o que trasluce, por otro lado, cierta concepción de la estructura de la sociedad y las clases sociales.

- *Reinserción*

Se realiza en diferentes niveles, en los que se va haciendo más gradual la vinculación con el programa y la relación de los diversos grupos. El sistema de reeducación, lógicamente, termina con la “graduación” del paciente.

Esta forma de abordaje utiliza fundamentalmente la presión, el control y la disciplina como elementos permanentes de la cotidianidad de los pacientes.

El modelo asistencial de comunidad terapéutica es similar a la institución total descrita unos 30 años atrás por Goffman (1986; citado en Carballado, 1991).

En ambos queda muy poco delimitado el espacio del tratamiento con el del control. Este modelo institucional es expresamente reeducativo y utiliza distintas medidas de tipo coercitivo para lograr tal fin. Se busca, si se quiere en forma paradójica, que el paciente entre en crisis, y se trata de orientar esa situación hacia canales “terapéuticos” o hacia el sistema de premios y castigos. Esto último no sólo se vincula con el atraso en la superación de las distintas etapas, sino también con la utilización de medidas correctivas y aleccionadoras de dudoso efecto.

Esta forma de abordaje va a plantearse como modelo reeducativo, buscando la eficacia en la desaparición del síntoma consumo de drogas, de ahí que frecuentemente existan “recaídas” cuando el paciente abandona la institución o pierde el contacto con ella. Por otra parte, al no plantearse un trabajo centralizado en el “afuera” institucional como característica fundamental, el proceso de tratamiento va ser ahistórico y asocial. Desde cierta perspectiva, el tratamiento propone aislar al paciente del “riesgo” inherente a su situación social, por eso el abordaje se plantea, más allá de la utilización de técnicas grupales, como un proceso altamente individualizado. Además, este modelo de tratamiento plantea una relación unicausal en la que las drogas socialmente no aceptadas tienen un rol predominante.

3.1.1.2. Teoría del Modelo Transteórico de Cambio.

Para esta sección se citará el texto de Díaz Salabert (2001), quien se refiere a Prochaska y DiClemente. Ambos autores proponen un modelo de explicación de la forma en que se produce el cambio intencional del comportamiento, es decir, del cambio de conducta decidido por el propio individuo, participe en cualquier tipo de psicoterapia, o no reciba ningún tipo de intervención terapéutica. La supresión o modificación de las conductas problemáticas o patológicas sin la participación en un tratamiento ha sido denominado *remisión espontánea*.

La ocurrencia de este cambio de comportamiento, en la dirección de lo considerado saludable, no consiste en un fenómeno debido al azar, sino implica cierta influencia externa y un claro compromiso personal. Este proceso intencionado de cambio es diferente del cambio de comportamiento relacionado con el desarrollo o la imposición social. Su estructura y principios dinámicos se proponen en el Modelo Transteórico como la estructura y principios comunes que ocurren en el cambio de comportamiento con intervención terapéutica, o sin ella.

El proceso de cambio de conductas menos saludables a otras más saludables se ha comprendido frecuentemente como el movimiento de un estado estable a otro.

Esta otra concepción dicotómica, que no tiene en cuenta la dinámica previa y posterior del proceso, produce una pobre comprensión del fenómeno y genera dificultades a la hora de intervenir en su optimización. La consideración única del consumo o de la abstinencia ha provocado serios equívocos al atender a personas con conductas adictivas y al intentar evaluar los programas de tratamiento en esta área.

El trabajo de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citado en Díaz Salabert, 2001), es denominado Teoría del Modelo Transteórico de Cambio, el cual menciona que existen cinco estadios por los que pasa todo individuo que decide modificar alguna conducta. Estos estadios son:

- **Precontemplación:** en este estadio las personas no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes o lo son mínimamente, de que dicha

conducta representa un problema por esta razón no acuden a tratamiento o si no hacen es presionados por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.

- **Contemplación:** en este estadio las personas son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento problema.
- **Preparación:** este estadio se caracteriza por ser la etapa en que la persona toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta problema. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales, aunque dichos cambios no cumplan el criterio para considerar que se encuentra en la fase de acción.
- **Acción:** se trata de la etapa en la que el individuo cambia con o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Esta etapa requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.
- **Mantenimiento:** en este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. No consiste en una ausencia de cambio, si no en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad.

3.1.1.3. Modelo de Egan de las fases del Proceso Terapéutico

Este modelo propuesto por Egan (1986, citado en Bernstein, 1998) describe las habilidades que el terapeuta debe utilizar en cada fase, así como las habilidades que deben ser entrenadas en los pacientes, este modelo se retomara para la sección de las conclusiones.

A continuación se describirán brevemente:

- **Fase I: Identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y de las oportunidades no utilizadas.**

Primer Paso I-A: ayudar a los clientes a contar su historia.

Segundo paso I-B: Centramiento: la búsqueda de nivelación.

Tercer paso I-C: Puntos ciegos y nuevas perspectivas.

- Fase II: establecimiento de metas, y desarrollo y elección de escenarios preferidos.

Paso II-A: construcción de un nuevo escenario.

Paso II-B: Evaluación de las metas de un nuevo escenario.

Paso II-C: Elección y compromiso.

- Fase III: Acción, avance hacia el escenario preferido.

Paso III-A: Descubrir estrategias de acción.

Paso III-B: Elección de estrategias y desarrollo de un plan de acción.

Paso III-C: Implantación de planes y logro de metas.

El modelo de Gerald Egan incorporó técnicas cognitivo-conductuales y lo sistematizó, para facilitar su aplicación.

El objetivo es ayudar a las personas a manejar sus problemas con más eficacia, lo que se consigue aumentando la confianza en sí mismas y su capacidad para solucionar problemas.

Esta estrategia no debe seguirse de una manera rígida. El modelo que Egan propone no es un fin en sí mismo sino una orientación.

Por otra parte, la organización de las etapas puede sufrir modificaciones. Por ejemplo. Cuando el paciente está planificando su acción (Fases II) puede descubrir nuevos problemas que antes no había sospechado. En este caso, el terapeuta deberá repetir el proceso de “exploración-comprensión- resolución” con relación a este nuevo problema y esto puede repetirse muchas veces.

Tampoco hay que seguir rígidamente los marcos temporales señalados por las distintas etapas. Las primeras etapas se subordinan al fin comportamental y, por tanto, no deben prolongarse indefinidamente. Es más, puede haber ocasiones (por ejemplo, problemas comportamentales muy específicos) en las que la exploración y comprensión requiere poca atención.

3.1.1.4. Modelos donde la farmacodependencia es una expresión sintomática de una problemática de base más profunda

Los modelos institucionales que consideran la farmacodependencia como expresión sintomática de una problemática más profunda, realizan una lectura diferente y hasta opuesta a la del modelo anterior, ya que establecen un importante nivel de diferenciación desde la propia concepción del fenómeno adictivo, que parte de concebir que el adicto haga a la droga y no la droga al adicto.

Los modelos institucionales que se manejan con esta perspectiva ponen el acento e intentan analizar las características sociales, históricas y económicas del contexto, sin dejar de lado los aspectos individuales. El paciente es atendido tomando en consideración su vinculación con el contexto, de ahí que esta forma de asistencia ponga el acento especialmente en los tratamientos de tipo ambulatorio y en la aplicación de técnicas grupales.

Estos modelos institucionales ponen en un segundo plano la “oferta de drogas” como causa fundamental del fenómeno adictivo, pasando también a un segundo plano el eje reeducativo o moralizante de los tratamientos sintomáticos.

En general, este modelo asistencial se conforma a través de una perspectiva interdisciplinaria en la que intervienen trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y médicos. Por otro lado, es la forma de tratamiento que ha tenido y tiene mayor desarrollo en los Servicios de Toxicología o Salud Mental de los hospitales generales. Su aplicación permite, dada la baja complejidad del tratamiento, una adaptación al trabajo desde centros de salud o unidades periféricas, en los que rápidamente los pacientes pueden amoldarse a las características propias del contexto inmediato que los rodea. Por ejemplo, el modelo de los Centros de Integración Juvenil (México) se aproxima a este encuadre.

Desde la reciente perspectiva institucional, se tiene como objetivo la participación, junto con la comunidad, en la prevención del fenómeno de la farmacodependencia, contribuyendo al mismo tiempo a integrar al individuo a su familia y a la sociedad, a través de servicios de tratamiento y rehabilitación (Carballedo, 1991).

La perspectiva de apertura comunitaria también se expresa en algunas instituciones especializadas en la asistencia de adictos que incluyen la internación, por ejemplo el CENARESO (Argentina).

Uno de los puntos donde se pueden encontrar coincidencias en la modalidad de tratamiento de las instituciones que estamos intentando describir es la concepción de la farmacodependencia como elemento sintomático. El síntoma puede ser considerado desde distintos tipos de análisis; a) como indicador de enfermedad, b) como expresión de un conflicto que tiene dimensión psicológica y social y c) dentro de una perspectiva ética; aquí el síntoma denuncia situaciones que deben ser transformadas. En síntesis, este enfoque muestra la revelación de algo que es preciso reconocer y abordar con el paciente y sus grupos referenciales.

Esta conceptualización y su forma de abordaje se aproxima a los modelos psicosocial y sociocultural, que proponen que el paciente adopte un rol activo en la dinámica del tratamiento y por otro lado enfrentar un análisis más profundo y sistemático del contexto.

Otro de los elementos que hacen coincidir estas formas de tratamiento lo constituye el importante desarrollo preventivo que tienen las instituciones que trabajan desde esta perspectiva.

Desde una concepción de Salud Pública, la farmacodependencia se caracteriza como un fenómeno social que debe ser entendido y abordado desde la medicina social; de ahí la necesidad de utilizar equipos interdisciplinarios, tanto en la asistencia como en la prevención. El desarrollo de esta forma de abordaje en términos de Salud Pública y Medicina Social puede observarse en la Figura 1.



Figura 1: La Farmacodependencia como un fenómeno social (Centros de Integración Juvenil, 1982).

El modelo de tratamiento implementado por el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) de Argentina, pone un énfasis particular en la necesidad de trabajar en forma ambulatoria con los pacientes con el fin de que la familia no deposite la enfermedad y sus causas sólo en el paciente (Carballedo, 1991).

La creciente complejidad de la problemática adictiva hizo, a su vez, que los modelos institucionales que se manejan desde la perspectiva ambulatoria incorporen formas de abordaje con arreglo a las cuales el paciente desarrolla diferentes actividades en la institución bajo la modalidad de Hospital de día, circunstancia que sirve a la realización de programas en los que se integra a la comunidad a través del desarrollo de distintas actividades (recreativas, de capacitación públicas, entre otras.)

Al conceptualizarse la problemática adictiva desde una perspectiva no sectorizada y con marcados condicionamientos de tipo social, la búsqueda de las distintas instancias institucionales tenderá a resolver o dar respuesta a la problemática estructural. Esta modalidad de trabajo, al incorporar lo social, muestra una interesante perspectiva que puede derivar en mayores niveles de eficiencia en los programas que se desarrollen.

El paciente farmacodependiente puede desde esta perspectiva realizar su proceso de tratamiento sin desvincularse de su medio familiar y social. Al igual que en la prevención, la propia práctica podrá derivar en la construcción de nuevos modelos de asistencia, ahora enmarcados en las características particulares de cada área o región.

3.2. Modelos Institucionales y Farmacodependencia en México

De acuerdo al Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las adicciones (CONADIC, 2001) al finalizar la década de 1960, la principal problemática de consumo de drogas en México estuvo representado por el uso de sustancias legales: alcohol y tabaco, así como por el uso de marihuana, barbitúricos y ansiolíticos, en determinados sectores de la población, sin constituir un problema de salud pública importante.

Años más tarde, en la década de 1970, se observó un progresivo incremento del uso de marihuana, solventes volátiles, anfetaminas y psicodislépsicos.

En la década de 1980 se incrementa la investigación y los esfuerzos para encontrar nuevas opciones de tratamiento para contender con el “*craving*” (deseo imperioso de consumir drogas). Al mismo tiempo se desarrolla una estrategia práctica con técnicas cognitivo conductuales. Uno de los trabajos más representativos es de Marlatt y Gordon (1985; citado en CONADIC, 2001) en la prevención de recaídas por uso de otro tipo de sustancias, incluido el alcoholismo y el abuso de cocaína (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; citado en CONADIC, 2001). La combinación de estos tratamientos, que se empezaron a utilizar en la consulta externa, fue aceptada como una opción en el contexto de las adicciones.

Hoy la disponibilidad social de sustancias adictivas se ha transformado con la aparición de cocaína, heroína, otros derivados opiáceos, drogas sintéticas y de diseño. Los motivos de este cambio en la incidencia y prevalencia de uso de sustancias, se sustentan en una mayor oferta y demanda, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

Por ello, las modalidades de tratamiento a las que se recurren han sido muy diversas a lo largo del tiempo y pueden ubicarse históricamente de acuerdo al tipo de atención otorgada, como aquellas instituciones y organizaciones cuya atención no es

profesionalizada, como grupos de Ayuda Mutua; su trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de problemas relacionados con la adicción, brindan la oportunidad de abstenerse al uso de drogas, en algunos casos incluyen labores de orientación y consejería.

Por otro lado se sitúan las intervenciones médicas, enfocadas a resolver una situación clínica específica, como lo es el manejo de urgencias por intoxicación o abstinencia; también se consideran las Comunidades terapéuticas con apoyo médico.

Por último, la atención profesional multidisciplinaria para el tratamiento integral del problema considerando la causa multifactorial.

Los programas de tratamiento en adicciones generalmente tienen un abordaje que se sustenta en modelos interdisciplinarios y transdisciplinarios, que combinan recursos humanos profesionales para ambientes libres de drogas e instalaciones específicas, tanto en el plano de consulta externa, así como para el manejo de urgencias médicas y de tratamiento residencial.

Las características de la oferta de servicios se basa en la aplicación de una evaluación integral, por la cual se persigue el establecimiento de un plan de tratamiento personalizado, orientado a la abstinencia permanente, que combata los cuadros agudos, la dependencia y la comorbilidad asociada.

3.3. Modelos de Tratamiento

3.3.1. Modelo Hospitalario

Fundamentado en el modelo médico y su utilización, es básico para el tratamiento del daño orgánico, la desintoxicación, control de la abstinencia, disminución de los efectos de las sustancias, mantenimiento a largo plazo y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica. Emplea fundamentalmente la farmacoterapia para reducir los signos y síntomas de la intoxicación y abstinencia, eliminar el efecto de la droga y reforzamientos subjetivos, promover que el uso de la droga sea de tipo aversivo a través de una interacción farmacológica, empleo de estrategias de sustitución (metadona, parches de nicotina buprenorfina y naltrexona), entre algunos de los recursos disponibles para pacientes con adicción a opiáceos (CONADIC, 2001).

Los antidepresivos o los neurolépticos, pueden formar parte importante de un tratamiento exitoso para pacientes con comorbilidad, como depresión, trastornos por angustia, bipolares o psicóticos.

El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible. La desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para que las personas logren una abstinencia duradera. La desintoxicación es, más bien, la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y la recuperación. Permite el control de síntomas y cuadros psiquiátricos mediante la ingesta de medicamentos.

3.3.2. Modelos Ambulatorios

Los servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio, son indicados cuando se considera que las personas con trastornos por uso de sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Luego de esta etapa, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un periodo que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En este lapso, se puede alentar a la persona a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios terapéuticos como: psicoterapia individual, familiar, grupal, orientación a familiares de adictos y grupos de ayuda mutua (CONADIC, 2001).

Dentro de esta modalidad existe la desintoxicación a corto plazo en régimen de internamiento o residencial, que es utilizada principalmente para el tratamiento de la intoxicación severa, el síndrome de abstinencia y/o sus complicaciones. Los objetivos principales son recibir, evaluar, diagnosticar agudamente (situación de consumo, comorbilidad psiquiátrica y física, estado motivacional y compromiso psicosocial), aplicar estrategias de motivación existente para continuar en tratamiento y derivación a otro lugar de la red.

Cabe mencionar que algunas de las personas que se están absteniendo de consumir drogas frecuentemente presentan otros problemas físicos y psicológicos, de modo que los programas de internación a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia para descubrir o tratar esos problemas, luego son derivados a rehabilitación, conocida también como Etapa de Prevención de Recaídas.

Esta última etapa tiene por objetivo cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias, por lo que se atiende a las necesidades de las personas que han concluido la fase de desintoxicación, aplicando intervenciones psicosociales y sanitarias, que pueden incorporar la farmacoterapia.

3.3.3. Intervenciones comunitarias y ambulatorias

Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. Está bajo la responsabilidad de un clínico o una persona especializada de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes desde el inicio y durante todo su proceso. El objetivo es establecer un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente a lo largo del tratamiento. Abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el paciente, así como a otros programas especializados (CONADIC, 2001).

En varios países se utiliza la terapia cognitivo-conductual y actividades motivacionales enfocadas en el paciente, las cuales ofrecen una intervención breve y un programa estructurado de varios meses de duración.

En nuestro país, existen programas ambulatorios estructurados, con intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares, que van desde planes más intensivos, a los cuales se espera que los pacientes asistan 4 días por semana varias horas por día, se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas, con el objetivo de aminorar las consecuencias negativas de éste y/o evitarlo.

3.3.4. Intervenciones y programas de rehabilitación residencial

Hay programas de rehabilitación residencial a corto plazo, los cuales suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días (CONADIC, 2001).

Por otra parte, los programas a largo plazo, por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la Comunidad terapéutica.

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: Vida comunitaria con otros consumidores en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; servicio en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda, reinstalación y seguimiento.

Por lo general, la rehabilitación residencial usa una metodología semejante a la de los grupos de ayuda mutua, tales como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semi-independientes, situados generalmente cerca del lugar donde se administra el programa residencial principal.

En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

3.3.4.1. Programas e intervenciones farmacológicas

Dentro de las modalidades de tratamiento y rehabilitación, ambulatorias y/o residenciales de la persona con consumo problemático de drogas, está el tratamiento psiquiátrico. Éste, desde las décadas de 1980 y 1990, buscó la rehabilitación, poniendo énfasis en el diagnóstico clínico, la psicoterapia y la farmacología. En esta última se han hecho grandes esfuerzos para conseguir drogas agonistas o antagonistas, que pudieran favorecer la extinción de la dependencia a psicotrópicos. Muchos de los medicamentos utilizados han tenido como meta solucionar el problema de la adicción. Los resultados de esta utilización a largo plazo, han sido escasos, por lo que prosigue la investigación dirigida, entre otros aspectos, a bloquear los efectos de las drogas en el circuito del placer a través del hallazgo de nuevas sustancias o de “vacunas”.

Después de haber realizado una descripción de los modelos institucionales a nivel Latino América y nacional, abordaremos algunos modelos psicoterapéuticos utilizados en el tratamiento de las sustancias psicoactivas.

3.4. Modelos psicoterapéuticos sobresalientes

Los primeros postulados de la teoría psicoanalítica subrayaron la importancia que tenían los rasgos primitivos del carácter, particularmente los de tipo oral regresivo, en lo que concierne al efecto que ejercen las drogas sobre las pulsiones. Las teorías psicodinámicas más recientes, reconocen que la mayoría de las disfunciones psicológicas observadas por los clínicos son, más que la causa, el resultado del abuso de drogas y del comportamiento asociado al consumo. Sin embargo, las teorías contemporáneas dan cuenta de las experiencias y consecuencias que la ingesta de drogas ejerce sobre la organización de la personalidad subyacente (CONADIC, 2001).

A continuación se revisarán algunos enfoques, como la psicoterapia psicoanalítica, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia gestáltica. Cada enfoque se dirige a aspectos y perspectivas distintas, las cuáles, finalmente, pueden resultar complementarias (Centros de Integración Juvenil, 2007).

3.4.1. Terapia Psicoanalítica

La psicología encuentra su base en la filosofía, pero el origen del tratamiento de los conflictos mentales y emocionales se establece con Sigmund Freud, médico que se dedicó a observar y analizar a sus pacientes, entre adultos, jóvenes y mujeres. Con sus estudios, estructuró lo que ahora se llama Psicoanálisis, que se orienta a explicar una forma del funcionamiento psicológico, la finalidad de este enfoque no es conocer o analizar la conducta sino saber cómo operamos los seres humanos por ser sujetos psicológicos.

Desde este enfoque, el problema de salud mental que incluye la adicción a sustancias está considerado un problema grave. Freud abordó el trastorno con cautela y afirmó que, tanto para éste como para otros problemas, el psicoanálisis no era pertinente.

Sin embargo, como ya mencionamos, desde el Simposio de Arden House de 1954, convocado por la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York y donde el tema fue “La ampliación del Campo de Indicaciones del Psicoanálisis”, Leo Stone propuso que la psicoterapia psicoanalíticamente orientada para pacientes con problemas crónicos y graves, como el consumo de sustancias, podía ser implementada con esta orientación haciendo

algunas adaptaciones en el método; por ejemplo, se puede modificar la técnica de tal manera que se estimulen los procesos que en otras psicoterapias son espontáneos, para así lograr resultados en menor tiempo (Centros de Integración Juvenil, 2007).

3.4.2. Terapia Gestalt

Encuadrada en el movimiento de la Psicología Humanista, la Terapia Gestalt ayuda, entre otras cosas, a añadir un proceso de formación gestáltica de las necesidades y la consciencia corporal, además de utilizar luego estos *insights* (que son la capacidad de darse cuenta y tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente permanece inconsciente) para romper el bloqueo de la pauta de satisfacción de alguna necesidad que se ha confundido con el consumo de sustancias.

En ésta técnica, como en todos los métodos catárticos, cabe hacer esta recomendación para su uso en pacientes adictos:

No se recomienda esta técnica hasta haber logrado la alianza terapéutica. El enfrentamiento con emociones bloqueadas por la causa que sea, pueden resultar tan amenazantes para el paciente, que éste abandone el tratamiento antes de obtener algún resultado (CIJ, 2007).

3.4.3. Terapia Cognitivo- Conductual

El nombre de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objetivo reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos y conductuales (Stallard, 2007). Es un modelo de intervención en el que se unen principios y procedimientos derivados del Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, Teoría del Aprendizaje Social y Teoría Cognitiva (Carroll y Rounsaville, 2006; Carroll et al., 2005; citados por Centros de Integración Juvenil, 2013).

El *Condicionamiento Clásico* es una forma de aprendizaje por asociación, en el que las respuestas automáticas o involuntarias que tienen las personas ante determinados estímulos ambientales, pueden ser provocadas de manera intencionada por medio de la asociación. El condicionamiento clásico describe, de esta forma, el aprendizaje por

asociación entre dos estímulos: se condiciona a las personas a responder de la misma manera ante estímulos que antes no provocaban tales respuestas. La característica fundamental de estas reacciones es que son evocadas por ciertas situaciones o estímulos en particular y que las respuestas aparecen cada vez que las personas entran en contacto con el estímulo (Centros de Integración Juvenil, 2013).

Actualmente, la adicción a sustancias psicoactivas es considerada una enfermedad mental compleja, que se caracteriza por el deseo impetuoso, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable del consumo de drogas (*craving*), que persisten a pesar de las consecuencias negativas. La evidencia clínica y epidemiológica ha demostrado que no todas las personas que consumen drogas desarrollan dependencia o adicción, proponiendo modelos explicativos de las causas y determinantes que favorecen el inicio, mantenimiento y dependencia del consumo de sustancias psicoactivas (NIDA, 2010).

3.4.4. La Terapia Conductual Dialéctica (TCD)

La TCD es una modificación de la terapia cognitivo-conductual e incorpora elementos del Zen. desarrollada a finales de la década de 1990 por la psiquiatra Marsha M. Linehan, dicha terapia surge como alternativa para tratar específicamente los síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad: inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultades en las relaciones sociales, utiliza técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas relacionadas al comportamiento, escalas de síntomas y análisis del comportamiento, centradas en la búsqueda del cambio conductual, adicionando estrategias de aceptación o de validación que busca transmitir la idea de que los pacientes son aceptados tal como son, que sus comportamientos tienen sentido y son comprendidos. El balance que se busca entre estos elementos ayuda a romper la rigidez de los pensamientos, sentimientos y comportamientos propios del Trastorno Límite de Personalidad. Lo dialéctico implica conceptos como integralidad y síntesis, que facilitan el movimiento en el interior de la terapia (Gempeler, 2008).

3.5. Modelo Biopsicosocial

Históricamente los modelos y programas de tratamiento han reflejado la orientación filosófica de sus creadores, así como las creencias relativas a la etiología del consumo de

drogas, aun así, existen tres modelos que han dominado el campo del tratamiento (Martín del Moral y Fernández, 2009):

- **Modelo Médico:** considera la dependencia a drogas como una enfermedad, haciendo hincapié en que las causas de la adicción son atribuibles a la carga genética y/o biológica de la persona; por lo que se requiere de tratamiento por un médico que utilice apoyo farmacológico para aliviar los síntomas.

- **Modelo Psicológico:** se centra en la persona contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento o desajuste emocional y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana.

- **Modelo social:** hace referencia a que los aspectos culturales del medio tales como la actitud social ante la droga, el entorno familiar, la disponibilidad de las sustancias, la legislación, la publicidad, la información, la situación laboral/escolar, baja percepción de riesgo de la comunidad, entre otros, son la causa del abuso de sustancias psicoactivas.

Al tratar de incidir en una sola dimensión de la vida de las personas consumidoras, estos modelos se han visto limitados en su accionar ante la complejidad del fenómeno de la adicción, debido a que este es un fenómeno multicausal que está fuertemente influenciado por factores contextuales y biológicos que no pueden ser abarcados por ninguna perspectiva teórica única.

Ante este escenario, el modelo biopsicosocial propone integrar los aspectos biológicos y psicosociales para comprender mejor los factores relacionados con el inicio, mantenimiento y dependencia a las drogas, proponiendo un marco conceptual útil para comprender la complejidad del consumo de sustancias psicoactivas (Kumpfer, Trunnell y Whistleside, 1990; Haro, Prades, Benito y Mateu, 2006; citados en Centros de Integración Juvenil, 2013).

El modelo biopsicosocial vio su origen en 1977 cuando George Engel postuló la necesidad de contar con un modelo que pudiera dar respuesta a las dificultades del modelo biomédico para explicar la forma en que enfermaban las personas. A esta nueva propuesta,

le denominó *modelo biopsicosocial* debido a que creía que en todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social (Alonso, 2009 y Borrell, 2010; citados en Centros de Integración Juvenil, 2013).

Bajo esta perspectiva, la adicción a sustancias psicoactivas se torna como un proceso multidimensional en el cual interactúan permanentemente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales (WHO, 2008; citado en Centros de Integración Juvenil 2012).

3.6. Modalidades de tratamiento de Centros de Integración Juvenil (México)

Centros de integración Juvenil es una institución mexicana cuyas modalidades de tratamiento están influidas por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social (Tizón, 2007; citado en Centros de Integración Juvenil, 2013). Ésto es, considera desde el punto de vista filosófico una manera de entender cómo el sufrimiento y el proceso de enfermedad se ven afectados en múltiples niveles de organización (molecular a social). En otras palabras, es una forma de entender que la experiencia subjetiva y el entorno social de el/la paciente son factores significativos para la elaboración de un diagnóstico preciso que favorezca los resultados de la intervención (Borrell-Carrió, Suchman y Epstein, 2004; citados en Centros de Integración Juvenil, 2013).

La perspectiva biopsicosocial supone que los fenómenos relativos a la salud, como el de la dependencia a sustancias, no sólo se manifiestan en términos de fisiopatología, sino que se expresan simultáneamente en diferentes niveles de funcionamiento de las personas, que pasan por lo celular, los órganos, la persona, la familia o la sociedad (Frankel, Quill y McDaniel, 2003; citados en Centros de Integración Juvenil, 2013).

Desde esta concepción, el *Modelo Biopsicosocial* proporciona un marco de referencia holístico para entender cómo el uso de sustancias psicoactivas afecta a las personas en las dimensiones biológica, psicológica y social, enfatizando que la relación entre estas dimensiones es recíproca, por lo que cualquier cambio que ocurra en alguna de ellas, afecta a las demás.

Este modelo sugiere que un número importante de factores biológicos y psicosociales pueden predisponer a una persona a desarrollar dependencia a las drogas. Diversos estudios en el campo de la genética y la biología molecular, han proporcionado evidencia científica acerca de que los individuos con historia familiar de consumo de alcohol y/u otras drogas presentan desventajas neuropsicológicas, así como otros trastornos mentales, que los hacen vulnerables a padecer cuadros severos de adicción a diferentes drogas, ésto afecta tanto a hombres como a mujeres, pudiendo ocasionar un inicio temprano del consumo.

Entre los factores psicosociales se mencionan como predisponentes: la dinámica familiar y sus problemáticas ocasionales de violencia, el abuso físico o sexual, el nivel socioeconómico o de bienestar y calidad de vida, altos niveles de estrés escolar o laboral, desempleo y, en algunas ocasiones, la presión que los amigos pueden ejercer para que consuma alcohol, tabaco y/u otras drogas.

Finalmente es importante mencionar que los factores genéticos y ambientales interactúan con las etapas críticas del desarrollo del ser humano, siendo la más crítica la adolescencia, cuando las capacidades neurológicas de toma de decisiones, juicio y autocontrol del individuo no han madurado aún, lo que hace doblemente vulnerable esta etapa de desarrollo (biológicos), dando como resultado que mientras más temprano se comienza a consumir mayor es la probabilidad de llegar a la dependencia.

Bajo este modelo se considera a la adicción como una compleja interacción entre factores biológicos (funcionamiento del organismo), psicológicos (emociones y motivaciones de las personas) y sociales (sistema social en el cual interactúa la persona) (Coombs y Howatt, 2005; citados en Centros de Integración Juvenil, 2013), por lo que la oferta de servicio debe ser integral, es decir, encaminada a resolver cada una de las áreas.

Este marco de referencia es la guía bajo la cual los servicios de tratamiento que se otorgan en la Consulta Externa Básica e Intensiva (Centro de Día) están estructurados, teniendo como objetivos:

- 1) Suprimir o reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- 2) Incrementar el bienestar físico, psicológico y social promoviendo estilos de vida saludable y libre de consumo de drogas.

A continuación se describe en forma breve la finalidad a alcanzar en cada una de las dimensiones que aborda el modelo biopsicosocial:

- **La dimensión biológica** busca entender los efectos fisiológicos derivados del consumo crónico de sustancias psicoactivas; restablecer la función normal del sistema nervioso central, disminuir los deseos de consumir las drogas y proporcionar ayuda farmacológica para favorecer el logro de la abstinencia.

- **La dimensión psicológica** busca reducir el malestar psicológico a través de técnicas de modificación de conducta (actitudes, creencias, emociones y conductas auto-destructivas), tratamiento individual, grupal y familiar.

- **La dimensión social** propone una serie de estrategias que consisten en ayudar a el/la paciente a fortalecer sus habilidades en el ámbito social, laboral, escolar y recreativo, de modo tal que pueda sentirse satisfecha/o y exitosa/o en su entorno de pertenencia (Acuña, 1999, en Centro de Integración Juvenil, 2013). Para tal propósito, la Rehabilitación y Reinserción Social están diseñadas para ofrecer la recuperación del funcionamiento Bio-Psico-Social de un individuo, al mejor nivel posible a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo social.

3.6.1. Actividades de Rehabilitación y Reinserción Social Centro de Día

Centro de Día es una modalidad de tratamiento ambulatorio semiresidencial, integral e intensivo en un espacio de contención, a través del desarrollo de actividades terapéuticas estructuradas.

Este abordaje terapéutico fue desarrollado por Centros de Integración Juvenil durante la década de los 70 se incorpora como modalidad de tratamiento Centro de Día ubicándola como un proyecto perteneciente a Consulta Externa.

En los 80 el proyecto Centro de Día desaparece debido a modificaciones en la estructura de la Coordinación de tratamiento; sin embargo, a finales de 2002 la Dirección General de CIJ solicita a los directores de las unidades operativas el diseño de una propuesta de tratamiento y rehabilitación.

De esta forma, en 2003 se retoma la modalidad de tratamiento Centro de Día en CIJ, Durante los cinco años posteriores (de 2003 a 2008), Centro de Día se consolidó como un proyecto de tratamiento que incluía tres modalidades de intervención: Centro de Día I, dirigido a usuarios de drogas con una alta disponibilidad de tiempo para participar en las actividades terapéuticas, Centro de Día II, cuya población objetivo eran personas con una disponibilidad de tiempo menor en tanto se dedicaban a estudiar o trabajar y, Centro de Día III, cuyo objetivo era brindar seguimiento a los individuos que habían concluido la modalidad de intervención “Centro de Día II”, y contaban con actividades comunitarias.

A partir de enero 2009 se crea el departamento de Centros de Día en la Dirección de tratamiento y Rehabilitación de CIJ debido principalmente a la importancia que ha ido adquiriendo el tratamiento ambulatorio semiresidencial en la atención de usuarios.

Centro de Día está organizado para que los pacientes puedan asistir lunes, martes, miércoles y viernes con un horario aproximado de 9:00 de la mañana a 1:30 de la tarde, el día jueves los pacientes no asisten ya que se realiza Junta Clínica donde se revisa el expediente de cada uno de los pacientes que acuden a Centro de Día. Las actividades están programadas y dependiendo del taller pueden tener una duración de 1 hora o 1 hora 30 minutos, con un receso de 15 minutos aproximadamente para desayunar. Las siguientes son las actividades de tratamiento de la modalidad:

- ✓ Consulta médica: Se revisa el estado de salud en general de cómo asisten los pacientes, se aplican pruebas rápidas para la detección de uso de sustancias, así como tratamiento de farmacoterapia (algunos pacientes reciben este tratamiento para apoyar síntomas por el síndrome de abstinencia).

- ✓ Terapia de grupo: Actividad terapéutica, tiene como finalidad que los pacientes identifiquen la problemática que existe con el uso de las sustancias, así como las

causas de su uso, de una manera grupal para que compartan experiencias e identifiquen alternativas saludables.

✓ Asamblea comunitaria: Reunión en la cual participa el Equipo Médico Técnico y los pacientes, con el objetivo de revisar los contenidos de cada actividad que se realiza durante el tratamiento.

✓ Prevención de Recaídas: Actividad que se efectúa generalmente el día viernes, fortalece las estrategias de afrontamiento en los pacientes ante posibles situaciones de riesgo de consumo de drogas y busca evitar una recaída.

✓ Gimnasia Cerebral: Ayuda a los pacientes a conectar ambos hemisferios de su cerebro por medio de ejercicios y actividades.

✓ Taller psicoeducativo: Usando la Técnica de Cuento-Terapia se busca que los pacientes logren identificar problemáticas de los textos narrados que se asemejan a su vida cotidiana, buscando alternativas y usando la toma de decisiones para resolver el conflicto.

✓ Cine debate: Busca que por medio del análisis de una película los pacientes logren identificar situaciones de riesgo y se debate para buscar alternativas que los lleven a reaccionar de forma asertiva en su vida cotidiana.

✓ Grupo de familiares: Es un espacio destinado para familiares de los consumidores, el objetivo es trabajar con la problemática de consumo, identificando las causas y brindando alternativas para lograr estilos de vida saludables.

✓ Taller de emociones: Por medio de técnicas los pacientes logran reconocer e identificar emociones y estados de ánimo, para expresarlas de manera asertiva en su vida cotidiana.

✓ Taller de Prevención de la Violencia: Pretende que los pacientes por medio de dinámicas logren reconocer acciones, actitudes y situaciones en las que son víctimas de violencia o la ejercen y de esta manera buscar alternativas para reaccionar asertivamente.

✓ Taller de Habilidades para la Vida: Se busca desarrollar y/o fortalecer las habilidades que permitan a los pacientes establecer un manejo adecuado en las relaciones interpersonales y con el contexto social donde interactúan.

✓ Papiroflexia: Desarrolla en los pacientes la habilidad manual, con movimientos de coordinación y psicomotricidad fina, fomenta la creatividad y el seguimiento de instrucciones.

✓ Taller de Meditación: Conjunto de técnicas que tienen por objetivo que los pacientes logren bajar los niveles de ansiedad, por medio de la respiración, atención y concentración.

✓ Taller de psicodrama: Que por medio de técnicas teatrales los pacientes logren reconocer, identificar y expresar emociones.

✓ Clase de Baile: Busca que los pacientes, por medio de la música y rutinas de baile, logren tener o mejorar, coordinación, atención, concentración y seguimiento de instrucciones.

✓ Taller motivacional a través del juego: Pretende que los pacientes, por medio del juego, logren identificar situaciones de su vida cotidiana y la manera en cómo reaccionan ante un conflicto o situación.

Dichas actividades abarcan un enfoque multidimensional que integra técnicas para un adecuado manejo psicoterapéutico, como el aumentar la adherencia al tratamiento y el tiempo de abstinencia del consumo de sustancias, así como disminuir la deserción al tratamiento desde la entrevista inicial, también otras actividades promueven y fortalecen habilidades cognitivas, conductuales para el manejo del deseo o aquellas situaciones de alto riesgo que llevan al consumo.

3.7. Centros de atención a la farmacodependencia en la zona metropolitana de la Ciudad de México

Las siguientes categorías y centros fueron recuperados del sitio http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/directorio_de_los_centros_de_adicciones_de_la_ciud, publicado por el Instituto para la Atención de las Adicciones de la Ciudad de México.

3.7.1. Organizaciones o Instituciones de ayuda mutua

- Alcohólicos Anónimos (AA)

En las décadas de 1940 y 1950, apareció el movimiento de grupos de autoayuda como alternativa de apoyo. El grupo de Alcohólicos Anónimos, AA, establecido en 1930, se constituye en una cadena de servicios de apoyo para los adictos al alcohol. A partir de la concepción metodológica de esta red de servicios se crean otros programas residenciales de autoayuda como Synanon y Daytop; estos nuevos programas residenciales tienen un marco funcional basado en los lineamientos de la Comunidad Terapéutica y en poco tiempo se convirtieron en modelos de tratamiento muy exitosos, a pesar de que no incluyen la participación profesional para utilizar técnicas psicoterapéuticas o psiquiátricas, en tanto que las conciben como alternativas de tratamiento que interfieren en la recuperación de los pacientes.

Como resultado de esta postura de rechazo de participación profesional en el tratamiento, se generaliza la noción de que la psicoterapia psicodinámica tiene poca utilidad y como resultado, la mayoría de los alcohólicos y usuarios de otras drogas rechazan esta alternativa. Como contraparte a esta postura muchos terapeutas conciben el programa de los 12 pasos como una especie de culto casi religioso.

- Drogadictos Anónimos A.C.

Fue en 1982, durante la celebración del Segundo Congreso Internacional de los grupos 24 horas de Alcohólicos Anónimos, el Sr. David Cervantes Grimaldo, cuestionó la falta de lugares para rehabilitar a jóvenes drogadictos. Esto propició que se iniciara exclusivamente para dicha problemática.

El grupo "Liberación", como se le denominó, inició sus actividades el 4 de septiembre de 1983 y empezó a recibir hombres y mujeres con problemas de drogadicción, ofreciéndoles un programa de rehabilitación, casa, vestido y alimentación sin costo alguno.

Los servicios que brindan van dirigidos a hombres y mujeres que voluntariamente solicitan ayuda, mediante la práctica de un conjunto de terapias, basadas en un programa espiritual conocido como Los Doce Pasos.

Los requisitos que se solicitan para ingresar a cualquier centro de Drogadictos Anónimos, A. C. es llegar acompañado de un familiar, aceptar voluntariamente la permanencia, compromiso a integrarse y colaborar en todas las terapias que se le brindan.

- Organización de Ayuda Mutua de Ex - Adictos a Adictos (Anexos)

Son centros inspirados en el programa de AA y son fundados por adictos recuperados, los cuales ofrecen espacios para internar a otros enfermos con la finalidad de lograr la desintoxicación y rehabilitación.

Aunque usan principios de AA como los 12 pasos, las 12 tradiciones y las juntas de desahogo, algunos añaden también métodos poco convencionales como golpes, humillaciones, burlas y vejaciones.

Parte de las actividades que se realizan en estos lugares, incluyen el aseo de las habitaciones, los baños y en algunos de estos anexos, según testimonios de expacientes, se proporciona comida echada a perder.

Estos centros surgen como respuesta a un problema, aunque muchos no cumplen con los principios de atención que dicta la Norma Oficial Mexicana 028 que regulan los establecimientos que dan atención a adictos, dice Juan Machin, director del Centro Cáritas de Formación, asociación que da capacitación en el tema de la farmacodependencia Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

- Alateen / Al-Anon

Ayuda grupal a familiares y jóvenes que buscan resolver problemas que surgen cuando el alcoholismo afecta a un padre, a un pariente cercano o a un amigo.

- Jóvenes Alcohólicos Anónimos 24 Horas

La ayuda es a otras personas para superar problemas de alcoholismo mediante el programa de 12 pasos de recuperación. La población atendida está compuesta por personas con problemas de alcoholismo a partir de los 12 años, por medio de conferencias para que el paciente sea aceptado en la sociedad.

- Asociación Mexicana de Alcoholismo en Rehabilitación A.C. Amar

Mediante pláticas a familiares el objetivo es conocer qué es el alcoholismo y cuáles son sus consecuencias, concientizando a niños y adolescentes para reintegrar a la sociedad a los enfermos alcohólicos.

- Jóvenes en Prevención

Mediante actividades de intervención, vivencias, literatura y juntas de AA se trabaja sobre alcoholismo, drogadicción, obesidad y neurosis, brindando apoyo tanto al interno como a su familia y público en general.

- Narcóticos Anónimos México

El objetivo es la abstinencia completa de todo tipo de drogas atendiendo a hombres y mujeres, mediante pláticas y terapias.

- Grupo Compañero Uno, I.A.P. (Oficinas) y Centro de Recepción

Se atiende a adictos, comedores compulsivos y abusadores de tabaco, teniendo por objetivo preservar la salud mental y prevenir la farmacodependencia con el apoyo de autoayuda.

3.7.2. Atención primaria

- Centros de Atención Primaria a las Adicciones Estado de México y del Distrito Federal (CAPA)

Ofrece a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, contempla desde la prevención del consumo de sustancias con potencial adictivo y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio, accesible y de calidad.

Se da prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad, consumidores experimentales y sus familias, para evitar trastornos por abuso o dependencia.

Entre sus servicios se encuentran:

- a) Prevención: Tamizajes en escuela y en la comunidad, pláticas de sensibilización, estilos de crianza positivos, talleres de orientación a familias y adolescentes.
- b) Tratamiento integral de los trastornos por uso de sustancias: Consejo breve, atención individual, consejo médico, prevención de recaídas, reinserción social.
- c) Talleres para adolescentes que consumen: Derivación efectiva de casos con dependencia severa.
- d) Asesoría: Talleres de “Crianza positiva”, Talleres en “Habilidades para la vida”.

- Centros de Integración Juvenil, A.C.

Tiene por objetivo contribuir en la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de programas de prevención y tratamiento, con equidad de género, para mejorar la calidad de vida de la población.

Cuenta con una experiencia de más de 45 años, las actividades que lleva a cabo están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

3.7.3. Instituciones de consulta externa o comunidades terapéuticas

- Hogar Integral para la Juventud I.A.P

El objetivo es brindar servicios profesionales a la sociedad; en cuanto a la atención de las Farmacodependencias y las situaciones de vulnerabilidad.

Se caracteriza por el desarrollo de hipótesis, estrategias y modelos de intervención comunitaria, para alcanzar una mayor incidencia en el entorno sociocultural. Su finalidad es la de promover la activación y fortalecimiento de las capacidades.

- Centro de Atención Especializado en Drogodependencia, Caedro, A. C.

Atiende a derechohabientes, población abierta, seguro médico, seguro médico del trabajo (privado), adolescentes y jóvenes, adultos, familias/padres de familia.

Ofrece servicios de prevención primaria, es decir, orientación preventiva y pláticas de información. En cuanto a tratamiento, cuenta con consulta externa y desintoxicación con las siguientes modalidades: Orientación psicológica, terapia individual, terapia familiar, terapia farmacológica, sesiones grupales y grupos de autoayuda.

- Fundación Ama la Vida, I. A. P.

Su objetivo es establecer centros contra las adicciones y centros de apoyo a los mismos, así como comunidades terapéuticas, cuya labor será la de organizar, desarrollar, administrar, sostener y promover servicios para la prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, para el tratamiento y la rehabilitación de niños, jóvenes, adultos y sus familiares, así como su reinserción social. Cuenta con servicios de actividades preventivas: centro de escucha; consultas médicas; diplomado en adicciones.

- Juventud, Luz y Esperanza, I. A. P.

Tiene por objetivo beneficiar a personas de escasos recursos con problemas de farmacodependencia y/o conductas de riesgo y de sus familiares de escasos recursos, brindando apoyo en las áreas psicológica y médica, proporcionando consultas, terapias individuales y grupales con programas de orientación social en temas de salud, para el desarrollo y promoción humana, impartiendo talleres de forma preventiva.

- Centros de Integración Juvenil, A.C.

El programa de atención curativa busca contribuir a reducir y, en su caso, eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como promover la rehabilitación y la reinserción social del paciente. La Consulta externa está dividida en: Plan primera respuesta (investigación temprana); Consulta externa básica (tratamiento para abuso o dependencia de drogas ilegales, tratamiento para dejar de fumar, tratamiento para bebedores problema) y Consulta externa intensiva (Centro de Día).

3.7.4. Instituciones de Hospitalización

- Unidad de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil

Cuenta con un Plan de desintoxicación y estabilización del síndrome de abstinencia. Con las siguientes modalidades: Centros de Día en hospitalización, Hospitalización en estancia breve (un mes), Hospitalización de estancia media (tres meses).

- Centro de Integración para Adictos y Familiares, A. C. “Monte Fénix”

El tratamiento que ofrece es un tratamiento holístico (cuerpo, mente y espíritu) para la enfermedad de la adicción al alcohol y otras drogas, tanto para pacientes como para su familia, el cual consta de las siguientes fases:

- * Fase 1: Desintoxicación, valoración y diagnóstico

El propósito es lograr la estabilización del paciente tanto en el síndrome de abstinencia como en otras patologías médicas agregadas y establecer el plan de tratamiento individualizado en el que participa un equipo multidisciplinario formado por médicos, enfermeras, psicólogos, consultores y terapeutas individuales y familiares.

- * Fase 2: Tratamiento de rehabilitación

El propósito es proporcionar al paciente las herramientas para favorecer la recuperación y la integración al núcleo familiar a través de terapia individual, grupal, familiar, inducción a grupos de ayuda mutua y trabajo con el Programa de 12 Pasos.

- * Fase 3: Tratamiento continuo

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

- Tratamiento de la familia

Se considera que el alcoholismo y la adicción a otras drogas también afecta al núcleo familiar, por lo que Monte Fénix, ofrece además de la participación en el tratamiento primario que incluye pláticas educativas, psicoterapia grupal, participación en grupos de ayuda mutua y encuentros familiares, la Semana Familiar, taller intensivo, diseñado exclusivamente para los familiares de adictos al alcohol y otras drogas internos en la institución, así como a cualquier familiar que esté interesado en conocer las características de la enfermedad de la adicción y de la codependencia.

- Centro de Integración para Adictos y Familiares, A. C. “Clínicas Claider”

Ofrece un tratamiento residencial de corta estancia, que comprende atención inmediata para cuadros de intoxicación y problemas médicos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, diagnóstico, plan de tratamiento específico y atención psicoterapéutica para cada caso en particular.

El tratamiento comprende la atención del paciente y su familia y consta de 4 etapas:

1° Etapa de desintoxicación, valoración y diagnóstico.

2° Tratamiento psicoterapéutico.

3° Etapa de tratamiento continuo.

4° Sesiones psicoeducativas para familiares.

- OCEÁNICA

Su programa de tratamiento de adicciones y trastornos alimenticios está basado en un modelo residencial, los pacientes se internan de forma voluntaria.

Una vez ingresados se inicia con la desintoxicación y estabilización llevada a cabo por el área médica. Los pacientes tienen atención 24 horas por parte de su equipo.

Desde que el paciente llega comienza el proceso de evaluación para determinar su estado físico, emocional y psicológico, el cual es realizado por expertos en diferentes disciplinas y todos ellos especializados en adicciones.

A partir de los resultados de la evaluación se realiza un plan de tratamiento individualizado en el que se toma en cuenta cada aspecto de la vida del paciente, el cual se trabajará durante su estancia, brindando a los pacientes acompañamiento y asesoría las 24 horas del día.

El plan de tratamiento incluye diferentes métodos como: Grupos de terapia, Sesiones individuales, Talleres, Conferencias, Terapia Racional Emotiva, Herramientas cognitivo-conductuales, Grupos de autoayuda, Asesoría nutricional, Atención psiquiátrica, Actividades recreativas y Terapia familiar.

Una vez que el paciente ha respondido integral y efectivamente al plan de tratamiento, regresa a su hogar acompañado por el programa de post-tratamiento.

3.7.5. Centros Toxicológicos

- Unidades de Atención Toxicológica Venustiano Carranza y Xochimilco

Entre los servicios que ofrecen se encuentran las consultas externas, desintoxicación y orientación psicológica, terapias individuales y grupales. Todo con la finalidad de que las personas con problemas de drogadicción, tabaquismo y alcohol logren superar las adicciones y vivir de manera sana, sobria e independiente.

3.8. Métodos alternativos para tratar una adicción

Se denomina terapias alternativas a todas aquellas modalidades de terapia no convencionales que son de utilidad en el tratamiento de las adicciones, y en algunas regiones son el tratamiento primario.

- Acupuntura

Esta técnica proviene de la cultura médica China. Desde 1973, en Occidente se ha notado que la acupuntura puede aliviar los síntomas de abstinencia de los adictos tratados

con esta técnica. Se trata de la colocación de agujas estériles de metales escogidos en diversas partes del cuerpo, especialmente el pabellón auricular. Además, puede ser aplicada electricidad a los puntos de acupuntura a través de las agujas. Actualmente se llevan programas de tratamiento judicial, que se centran en el uso de la acupuntura y apoyo psicosocial añadido.

- **Biorretroalimentación**

Se trata de enseñar al paciente a "controlar" sus funciones vitales, mediante el uso de la retroalimentación producida por un aparato de medición de funciones delante de él. Esta técnica surgió a mediados de los años 50, con la colaboración de varias disciplinas. Está dirigida más que todo al desarrollo de habilidad para relajarse y cortar la respuesta de estrés insano.

- **Terapia de Nutrición y Vitamínica**

Es bien conocido el hecho de que el abuso de alcohol y otras drogas produce déficits nutricionales que deben ser corregidos en la recuperación temprana. Además se postula que algunos elementos de la dieta corriente produce en algunas personas, alergias y desórdenes bioquímicos importantes. Las dosis de vitaminas altas en la recuperación inicial pueden disminuir la sensación de agotamiento y ayudar al hígado a procesar las toxinas que han quedado en el sistema corporal.

- **Hipnosis**

La hipnoterapia es tan vieja como la civilización misma. En 1958 la Asociación Americana de Medicina aprobó la hipnosis como herramienta terapéutica válida para su uso en los tratamientos convencionales. Aunque algunos terapeutas utilizan la hipnosis como tratamiento principal, la mayoría la ve más como una herramienta, la cual puede tomar varias formas: desensibilización, sugestión post hipnótica para la reducción de los deseos de uso, fortalecimiento del yo, entre otras. Actualmente los estudios no son del todo concluyentes sobre los resultados del uso de la hipnosis en la adicción.

- Meditación Transcendental

Esta técnica de relajación o meditación fue introducida en EEUU en 1960 por un hindú llamado Maharishi Mahesh Yogi. Es una parte de la Medicina Ayurvedica y se utiliza como método relajante y de manejo de estrés. En la adicción el uso de la meditación puede servir en áreas como el manejo del estrés, el autocontrol, la homeostasis emocional y física y el fortalecimiento espiritual.

- Remedios Naturistas

La utilización de plantas ha sido una tradición en la historia de la medicina. Su uso en el tratamiento de la adicción es controversial en algunas regiones y está indicado como el de primera elección en otras regiones. La mayoría de los estudios se han realizado sobre hierbas tradicionales chinas. Por ejemplo: la *Leguminosae Pueraria lobata (kuzu)* es una conocida hierba china cuya raíz se piensa que pueda trabajar sobre el sistema de serotonina para disminuir la probabilidad de recaídas.

- Estimulación Neuroeléctrica Transcraneal

El uso de estimulación eléctrica retroauricular a nivel de la región mastoidea, produce efectos positivos en algunos pacientes, pero no hay estudios conclusivos que propongan la utilización estándar de esta técnica en el tratamiento de las adicciones.

- Juramento

Es una devoción popular y católica, al parecer exclusiva de México. Se trata de una promesa solemne a Dios. Es un convenio donde se compromete un tiempo a abandonar la adicción puede ser durante meses o años este ritual no cuenta con un lugar específico se hace dependiendo de la persona, para algunos es importante asistir a alguna iglesia o a la Basílica de Guadalupe, mientras que para otros la simple promesa es suficiente. Este rito popular supone afirmar más o menos lo siguiente: "Quiero hacer un juramento para no beber. Se hace ante la Biblia (palabra de Dios) y por Cristo crucificado. No quiero perjudicarme por determinado tiempo, ni a mi familia".

Otros métodos que los doctores recomiendan para poner en práctica a fin de tratar una adicción son:

- Respiración profunda

La respiración profunda y consciente mejora la circulación sanguínea, reduce la presión arterial y mejora la fuerza y la resistencia.

- Yoga

El objetivo es alcanzar la armonía entre cuerpo, mente y espíritu.

- Imágenes guiadas

Esta técnica ayuda a lograr un cambio de perspectiva. Cuando fluyen los pensamientos, también lo hacen las acciones.

- Afirmación

Cambiar el modo en que se piensa la vida, sin duda que puede ayudar a combatir el estrés, la depresión, la ansiedad, las conductas obsesivo-compulsivas y las adicciones.

- Retiros espirituales

Aprender a mantener la Paz Interior, a renovar la inspiración diariamente y vivir con una motivación pura que aporte una vida significativa. Es dar las herramientas para que las personas descubran su paz interior y compartir unos días de ese proceso. La experiencia de los profesores, así como el entorno natural de paz y silencio donde se llevan a cabo las actividades son grandes puntos a su favor.

En este capítulo hemos revisado cómo se ha incrementado el desarrollo de diversas estrategias para el tratamiento contra el abuso de sustancias psicoactivas, los diversos modelos teóricos, que plantean toda una serie de aspectos a considerar para abordar y contrarrestar los efectos, los daños, en diversas áreas donde se desempeña el individuo y que son afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas. También se revisaron las diversas modalidades que ofrece el Sector Salud para acudir a tratamiento, el cual va de acuerdo al grado (o nivel) de la enfermedad, donde el individuo puede asistir a instituciones

públicas o privadas para su tratamiento. Como nos pudimos dar cuenta, la amplia gama y variedad de tratamientos requiere de una visión multifactorial y como algunos modelos lo plantean es importante el trabajo desde una perspectiva biopsicosocial. Aunque es bien sabido que dentro de estos tratamientos y sus modalidades no todos hacen uso de estas herramientas científicas, médicas o psicológicas que puedan contribuir al mejoramiento más eficaz de los pacientes.

En este trabajo se abordan algunos de los modelos antes mencionados, los cuales fueron aplicados a dos pacientes farmacodependientes de una institución del área metropolitana de la Ciudad de México. El proceso de intervención, sus efectos y resultados se abordarán en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Método

4.1. Justificación

La farmacodependencia es un problema de salud pública que puede tener consecuencias negativas en la vida de los jóvenes, por ello es importante investigar las mejores formas de tratamiento que existen para su atención, sobre todo por la frecuencia de las recaídas que experimentan los pacientes. En este caso, la propuesta del Centro de Día es una actividad que merece ser estudiada ya que propone un conjunto de talleres y sesiones grupales que pueden servir para la atención de los farmacodependientes.

Otro punto que interesa investigar es el proceso de dos pacientes que completaron las diversas partes de su tratamiento y fueron dados de alta por los integrantes del Equipo Médico Técnico. Esta situación es poco frecuente por lo que se ha convertido también en una de las razones para esta investigación.

4.2. Planteamiento del problema

La necesidad de tratamientos efectivos para la farmacodependencia es una de las prioridades de los sistemas de atención clínica en diversas partes del mundo. La efectividad no es la única preocupación de los sistemas de salud, también es importante que las nuevas alternativas terapéuticas puedan recibir al gran número de consumidores de drogas que necesitan de tratamiento, por lo que las opciones deberían ser grupales preferentemente. En este sentido, la investigación busca describir el impacto de las actividades de la modalidad psicoterapéutica Centro de Día en el proceso de tratamiento de dos jóvenes consumidores de sustancias y como estas actividades contribuyeron a mejorar sus condiciones de vida y redujeron sustancialmente su consumo.

A partir de lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Las actividades de un modelo de tratamiento aplicado en una institución para farmacodependientes contribuyen a mejorar las condiciones de vida y reducen el consumo de sustancias en el caso de dos pacientes?.

4.3. Objetivos

- Describir el proceso de tratamiento llevado a cabo por dos jóvenes al interior de una Institución encargada de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.
- Identificar y señalar las actividades de la Institución donde se presentan las experiencias clínicas más trascendentes para el tratamiento de los jóvenes.

4.4. Tipo de estudio

Cualitativo, a través del método del Estudio de casos, el cual, según Rodríguez Gómez et al (1996; citado en Sandín-Esteban, 2003), supone un proceso de indagación que examina con detalle, comprensión, sistematicidad y profundidad los distintos elementos del caso o los casos que son objetos de estudio. A este método se agregó una triangulación de fuentes y teoría, siguiendo la recomendación de diversos autores (Mertens, 2005, Stake, 2006, Yin, 2009 y Cresswell, 2009; en Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

4.5. Tipo de diseño

Se empleó un diseño cualitativo de tipo narrativo biográfico (Mertens, 2005, en Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

4.6. Lugar

El estudio se realizó en un centro de atención de adicciones en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

4.7. Población

Pacientes que acuden a un centro de tratamiento contra las adicciones en el área metropolitana de la Ciudad de México.

4.8. Muestreo

No probabilístico e intencional. Se seleccionó a dos pacientes que hubieran completado el modelo de tratamiento institucional y que fueron atendidos por las autoras de esta tesis.

4.9. Características de los participantes

Una mujer de 22 años, estudiante de tiempo completo cursando el Bachillerato, viviendo en unión Libre, con nivel socioeconómico Medio Bajo, proviene de una familia disfuncional siendo la mayor de 2 hermanos. Y un hombre de 17 años, Bachillerato no concluido, no estudia ni trabaja proviene de una familia disfuncional con problemas en la relación con ambos padres siendo el mayor de tres hermanos.

4.10. Criterios de inclusión y eliminación

- Ser usuarios de sustancias psicoactivas.
- Haber sido canalizados para su atención por parte de una institución o la familia.
- Ser pacientes de la modalidad Centro de Día.
- Haber sido acompañados en su tratamiento por las autoras de la tesis.

4.11. Materiales e instrumentos de recolección de información

Para la recolección de evidencias se utilizaron las Bitácoras del Centro de Día, las notas de los expedientes clínicos y entrevistas con los responsables de las actividades del Centro de Día.

Para complementar el diagnóstico intermedio se emplearon las siguientes pruebas:

❖ Proyectivas

- Dibujo de la Figura Humana según Machover.
- H.T.P. de Buck.

❖ Psicométricas

- Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva (EMES-C, Caballo, 1987).
- Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Motora (EMES-M, Caballo, 1987).

4.12. Procedimiento

Se eligió a los pacientes una vez que el plan original de la tesis no pudo realizarse. Inicialmente la intención era darle seguimiento puntal a un grupo de Centro de Día en una modalidad de pretest-postest, pero el grupo fue disuelto por problemas en el seguimiento de las reglas de los pacientes y ello obligó a cambiar los objetivos.

Se eligió a dos pacientes que continuaban en tratamiento individual después de haber terminado la modalidad de Centro de Día. Estos pacientes fueron atendidos por las autoras de la tesis en dicha modalidad durante 2014.

Se consultó con los terapeutas individuales y con la dirección del establecimiento sobre la posibilidad del trabajo y se dio la autorización. Posteriormente se obtuvo el consentimiento de los pacientes y se procedió a reconstruir el proceso para poder recopilar las evidencias que apoyaban la reconstrucción.

Ya que se recopilaron las evidencias se triangularon los elementos críticos de las sesiones con el modelo de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citado en Díaz Salabert, 2001), el cual explica el proceso de tratamiento de las personas abusadoras de sustancias, de tal manera que pudiera establecerse un parámetro de comparación adecuado entre el proceso de los pacientes y un modelo de tratamiento adecuado.

Al terminar la reconstrucción del proceso en el Centro de Día se reunieron los datos del tratamiento posterior y se anotaron para tener una visión del estado actual de los pacientes.

4.13. Análisis de la información

Para el análisis de la información se empleó la triangulación, que es una técnica cualitativa que permite incrementar la validez de una observación clínica a través de dos referentes externos, en este caso las evidencias registradas en los documentos de seguimiento institucionales ya mencionados y la teoría de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citado en Díaz Salabert, 2001).

La triangulación permitió encontrar aquellas situaciones o acontecimientos ocurridos durante el paso por el Centro de Día que produjeron un cambio en los jóvenes, así como relacionarlos con un marco teórico que permitiera interpretar la etapa del proceso terapéutico en que se hallaban.

Capítulo 5. Resultados

En este capítulo se muestra la recopilación de los datos clínicos acerca de los pacientes “L” y “M”. Se presentan evidencias de Bitácoras escritas de diversos talleres y actividades realizadas durante el proceso de tratamiento de la modalidad Centro de Día, así como de expedientes clínicos, testimonios, tratamientos posteriores y entrevistas realizadas al Equipo Médico Técnico encargados del proceso de los pacientes.

Los casos se presentan en un orden de acuerdo a la fecha de ingreso de cada uno.

5.1. Caso número 1

5.1.1 Ficha de identificación

- ✓ Nombre del paciente: “M”.
- ✓ Sexo: Masculino.
- ✓ Edad: 17 años.
- ✓ Fecha de ingreso a la institución: 28 de enero del 2014.
- ✓ Escolaridad: bachillerato no concluido.
- ✓ Principal ocupación: no estudiaba, ni trabajaba en el momento de su ingreso.
- ✓ Estado civil: soltero.
- ✓ Estrato social: bajo.
- ✓ Características físicas: Joven con edad aparente mayor a la cronológica, con bajo peso, alíño descuidado, viste usando tenis y playeras holgadas, en ocasiones usa gorra. Cabello corto, lacio y de color castaño claro. Tez clara, cara cuadrada, cejas pobladas, ojos grandes de color café claro, nariz recta mediana, boca mediana, labios gruesos. Complexión delgada, estatura media, conformada e íntegra.

5.1.2. Motivo de consulta

Debido a que en el hogar su madre se percata de que inicia consumo de marihuana. Quiere que lo dejen de estar molestando en su casa. Refiere asistir para: “mejorar en lo que estoy mal”, “que me den una orientación” y “no llego a mi casa porque es muy tarde”. Acude con su madre, quien refiere un consumo exacerbado de Sustancias Psicoactivas (SPA) en el joven, ausencias en el hogar sin aviso, ni autorización previa.

5.1.3. Elementos diagnósticos

- ✓ Tipo de usuario: social u ocasional.
- ✓ Padecimiento inicial: Paciente consumidor de cannabis, edad de inicio a los 14 años, inicia consumo de tabaco a la edad de 13 años, frecuencia de 51 a 100 veces durante los últimos 30 días. Inicia consumo de bebidas alcohólicas a la edad de 14 años, 3 tragos de 6 a 20 veces, en los últimos 30 días. Inicia consumo de Marihuana a la edad de 14 años, 4 fumadas, de 21 a 50 veces, en los últimos 30 días.
- ✓ Antecedentes: Ninguno.
- ✓ Elementos diagnósticos: Problemas escolares, familiares y psicológicos, conducta antisocial o delictiva.
- ✓ Impresión diagnóstica: Paciente consumidor de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y marihuana), presenta actitud de cooperación con un discurso organizado, vocabulario extenso y dicción clara, buscando la confirmación de la figura materna, con edad aparente mayor a la cronológica. La figura materna asume una actitud de descalificación hacia el paciente.
- ✓ Dependencia a marihuana con consumo continuo.
- ✓ Dependencia al alcohol con consumo episódico.
- ✓ Dependencia a tabaco con consumo episódico.
- ✓ Código CIE 10-1: F12 Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- ✓ Pronóstico de adherencia terapéutica: Reservado, el paciente asiste porque la madre le ha estado insistiendo en asistir a CIJ.
- ✓ Síntomas generales: Astenia, adinamia, irritabilidad, disforia, *craving* y ansiedad, dificultad para conciliar el sueño.

5.1.4. Indicaciones y plan terapéutico

- ✓ Fortalecer lazos afectivos que le den contención y que le ayuden a su toma de decisiones. Fortalecer autoimagen e independencia.
- ✓ Ingreso: Se le propone a la madre y al paciente participar en Centro de día.

✓ Se concluye etapa diagnóstica y se canaliza a la modalidad de tratamiento Centro de Día, en la cual permanece del 10 de febrero del 2014 hasta el 9 de Mayo del 2014, al mismo tiempo recibe atención de Terapia Individual, a la cual asiste hasta Julio del 2015.

5.1.5. Proceso Centro de Día

- Semana Uno (10 de Febrero- 14 de febrero de 2014):

Signos y comportamientos observados

Durante esta primera semana “M” se encontraba ubicado en tiempo, persona y espacio. Su apariencia era desaliñada, portaba sudadera, pantalón y tenis sucios, usando gorra de manera constante. La primera sesión se mostró enojado, confundido entre sus cualidades, gustos y habilidades, durante la sesión de Habilidades sociales y refirió que continuaba consumiendo sustancias (dirigida por la pasante Yessenia Aguilar Reyes). Hay que destacar que se mostraba ansioso al llegar y al estar a punto de salir.

Evidencia

En las notas del Expediente Clínico de “M” correspondiente a tal semana, el facilitador de Terapia de Grupo refirió: “Se trata de grupo conformado por adolescentes de edades de 14 a 17 años. Durante la presentación se exploran las actividades diarias y las situaciones de riesgo. La mayoría mantiene conductas de riesgo y con intensos mitos en torno a la marihuana” (100214).

En entrevista con la psicóloga encargada del Taller de Nueva Red refiere: “Recuerdo que al inicio su aspecto de “M” era descuidado, daba la apariencia de estar sucio y siempre vestía de forma desaliñada con sudadera, jeans, tenis sucios y usaba gorra de manera constante”.

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con “M”, la pasante (Yessenia Aguilar Reyes) que imparte Habilidades Sociales refirió: “se les pide escribir cinco cualidades y habilidades, posteriormente se revisa lo escrito, donde se puede observar la confusión de los jóvenes, al escribir sus gustos en diversos aspectos y no lo indicado” (120214).

En entrevista con la pasante Yessenia Aguilar Reyes, refiere: “M, en la dinámica de cualidades y habilidades logra describir brevemente sus gustos, pero no identifica sus

cualidades”. Cuando se trabaja la retroalimentación de la dinámica, me doy cuenta de que los jóvenes no logran identificar el objetivo, lo cual se los hago saber y es “M” quien responde molesto, diciendo que cómo iban a saber ellos la diferencia entre cualidades, habilidades y para qué son buenos, por lo que yo respondo que durante la sesión explique las diferencias e incluso di ejemplos de ello” (181115).

Teoría del proceso terapéutico

De acuerdo a la teoría de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citado en Díaz Salabert, 2001) es fundamental saber en qué etapa de cambio se encuentra la persona con relación a su problema con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecúen a cada sujeto. Lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en el que se encuentra. En el caso del paciente “M”, éste se encontraba en el estadio de Precontemplación, ya que éste refiere que el paciente acude a tratamiento por un motivo externo (por ejemplo: orden judicial, familiares, entre otras), manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio, esto es, sabe las consecuencias del consumo de sustancias, pero no deja de buscar la sensación placentera que le genera la droga (cogniciones desadaptativas).

- Semana Dos (17 de Febrero- 21 de Febrero 2014):

Signos y comportamientos observados

Durante esta semana “M” no asistió los días lunes y miércoles. Cuando se incorporó a las actividades se percibió renuente a asistir, con la decisión de querer dejar el tratamiento, llegó tarde, se mostró enojado, sin embargo durante la sesión del Taller de Prevención de Recaídas, “M” refirió que si asistía era solo por la insistencia de su madre, quien lo hacía sentirse desvalorizado, más tarde se comprometió a mejorar su comunicación con la figura materna.

Evidencia

En las notas clínicas del Expediente de “M” la facilitadora encargada del Taller de Prevención de Recaídas refirió: “Existe la disposición de cambio de los pacientes sin embargo el malestar emocional que surge de la relación entre ellos y sus padres es un detonante del consumo de sustancias, en alianza se acompaña a los mismos a verbalizar los

enojos ante el comportamiento de sus padres, quienes se muestran descalificadores, se percibe no escuchan (*sic*) a sus hijos, se señala a los mismos la importancia de poder hablar de sus enojos ante ellos, con el apoyo del Equipo Médico Técnico, renuentes argumentan que no hay esperanzas de logros a través de ellos. Se da contención, apoyo y alianza con los adolescentes, en el compromiso de soluciones con el apoyo de ellos, no por ello se justifica el consumo de los pacientes sino justamente el mostrar el ciclo negativo y reforzante de sus problemáticas” (210214).

En entrevista con la monitora encargada del grupo Yessenia Aguilar Reyes refiere: “Recuerdo que después de haber faltado dos días “M” regresa enojado y durante el taller de Prevención de Recaídas la facilitadora explora el porqué de su inasistencia, donde él expresa que ya no quiere asistir y que solo va por que su mamá lo obliga” (181115).

Teoría del proceso terapéutico

En el caso de “M” aún se encontraba en el estadio de Precontemplación, ya que este refiere que el paciente no se plantea modificar su conducta ya que es mínimamente consciente de que dicha conducta representa un problema. Por ello acude a tratamiento presionado por circunstancias ambientales.

- Semana Tres (24 de Febrero- 28 de Febrero 2014):

Signos y comportamientos observados

Durante esta tercera semana “M” se mostró apático, con pereza, introvertido en el Taller de Manejo de Emociones, aún conserva objetos para consumir, por otra parte, durante la sesión de Habilidades sociales (dirigida por la pasante Yessenia Aguilar Reyes) mostró dificultad al identificar la diferencia entre pensar, actuar y sentir emociones. En el Taller de Prevención de Recaídas, “M” cumplió con la tarea que dejó la facilitadora en la sesión pasada, donde en formatos determinados tenían que graficar las ocasiones cuando se presentó el deseo por consumir y cuántas veces lo llevaban a cabo, la cual demostró que su consumo se había reducido y sólo lo realizaba con un grupo de pares.

Al finalizar la semana, “M” presentó un cambio de actitud importante después de la sesión de Prevención de Recaídas, pues la facilitadora realizó algunas observaciones, donde explica su síndrome amotivacional, lo cual causa su desinterés y pereza. Como comentario

final, “M” refirió haber aprendido a identificar las desventajas de fumar o consumir otras drogas. El ponerse a pensar, darse la oportunidad de ello pues en casa o en otra situación no lo realiza. También se observó mayor participación en las sesiones de Manejo de Emociones y Relajación, donde el encargado es su Psicólogo individual.

Evidencias

En las notas clínicas del Expediente de “M” el facilitador encargado de Terapia Grupal refirió: “El grupo reconoce con claridad las situaciones detonantes del consumo, pero al mismo tiempo reconociendo las dificultades de lograr afrontarlas con éxito” (240214).

El facilitador encargado de Manejo de Emociones refirió: “Los asistentes comentan que sintieron vergüenza al inicio de la sesión, pero se relajaron conforme pasaba el tiempo y seguían escuchando la música” (260214).

La pasante encargada de Habilidades Sociales refirió: “Se realiza exploración de emociones, donde a algunos les queda claro la diferencia de sentir (fisiológico), pensar (cognición) y actuar (conducta), a diferencia de otros les confunde, por ello se ejemplifica, con sus propias vivencias” (260214).

En la bitácora de Centro de Día se anotó lo siguiente: “durante la sesión de Manejo de Emociones cuando se explora el consumo de los pacientes, comentan continuar con el consumo, donde “M” dice que aún conserva artículos para el consumo de marihuana” (260214).

En la bitácora de Centro de Día se escribió lo siguiente: “Al iniciar la sesión del taller de Prevención de Recaídas, la facilitadora pregunta a los pacientes, ¿quiénes cumplieron con la tarea?, siendo muy pocos, se comienza a trabajar con ella, “M” logra identificar una disminución en su consumo y cuando lo hace es solo con sus amigos”.

Teoría del proceso terapéutico

El paciente “M” se encontraba en el estadio de Contemplación, este refiere que el paciente esta consiente de que existe un problema y considera seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentra más abierto a la información sobre su comportamiento adictivo.

- Semana Cuatro (7 de marzo 2014):

Signos y comportamientos observados:

(No existe registro en la Bitácora de Actividades del Centro de Día hasta el día viernes, por lo que se emplearon las notas del Expediente Clínico).

“M” se mostró ansioso, poco participativo durante la sesión de Papiroflexia, durante la sesión de Prevención de Recaídas se observó enojo con figura materna, refirió haber tenido una recaída, siendo su consumo menor a lo acostumbrado, se mostró indeciso en dejar de consumir, sin embargo, inició compromiso a nivel de cognición de no consumo.

Evidencias:

En las bitácoras de Centro de Día, durante el taller de Papiroflexia se les pide a los jóvenes que con diferentes hojas realicen una rosa, donde se les va dando indicaciones. Algunos jóvenes se muestran poco participativos al inicio de la actividad y poco a poco se van involucrando, “M” se muestra ansioso y poco participativo” (070314).

En las notas clínicas del Expediente de “M” el médico refirió: “Se realiza prueba de detección de drogas. Prueba positiva cannabis” (070314).

En las notas clínicas del Expediente de “M” la facilitadora encargada de Prevención de Recaídas refirió: “Los pacientes plantean deseo por consumir; conductualmente y cognitivamente se permiten continuar con el consumo, traen a la sesión diversos problemas de relación filial con madres que no permiten la identificación positiva con las mismas generando tristeza... (Paciente se compromete en no pensar en fumar)” (070314).

Teoría del proceso terapéutico

“M” se encontraba en el estadio de Contemplación, aunque su actitud es ambivalente, se encuentra más abierto a la información sobre su comportamiento adictivo.

La recaída: ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos, frecuentemente al de Contemplación o al de Preparación, pero en algunas ocasiones al de Precontemplación. En el caso de “M” la recaída se presentó luego de discusión con la figura materna, la cantidad de sustancia disminuyó.

- Semana Cinco (10 de Marzo- 14 de Marzo 2014):

Signos y comportamientos observados:

Debido a la impuntualidad al iniciar la semana se dio aviso a familiares del acuerdo previamente establecido, quien llegara después de la hora acordada se regresaría al paciente a su casa, posteriormente durante la sesión de Manejo de Emociones se explora respecto al consumo, refiriendo “M” haber consumido un día anterior, siendo latentes los conflictos con la figura materna, se muestra reflexivo hacia el uso de sustancias y las recaídas que está presentando, si en verdad quiere dejar de consumir. Su autoestima se percibe baja, se le dificultó identificar aspectos positivos de él.

Evidencias:

En las notas clínicas del Expediente de “M” el facilitador encargado de Manejo de Emociones refirió: “Se analiza la música traída por los asistentes, analizando por qué les gusta esa música y desde su punto de vista por qué los invita a consumir marihuana, mencionando la relación que conforman entre el consumo-la música y situaciones como conflicto con la madre que los lleva a esta relación” (120314).

En la bitácora de actividades de centro de Día correspondiente a la sesión de Manejo de Emociones se escribe: “Al iniciar la sesión se explora lo ocurrido durante su semana en cuanto al consumo de los pacientes, “M” refiere haber consumido un día antes por una pelea con su mamá y comienza a reflexionar si quiere o no dejar de consumir” (120314).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Mujeres por Una Vida en Armonía, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “Se realiza dinámica donde los jóvenes tienen que identificar sus fortalezas y características positivas, donde muestran dificultad para realizar la dinámica” (120314).

En entrevista con la Monitora Yessenia Aguilar Reyes dice: “La facilitadora de ese taller les pide realizar una lista de aquello que consideran son fortalezas y las características positivas en ellos, durante el desarrollo de la dinámica los pacientes se mostraron confundidos y recuerdo que “M” decía que él no tenía cosas positivas, pues era un flojo y no era bueno para nada, aspecto que considero era parte de lo que su madre le decía”.

Teoría del proceso terapéutico

La recaída: luego de conflicto con la figura materna se presenta consumo, aunque disminuye la cantidad y se muestra reflexivo ante este.

“M” se encontraba en el estadio de Contemplación, su actitud era ambivalente, se encontraba más abierto a la información sobre su comportamiento adictivo, sin embargo presentaba algunos rasgos del estadio de Preparación, este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis) aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia) para considerar que se encuentra en la fase de Acción, donde “M” refirió una disminución en su consumo e inicia a cumplir con determinadas tareas, es decir inicia a comprometerse en algunos cambios conductuales.

- Semana Seis (17 de Marzo- 21 de Marzo 2014):

(Suspensión de actividades por Semana de Salud).

- Semana Siete (24 de Marzo- 28 de Marzo 2014):

Signos y comportamientos observados:

Durante el Taller de Gimnasia Cerebral se percibió frustrado al no poder realizar los ejercicios, comentó los malos hábitos de sueño, lo cual se percibió en el letargo durante el juego *Scrabble*. En la sesión de Terapia Grupal, logró identificar que el consumo fue debido a la problemática familiar, refirió tener una semana sin consumo.

En el Grupo de padres, se dio a conocer que los jóvenes a partir de la siguiente semana, el día martes iban a asistir al Taller de Lenguaje Corporal y los días viernes asistirían a un nuevo Taller llamado Nutrición Afectiva, donde se trabajaría en conjunto: padres, hijos y Equipo Médico Técnico (EMT). Dicho Taller se implementó luego de que el EMT, en una junta clínica, se percata que los conflictos con la figura paterna y materna eran latentes entre los integrantes, lo cual generaba dificultades en el proceso respecto a la estabilidad emocional en los pacientes, con ello se valora y decide su implementación.

Durante la sesión de Prevención de Recaídas, “M” se mostró incongruente en el dejar de consumir, pues refirió ya no querer consumir por la serie de problemáticas que se

desencadenaron, sin embargo comentó haber tenido una recaída el día jueves, se observó culpa ante la acción, refirió haber vendido la mariguana, para no tenerla y ser un motivo para un consumo más. Durante la sesión de Nutrición Afectiva “M” se mostró enojado, frustrado, triste por la falta de comunicación y comprensión de su madre.

Evidencias

En la bitácora de Centro de Día en el Taller de Gimnasia Cerebral, la monitora Yessenia Aguilar Reyes escribe: “se da inicio con la actividad durante el desarrollo de ésta los pacientes se muestran con frustración en algunos de los ejercicios por lo que dejan de hacerlos, “M” se percibe frustrado ya que algunos ejercicios de coordinación se le dificultan, se les invita a intentarlo pues sólo con la práctica lo lograrán” (240314).

En las bitácoras de Centro de Día, en el Taller Psicoeducativo, la monitora Yessenia Aguilar Reyes escribe, “se realiza la práctica del juego *Scrabble*, donde los jóvenes se mostraron participativos, con habilidades para ello, únicamente a quienes se les dificultó fue a “M” y “X” quienes mostraron letargo para la creación de palabras” (240314).

En las notas clínicas del Expediente de “M” el facilitador encargado de Terapia de Grupo refirió: “... El grupo reconoce a través de sus propias historias el temor a sentirse solo, visualizar la sensación de desamparo, el enojo hacia la familia porque no entienden la adicción. Se hacen señalamientos en torno al temor de desamparo y los miedos asociados” (240314).

En entrevista con la monitora Yessenia Aguilar Reyes dice: “se comenzó a explorar como les fue en la semana, principalmente con el consumo, los pacientes dicen que fue una semana complicada, en general, por problemas con mamá, En “M” era frecuente que peleara con ella, pero esta vez se dio cuenta que se sentía frustrado al no poderle decir todo lo que quería y, por eso se salió y se fue a consumir con sus amigos con los que se juntaba de consumo, no solo él, sino todo el grupo, y fue cuando el Psicólogo les señala que si se habían percatado que siempre existía una situación previa para ir a consumir, en este caso la discusión familiar, y es cuando tienen insight, y “M” refiere que ya estaba consiente que cada discusión con su mamá era motivo para ir a consumir” (181115).

En las notas clínicas del Expediente de “M” la facilitadora encargada de Prevención de Recaídas, refirió: “En la mayoría de los pacientes se presenta ansiedad ante la disminución del consumo, se presenta recaída de uno de los integrantes del grupo. Se señalan los efectos del consumo de sustancias en su dinámica personal, requieren de elementos de afrontamiento para la ansiedad, al revisar y realizar tareas en la sesión el grupo y mediante un balance decisional sopesan los ventajas y desventajas del consumo de sustancias a partir del reconocimiento de los mismos en su historia de vida inmediata afectado su vida escolar y familiar” (280314).

De acuerdo a las bitácoras de Centro de Día, en el taller de Prevención de Recaídas se escribe lo siguiente: “se muestran con mayor atención y durante el cierre de sesión “M” refiere haber tenido una recaída el día de ayer, sintiendo culpa y luego vendiendo la mercancía para no tener” (280314).

En las notas clínicas del Expediente de “M” una de las encargadas de la sesión de Nutrición Afectiva refirió: “Los padres realizaron análisis de las situaciones que obstaculizan el acercamiento físico y emotivo hacia sus familiares, en especial hacia sus hijos asistentes a tratamiento” (280314).

Teoría del proceso terapéutico

La recaída: se presentó consumo, disminución de la cantidad de sustancia, se observó reflexivo y con mayor conciencia del conflicto familiar, las consecuencias que le genera el consumo.

“M” se encontraba en el estadio de Preparación, este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, aun cuando “M” no ha tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó algunos cambios conductuales (como la disminución de dosis) siendo un factor importante los conflictos familiares e interpersonales, para su avance en el cambio de estadio.

- Semana Ocho (31 de Marzo- 04 de Abril 2014):

Signos y comportamientos observados:

Al iniciar actividades se observó a “M” somnoliento y cansado. En la sesión de Terapia Grupal se exploró respecto al consumo, hubo recaída. En la sesión de Manejo de Emociones refirió haber consumido debido a la ansiedad que sentía. El día viernes llegó tarde a sus actividades. Durante la sesión de Nutrición Afectiva se observó a “M” triste, enojado y renuente ante la situación en relación con la figura materna.

Evidencias

En las notas clínicas del Expediente de “M” el facilitador encargado de Terapia de Grupo, refirió: “Se hace con el grupo una revisión de las últimas ocasiones de consumo reforzando con ellos la identificación de las situaciones problemáticas, se visualiza por la mayoría la socialización de las sustancias como parte normal de vida. Se discute mediante el dialogo socrático las creencias y la validez de ellas. Se transmite al grupo la posibilidad de cambio, introduciendo el tema de evitar las drogas para romper las situaciones de conflicto con sus padres, posibilitando en el resto la identificación de los motivos para cambiar” (310314).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Manejo de Emociones, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refirió: “El facilitador da inicio a la sesión explorando el tiempo sin consumir, los jóvenes refieren tener 2 semanas sin consumir, siendo “M” quien ha tenido consumo apenas el día de ayer, debido a la ansiedad que presentaba, por lo que se explica el síndrome de abstinencia por el que pasa, la manera en cómo se manifiesta y la importancia de no consumo” (020414).

En las notas clínicas del Expediente de “M” una de las facilitadoras encargada de la sesión de Nutrición Afectiva, refirió: “El reconocimiento de los sentimientos de los pacientes es de dolor, enojo, desafío en su relación con padres, necesidad de afecto credibilidad y aceptación. Desilusionados de padres” “M” se compromete a “aprender a escuchar” (040414).

En entrevista con la Monitora Yessenia Aguilar Reyes refiere: “Durante el taller de Nutrición Afectiva las facilitadoras confrontaban a los pacientes con los papás por

determinadas situaciones que los jóvenes pedían que se hablaran en grupo, en general los pacientes siempre se quejaban de la falta de una buena comunicación asertiva y en esa ocasión el tema principal fue la dinámica familiar de “M” porque su mamá siempre lo acusaba de hacer cosas o de no hacerlas, en cuanto a cuestiones domésticas y “M” decía que su mamá no escuchaba y que si ella no escuchaba él tampoco lo iba a hacer, es entonces cuando intervienen las Psicólogas y comienzan a hacer un análisis de la situación y hacen un role playing en donde revisan el tono de voz, la manera de pedir las cosas y cómo manejar la situación, se invierten los papeles: “M” era como la mamá, su mamá la hija. “M” se da cuenta que no era una situación fácil y es ahí cuando dice que tiene que aprender a escuchar, no solo comenzar a discutir y la mamá se compromete de igual forma a escucharlo” (181115).

Teoría del proceso terapéutico

La recaída: debido a los síntomas por la abstinencia y los conflictos latentes con la figura materna se presenta consumo, se mantiene la disminución de cantidad de sustancia.

“M” se encontraba en el estadio de Preparación, aun cuando no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó algunos cambios conductuales (como la disminución de dosis, mejorar la escucha con figura materna) siendo un factor importante los conflictos familiares, es decir, la dificultad que existía en la relación con la figura materna, para su avance en el proceso de cambio.

- Semana Nueve (07 de Abril- 11 de Abril 2014):

Signos y comportamientos observados:

Se observó a “M” somnoliento, cooperativo, estableció convivencia con sus demás compañeros. En la sesión de Terapia de Grupo refirió haber tenido una recaída el fin de semana, se realizó identificación de situaciones de riesgo. Durante la sesión del Taller Hombres en Armonía, se percibió cansado, logró identificar las etiquetas que le habían puesto y como lo percibían los demás, mostró mayor conciencia de habilidades en él. Llegó tarde y no cumplió con el material pedido en la sesión de Papiroflexia, posteriormente en la sesión de Nutrición Afectiva, se realizó dinámica para resaltar aspectos positivos de los

pacientes y además revisaron logros, donde refirió “M” y su mamá, haber iniciado cambios en la comunicación.

Evidencia

En las notas clínicas del Expediente de “M” el facilitador encargado de la sesión de Terapia de Grupo, refirió: “Asisten los pacientes quienes se encuentran algunos en abstinencia, se abordan las dificultades de la presión grupal. “M” plantea consumo el fin de semana. Aparecen en la mayoría contenidos de enojo y frustración ante el temor a recaer. Se revisa con el grupo el concepto de recaída para clarificar el proceso de evolución, identificando los pensamientos y las emociones existentes. Se ejemplifica con las experiencias de algunos el proceso de pensamiento – emoción” (070414).

En entrevista con la Monitora Yessenia Aguilar Reyes durante Terapia de Grupo refiere: “M” comentó haber tenido un consumo el fin de semana, el facilitador explora acerca del consumo, “M” dice haber tenido una pelea con su mamá, él se sale de su casa y se va al lugar a donde siempre estaban sus “amigos” y sabía que iba a consumir porque ellos siempre estaban drogándose. A partir de eso, el psicólogo comienza a hacer análisis de la situación, le dice que si él no considera que el juntarse con sus amigos es una situación de riesgo, “M” si identifica que siempre que va con ellos va a consumir y lo que tiene que hacer es evitar ir con ellos” (181115).

En las notas clínicas del Expediente de “M” una de las facilitadoras encargada de la sesión de Nutrición Afectiva, refirió: “Se realiza técnica de compartimiento de historias gratificantes de sus hijos, reconociendo sus habilidades sociales o cognitivas” (110414).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Nutrición Afectiva, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes), refirió: La madre de “M” comenta estar realizando cambios para mejorar la comunicación, los cuales se le han dificultado” (110414).

Teoría del proceso terapéutico

La recaída: con respecto a la recaída se analizan las situaciones que generan el deseo de consumo y alternativas para no llevarlo a cabo.

“M” se encontraba en el estadio de Preparación, aun cuando no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó algunos cambios conductuales (como la disminución de dosis, mejorar comunicación con la figura materna), sin embargo sigue siendo un factor importante los conflictos familiares para permanecer en dicho estadio de cambio.

- Semana Diez (14 de Abril- 18 de Abril 2014):

Signos y comportamientos observados:

Al iniciar actividades “M” se observó somnoliento, cansado y poco participativo. Refirió haber tenido discusión con la figura materna, generándole enojo. En Terapia de Grupo, refirió haber consumido el pasado lunes, hasta ese momento no tuvo otro consumo. A partir del día miércoles se dio inicio con clases de baile, donde se mostró participativo, en la sesión de Mujeres por una Vida en Armonía, “M” se quedó dormido, comentó haberse dormido tarde (dos de la madrugada).

Evidencias:

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la Revisión Médica, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “Durante la revisión médica se realiza exploración respecto a su fin de semana, donde el paciente “M” refiere haber discutido con su madre, causándole esto enojo” (140414).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Terapia de Grupo, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “ El facilitador da inicio a la sesión realizando exploración del consumo, donde “M” refiere haber consumido el lunes pasado, debido a pensamientos recurrentes y ansiedad, al recordar momentos, personas o lugares con quien solía consumir” (140414).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Mujeres por Una Vida en Armonía, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “Durante el desarrollo del tema “M” se quedó dormido, se le cuestiona posteriormente el ¿por qué?, refiriendo haberse dormido hasta las dos de la mañana aproximadamente, al permanecer en redes sociales...” (160414).

Teoría del proceso terapéutico

“M” permanecía en el estadio de Preparación, aún no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó algunos cambios conductuales (se ha mantenido en abstinencia después del lunes hasta la fecha), sin embargo siguen siendo un factor importante los conflictos familiares para permanecer en dicho estadio de cambio.

- Semana Once (21 de Abril- 25 de Abril 2014):

Durante esta semana “M” no asistió a tratamiento al Centro de Día. Sin dar aviso alguno, se presentó hasta el día viernes, donde refirió aislarse de la convivencia familiar, permanecer solo por periodos de tiempo largos. Durante la sesión de Nutrición Afectiva, compartió la dificultad para comunicarse aún con la figura materna, pues aún con la comunicación no verbal se sentía agredido.

Evidencias:

En las notas clínicas del Expediente de “M” la facilitadora encargada de la sesión de Prevención de recaídas, refirió: “El consumo ha disminuido pero se sigue presentando los fines de semana resulta cómodo alejarse de la familia, pasar el tiempo solo, algunos pacientes manifiestan ira ante relación con madre o bien ante la soledad y el abandono de la misma” (250414).

En las notas clínicas del Expediente de “M” una de las facilitadoras encargada de la sesión de Nutrición Afectiva, refirió: “Reconocen miradas, tonos de voz, gestos corporales que comunican, incluso el silencio a pesar de serlo comunica algo en las personas. Se lleva a los pacientes ahora a reconocer los efectos de esa comunicación de ellos para sus padres y de los mismos hacia ellos como hijos, perciben que su comportamiento a veces no es lo que desea decir, tras el enojo existe a veces tristeza, más de una vez calla o bien mitigada con la diversión y drogas. Se les cuestiona su comportamiento a cambiar, de ser una decisión personal” (250414).

En las bitácoras de Centro de Día en el taller de Nutrición Afectiva, se escribe: ““M” y madre, refieren tener el conflicto de comunicación, el cual persiste, sin embargo “M” muestra mayor autocontrol, tolerancia, identificando que él es ajeno a su madre, se

realiza un ejercicio donde se identifican los puntos que son factor para discutir, los cuales son la escucha y la comunicación” (250414).

Teoría del proceso terapéutico

“M” permanecía en el estadio de Preparación, aun cuando “M” no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó cambios conductuales (se ha mantenido en abstinencia), sin embargo siguen siendo un factor importante los conflictos familiares para permanecer en dicho estadio de cambio.

- Semana Doce (28 de Abril- 02 de Mayo 2014):

Signos y comportamientos observados:

Al iniciar la semana “M” llegó 40 minutos después de la hora de entrada, permitiéndole el acceso la facilitadora de la sesión de Gimnasia Cerebral, quien indagó las causas de su llegada a dicha hora, refiriendo “M” tener horarios de sueño irregulares, mostrándose al realizar las actividades con poca energía, somnoliento y cansado. Durante la sesión de Prevención de Recaídas identificó y externó sentir enojo en contra de su mamá, se mostró más tolerante, con mayor reconocimiento de capacidades y autoconcepto. Luego en la sesión de Nutrición Afectiva, reconoció la comunicación poco asertiva que tenía con su entorno, identificó logros y aquellos factores clave para mejorar la relación con la figura materna.

Evidencias:

En las notas clínicas del Expediente de “M” la facilitadora encargada de la sesión de Prevención de Recaídas, refirió: “logros en el reconocimiento y manejo de las emociones propias y han aprendido a reconocer los malestares de padres, dando tiempo a que venga la calma para poder hablar acerca de qué sucede o bien acerca de qué sienten ambas partes, trabajar en tener mayor escucha y comunicación” (020514).

En las notas clínicas del Expediente de “M” una de las facilitadoras encargada de la sesión de Nutrición Afectiva, refirió: “Los padres logran incluir el concepto de asertividad en el proceso rehabilitatorio, ya que refieren tener mayor claridad en la importancia del reconocimiento de sus emociones y la expresión de las mismas, de igual forma el atender

las necesidades emocionales de los hijos en su expresión respetando su propio estilo” (020514).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Nutrición Afectiva, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “M” y su madre afirman tener el conflicto de comunicación, el cual persiste, se realiza un ejercicio de cambio de roles, donde se identifican los factores a trabajar, como la comunicación asertiva” (020514).

Teoría del proceso terapéutico

“M” permanecía en el estadio de Preparación, aun cuando “M” no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó cambios conductuales (se mantenía en abstinencia), en cuanto a los conflictos intrapersonales, va teniendo mayor capacidad de autoanálisis para identificarse y reconocerse. Identificó que los conflictos familiares persisten, no obstante se compromete a trabajar en ello. Sin embargo presenta algunos rasgos ya del estadio de Acción, etapa en la que el individuo cambia su conducta, el estilo de vida asociado. En esta etapa se requiere de un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.

- Semana Trece (05 de Mayo- 09 de Mayo 2014):

Signos y comportamientos observados:

Se realizó Revisión Médica, se aplicó a “M” prueba de anti-doping, la cual salió negativa, se mostró tranquilo, somnoliento y con poca energía al realizar los ejercicios de Gimnasia Cerebral. En la sesión de Terapia de Grupo se trabaja Proyecto de vida con la pasante (Yessenia Aguilar Reyes). Durante el desarrollo del tema “M” se percibió apático, renuente, luego comenzó a identificar objetivos.

En todos los talleres se realizó cierre terapéutico debido a que era la última semana del tratamiento de Centro de Día.

El día viernes se realizó asamblea Comunitaria, en la cual se evaluó el trabajo y se da el cierre de modalidad de tratamiento, donde “M” se observó tranquilo y reflexivo.

Evidencia:

En las notas clínicas del Expediente de “M” el Médico refirió: “Se realiza prueba de detección de drogas. Prueba negativa” (050514).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Terapia de Grupo, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere: “M” se muestra renuente al inicio de la sesión, sin embargo realiza la actividad y va identificando los objetivos a lograr” (050514).

En las notas clínicas del Expediente de “M” uno de los integrantes del Equipo Médico Técnico, durante la asamblea refirió: “Se observa a los padres con mayor claridad en la expresión de sus ideas, se muestran temerosos de no ser consistentes o temor a los cambios en el estado de ánimo de los adolescentes, lo cual dificulte la continuidad de los cambios obtenidos, se brinda contención dirigida hacia la consistencia de ellos, pues será un ejemplo que los adolescentes aprenderán en su proceso rehabilitatorio” (090514).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día correspondiente a la sesión de Asamblea Comunitaria, la monitora (Yessenia Aguilar Reyes) refiere:” “M”, refiere haberle gustado, saber diferenciar, identificar y lograr cambios. La madre de “M”, refiere haber sentido satisfacción ante la orientación, pudo identificar situaciones no saludables para la convivencia con su hijo, logra cambios” (090514).

Teoría del proceso terapéutico

“M” permanecía en el estadio de Preparación, aun cuando “M” no había tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva si realizó cambios conductuales (se mantenía en abstinencia), en cuanto a los conflictos intrapersonales, va teniendo mayor capacidad de autoanálisis para identificarse y reconocerse. Identificó que los conflictos familiares persisten, no obstante se compromete a trabajar en ello. Sin embargo presenta algunos rasgos ya del estadio de Acción, etapa en la que el individuo cambia su conducta, el estilo de vida asociado. En esta etapa se requiere de un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos, identificando alternativas de solución a los conflictos familiares, intrapersonales y aquellas cogniciones desadaptativas.

5.1.6 Tratamientos posteriores

5.1.6.1 Terapia Individual

El día 04 de Abril del 2014, se trabaja relación con la madre, seguimiento de reglas y acuerdos en casa.

25 de Julio del 2014, “M” refiere haber terminado una relación poco saludable, sintiéndose tranquilo y manteniéndose sin consumo, aun cuando su madre no confía en él, “M” trata de ser empático respecto al comportamiento de su madre. Se percibió que logró mayor autoconocimiento, autoaceptación, alejándose de situaciones que lo llevaba al consumo.

El 07 de Noviembre del 2014, se realiza seguimiento familiar, donde se explora la situación actual de convivencia, en la cual refieren “M” y su madre, notar mayor comunicación y convivencia. Se realiza invitación para acudir a reunión de Ex pacientes, para lo cual “M” se muestra entusiasmado y reconocido al haberlo invitado.

El día 12 de Junio del 2015, “M” plantea Proyecto de vida, se muestra entusiasmado porque se está dando la posibilidad de iniciar vida laboral.

5.1.6.2 Nueva Red

Nueva Red es un taller donde el objetivo es la conformación de una Nueva Red social de apoyo, compartir experiencias de vida entre usuarios y sus familias, desde una filosofía de la ayuda mutua/autoayuda, así como, identificar y evitar la probabilidad de recaída en los pacientes egresados. En este espacio se reúnen pacientes, familiares y ex pacientes.

A partir del 13 de Marzo del 2015 “M” se integra al Taller de Nueva Red.

Entrevista con la psicóloga encargada del Taller, refiere:

“Con mayor contención, mayor conciencia de sí mismo, menor cantidad y frecuencia de consumo, mayor estructura psíquica, con pronóstico favorable, en su discurso se percibe mayor énfasis en su proyecto de vida. Físicamente se observa saludable, nutrido, limpio. Muestra mayor adherencia al tratamiento, se reconoce como diferente del resto del

grupo, luego del proceso por el que ha pasado, muestra a los otros sus cambios compartiendo experiencias, se logra identificar con los demás e incluso con la institución”.

5.1.6.3 Prevención de Recaídas

A partir del 13 de Marzo del 2015 “M” se integra al Taller de Prevención de Recaídas.

Al entrevistar a la psicóloga encargada del Taller, esta refiere:

“M consolida más su identidad, quién es y a donde va, se percibe poca habilidad para mantenerse en los retos, le da miedo, es por ello que tiene una recaída, pues se apoya en el consumo para fortalecer su YO y contener la angustia y el estrés. Hoy ya mira el futuro pero le angustia el cómo llegar y utiliza la evitación y regresar al consumo. Se trabajó en darle herramientas para los problemas a futuro. Físicamente se muestra aliñado y con un cutis hidratado”.

5.1.6.4 Datos de pruebas

Las pruebas proyectivas y de habilidades sociales se aplicaron posteriormente al ingreso de los pacientes, debido a que entre las actividades diagnósticas originales no fueron parte de esta etapa, por lo que pueden considerarse pruebas de evaluación intermedia.

❖ Habilidades sociales: Escala Multidimensional de Expresión Social- Cognitiva y Motora. (Caballo, 1987).

Fecha de aplicación: 26 de Mayo 2015

De acuerdo a los resultados de la aplicación de la prueba “M” se muestra con pocas habilidades para relacionarse con su entorno, se muestra como una persona que teme a la desaprobación de los demás, aun mayor es cuando expresa sentimientos negativos o de rechazo hacia algo o alguien, le interesa y preocupa mucho la impresión que puede causar a los demás, por lo cual se muestra temerario e inhibido al iniciar una conversación, cuando se trata de hacer y recibir cumplidos muestra temor y dificultad, poca habilidad para expresar sentimientos positivos e iniciar interacción con el sexo opuesto, le importa mucho lo que los demás piensen de él, teme que manifiesten una conducta negativa cuando él

expresa conductas positivas, puede expresar abiertamente molestia y desagrado en situaciones que no conoce o no son de su agrado.

❖ Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.

Fecha de aplicación: 30 de Junio del 2015

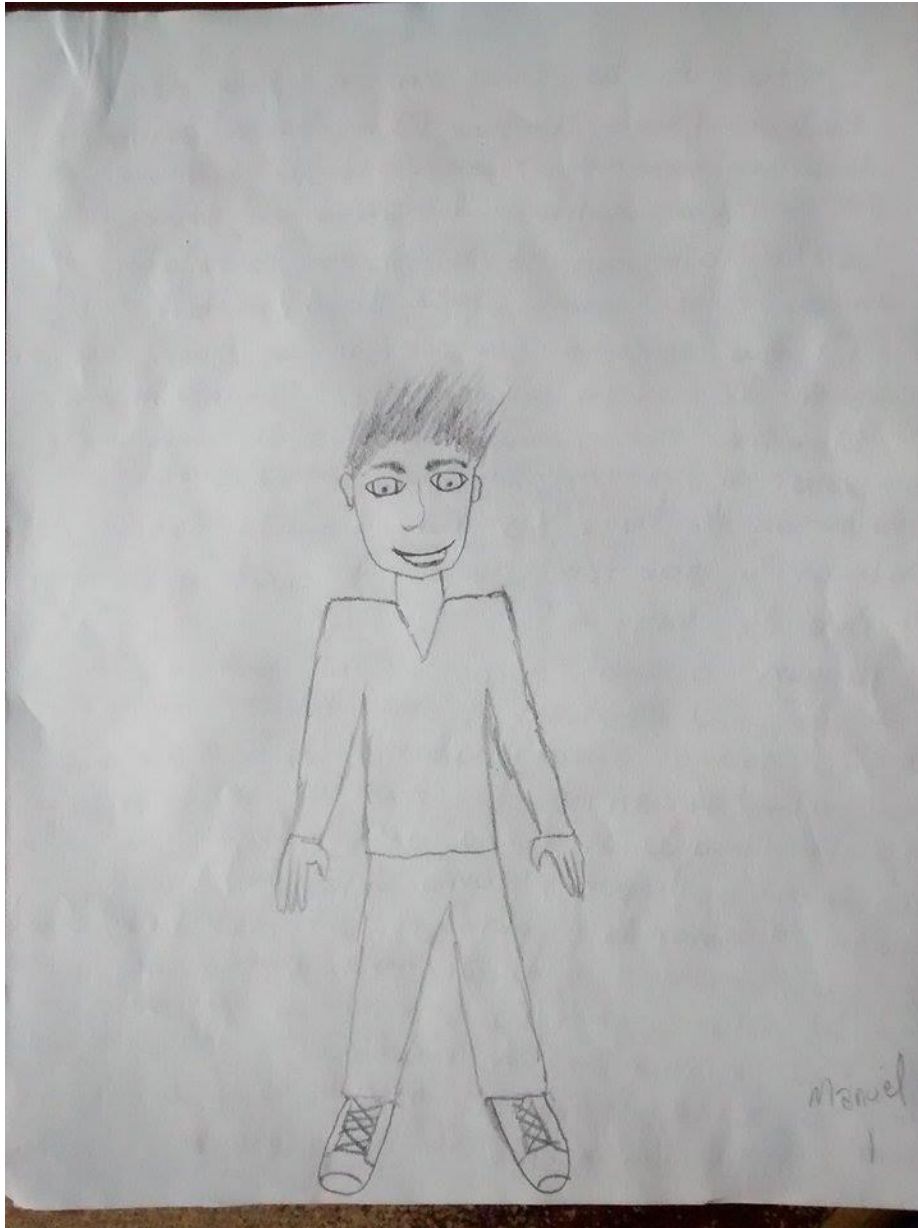


Figura 1. Test de la Figura Humana de “M”. Primer dibujo.

Esta es la vida en un día de Andrew Flores. Andrew Flores, es un patinador de origen mexicano, reconocido desde pequeño por su gran estilo y limpieza en trucos de Spot's callejeros, destacando en barandas únicas y de gran grado de dificultad.

El día empieza por tomar un buen desayuno cargado de energía para el día. Comenta Andrew Mientras hace unos llamados a amigos prepara la herramienta y accesorios para la grabación de hoy. Ya han llegado los colegas, y parten hacia el spot a patinar el día de hoy.

Llegan a unos escalos con baranda de más de 30 escalones y con una inclinación de 23 grados aproximadamente. Empiezan por calentar antes de montar la baranda, ya ha llegado el turno de Andrew, se prepara y desgran, toma velocidad, y monta la baranda con un sencillo Front Board lo bajo limpio y a la primera, para conde que es muy sencilla... Vuelve a tomar impulso y monta un Kicked y después al llegar al piso, vuelve a intentar la y la bajo super limpio, mientras todos lo alaban y felicitan

Figura 2. Historia del Test de la Figura Humana de "M". Historia Primer Dibujo.

Primer figura acorde a su sexo, se percibe como alguien inseguro, depresivo, agresivo, con sentimientos de impotencia y con ansiedad ante la interacción con otros, es sensible a la crítica, muestra dependencia y poco control de impulsos ante figuras que él percibe de autoridad. En la narración de su historia se percibe como su Yo Ideal, el cual se muestra seguro, hábil, amigable, capaz de llegar a sus objetivos y sin temor a las críticas, siempre tratando de realizar adecuadamente lo que se propone.



Figura 3. Test de la Figura Humana de “M”. Segundo dibujo.

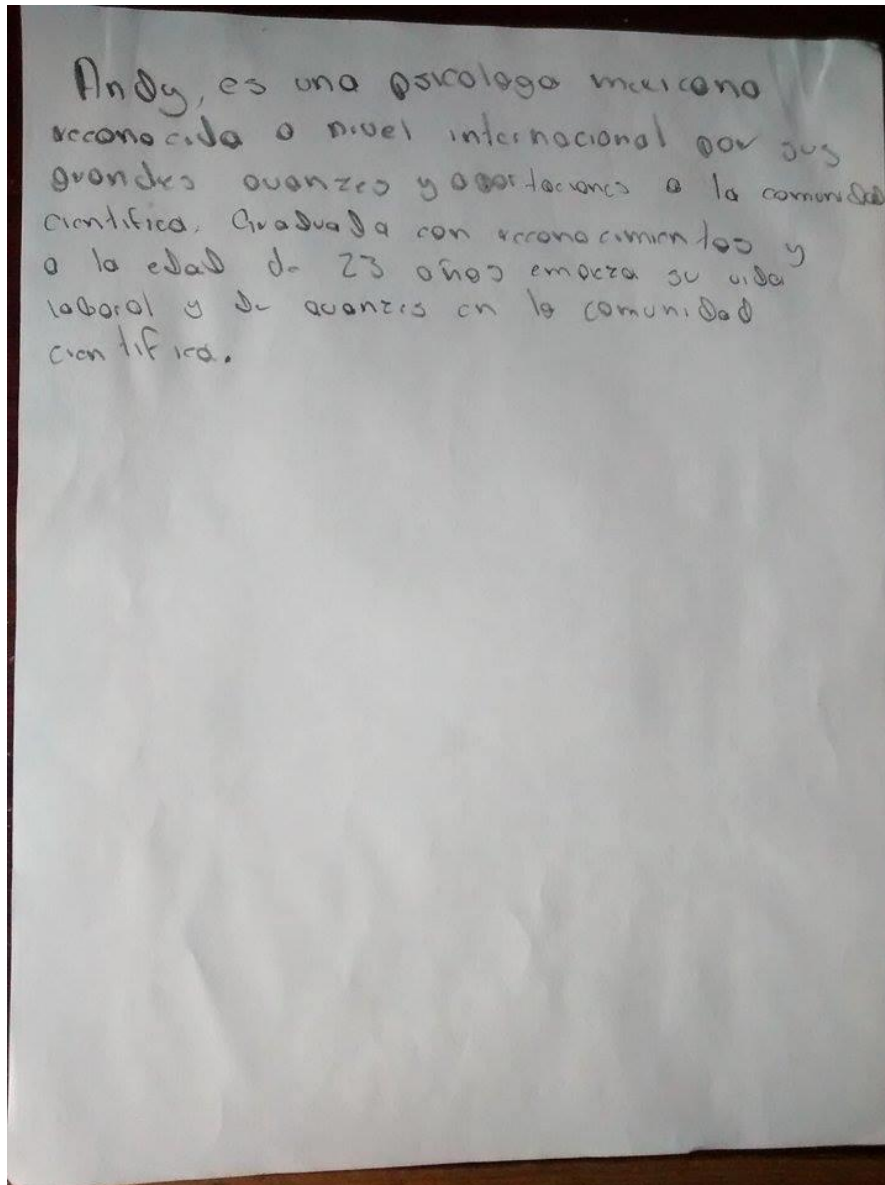


Figura 4. Test de la Figura Humana de “M”. Historia Segundo dibujo.

En la segunda figura se aprecia un énfasis en las capacidades del sexo opuesto, se puede percibir en la narración de su historia donde resalta las habilidades de su personaje, se observa propenso a la fantasía, sensible a la crítica, muestra poco control de impulsos, inseguro haciendo que se le dificulte el relacionarse con su medio, inestabilidad y dependencia.

❖ Test Proyectivo HTP (Casa, Árbol, Persona)

Casa

Se reitera el aislamiento, la preocupación por sí mismo, por su inseguridad e inadecuación en el medio y con su familia ya que se percibe un ambiente restrictivo, rígido y tenso, manifiesta frustración y falta de afecto en el hogar.

Árbol

Se muestra inseguridad e aislamiento, rígido en algunas creencias, utiliza en ocasiones la fantasía, ante algún hecho o suceso que le provoca un conflicto, lo cual representa inmadurez.

Persona

Se reitera la dependencia, inseguridad, miedo, indecisión, preocupación por sí mismo y la necesidad de gratificación, esto se puede corroborar en la narración de su historia donde se manifiesta su Yo Ideal.

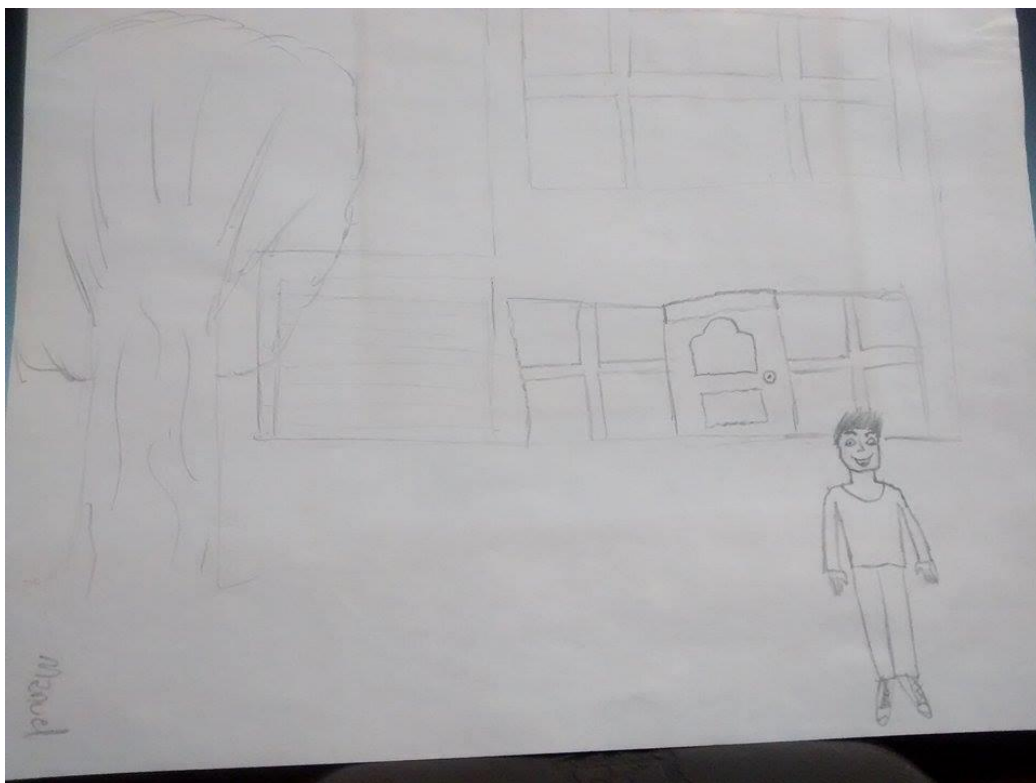


Figura 5. Test Proyectivo HTP de Buck de “M”.

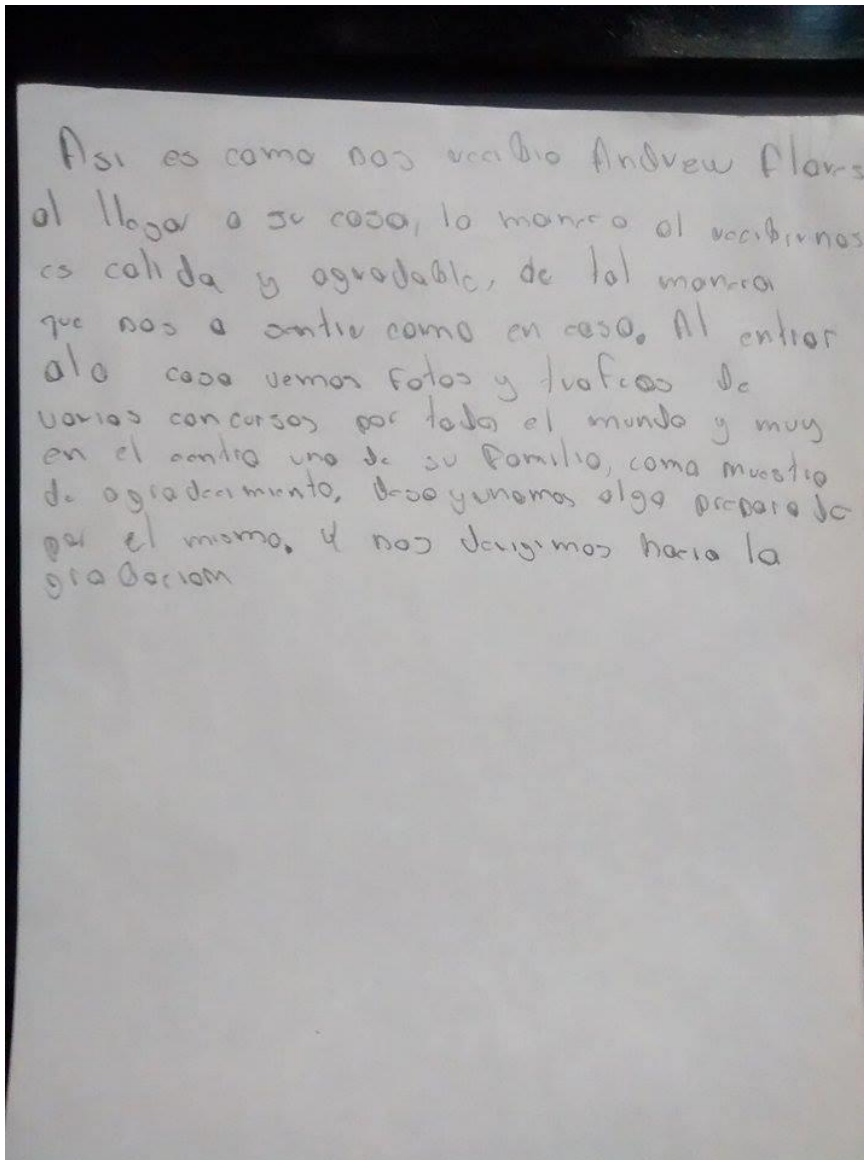


Figura 6. Historia del Test Proyectivo HTP de Buck de “M”

5.1.6.5 Cierre del tratamiento

“M” finalizó su proceso el día 21 de Agosto del 2015 y actualmente se encuentra laborando. Durante el proceso en Centro de Día, Terapia Individual, Nueva Red y Prevención de Recaídas se observaron cambios significativos en la disminución de su consumo, identificó, controló y mejoró la expresión de sus emociones, la mejoría de la relación con su madre y el incremento de su autoconcepto, aunque en las pruebas aplicadas se percibe la necesidad de seguir trabajando en su problemática e ir fortaleciendo aspectos personales como la autoestima, seguridad y habilidades sociales sin consumo.

5.1.7. Pronóstico

Favorable:

- Mejor relación con la madre.
- Reconocimientos de consumos de riesgo, por lo tanto ha disminuido su consumo.
- Proyecto de vida en área laboral estructurado.
- Retoma actividades académicas.

5.2. Caso Número 2

5.2.1 Ficha de Identificación

- ✓ Nombre del paciente: “L”.
- ✓ Sexo: Femenino.
- ✓ Edad: 22 años.
- ✓ Fecha de Ingreso a la institución: 27 de Mayo de 2014.
- ✓ Escolaridad: Bachillerato Técnico.
- ✓ Principal Ocupación: Estudiante de tiempo completo.
- ✓ Estado Civil: Unión Libre.
- ✓ Estrato Social: Medio Bajo.
- ✓ Características Físicas: Joven con edad aparente menor a la cronológica, con bajo peso, su aliño es descuidado y viste de forma masculina, usando tenis, sudaderas y en ocasiones gorra.

“L” asiste sola a la institución y de manera voluntaria, situación que no es común entre los pacientes, ya que una característica de ellos es que vienen acompañados de algún familiar, amigo o pareja.

5.2.2 El motivo de consulta:

Refiere que: “Asisto por que la Doctora del IMSS me envía y siento que traigo cargando un bulto muy pesado...mi consumo de drogas, del cual me quiero liberar asistiendo a tratamiento con un psicólogo”.

Dice que decide asistir a tratamiento, porque ya se sentía hasta el tope, considera que consumía demasiado, pero como se sentía triste, sola y enojada es que lo hacía y en ocasiones sólo porque se le antojaba.

5.2.3 Elementos Diagnósticos

- ✓ Tipo de usuario: Social u ocasional.
- ✓ Padecimiento Inicial: Paciente consumidora de cannabis desde los 14 años, diario, 10gr. Por día, crack desde hace 4 meses, fuma casi diario, de 3 a 10 puntos, alcohol inicia desde los 13 años, bebe en promedio cada 8 días, casi un cartón de caguamas por ocasión,

activo desde los 13 años “no lo hago diario, cuando lo llego a hacer nada más unos jalones y ya”.

✓ Antecedentes: Refiere asistencia a grupos de AA y retiros dentro del mismo grupo, lo cual le permite suspender el alcohol. Estuvo internada en hospital psiquiátrico 15 días por intento de suicidio.

✓ Elementos diagnósticos: Problemas escolares, familiares y psicológicos.

✓ Impresión Diagnóstica: La paciente se siente sola y sin apoyo de la familia de origen. No tiene un buen auto concepto, ni buena autoestima, no hay alguna figura de contención que le dé línea a seguir y le dé seguridad en su vida personal, familiar o fraternal.

✓ Depresión post-trauma.

✓ CIE-10:

○ F19 | TMC Múltiples drogas.

○ 2| Síndrome de dependencia.

✓ Pronóstico de adherencia terapéutica: Favorable. Se observa mucho interés en la joven por iniciar tratamiento para entender su tristeza y aprender a vivir de manera saludable.

✓ Síntomas Generales: Dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, ansiedad, *craving*, astenia.

5.2.4 Indicaciones y plan terapéutico:

✓ Fortalecer autoimagen y participar en grupo saludable que le dé línea a seguir.

✓ Fortalecer lazos afectivos que le den contención y que ayuden a su toma de decisiones.

✓ Que logre dejar de vivir en el pasado y lamentarse por lo que ha vivido (abuso sexual).

✓ Ingreso: Se concluye etapa diagnóstica y se canaliza a la modalidad de tratamiento Centro de Día en el cual permanece del 10 de junio del 2014 hasta el 5 de septiembre del 2014, al mismo tiempo recibe atención de Terapia Individual a la cual asiste hasta Julio del 2015. Cabe mencionar que durante su estancia en Centro de Día y Terapia Individual continúa acudiendo a la Clínica Psiquiátrica.

5.2.5 Proceso Centro de Día

- Semana Uno (9 de Junio – 13 de junio de 2014):

Signos y comportamientos observados

Durante esta primera semana “L” se encontraba ubicada en tiempo, persona y espacio. Su apariencia era desaliñada, con bajo peso, depresiva, somnolienta (esto debido al tratamiento farmacológico por el que se encontraba) su atención y concentración por momentos fue dispersa, pero participativa en las actividades que se realizaron. En la sesión del día viernes 13 de Prevención de Recaídas mostró ira y enojo e identificó a las drogas como una forma de descarga emocional y como factores de riesgo los problemas con su familia y a su grupo de pares.

Evidencia

En las bitácoras de Centro de Día, en la Clase de Baile, la monitora Yessenia Aguilar Reyes escribe: “Los jóvenes se muestran participativos, aunque en el caso de “L” y otros compañeros se observan cansados y somnolientos” (110614).

En las notas clínicas del Expediente de “L” correspondiente a dicha semana, la facilitadora de Prevención de Recaídas refirió: “se valora junto con el grupo aquellos factores que pudieran afectar la constancia y asistencia de los pacientes para lograr el trabajo sobre la remisión, se tocan los horarios de trabajo, sueño y la misma recaída” (130614).

En las bitácoras de Centro de Día, en el Taller de Prevención de Recaídas, la monitora Yessenia Aguilar Reyes escribe: “se inicia con la identificación de situaciones de riesgo, se va analizando algunas de éstas, donde “L” refiere como factor de riesgo a los amigos, discusiones con familiares, que la llevan al consumo, por lo que se analizan alternativas para el manejo de la situación” (130614).

Teoría del proceso terapéutico

De acuerdo a la teoría de DiClemente y Prochaska y Norcross (1992, citado en Díaz Salabert, 2001) es fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto. Lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada

persona dependiendo del estadio en el que se encuentra. La paciente “L” se encuentra en la etapa de Contemplación: es consciente de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Se encuentra más abierta a la información sobre su comportamiento activo y comienza a identificar situaciones que la llevan al consumo pero aun sin que se percibe con deseos de querer hacer cambios en su estilo de vida.

- Semana Dos (16 de Junio – 20 de Junio de 2014)

Signos y comportamientos observados

Mostró poca tolerancia a la frustración en ejercicios de coordinación y atención en el Taller de Gimnasia cerebral, donde tuvo dificultad en atención y concentración. Posteriormente en el siguiente taller de Mujeres por una Vida en Armonía (MUVA) se trabajó el tema de la violencia en el hogar y “L” logró apoyar a sus compañeros en ser realistas sobre la violencia que ellos ejercen en casa y las consecuencias. En Papiroflexia tuvo dificultad y poca paciencia en la realización de la actividad ya que su atención y memoria fue dispersa y para finalizar la semana en el taller de Prevención de Recaídas identificó situaciones y emociones que pasaron antes de darse el consumo pero no logra concientizarlo como una causa.

Evidencias

En la bitácora de Centro de Día, en el Taller de Gimnasia Cerebral, la Monitora Yessenia Aguilar Reyes escribe: “se realizan los ejercicios de gimnasia cerebral, teniendo mayor dificultad en cuanto a coordinación y atención “L” y dos de sus compañeros, muestran dificultad y poca tolerancia a la frustración” (160614).

En las notas clínicas del Expediente de “L” correspondiente a dicha semana, la facilitadora de MUVA realizó una dinámica de violencia en el hogar en la cual refiere: “Durante cada una de las participaciones que se fueron dando los chicos que pasaron al frente fueron quienes vivieron la situación de violencia y fue muy gratificante ver que uno de ellos al dar su participación acepta el error cometido que lo llevo a manifestar ese acto de violencia y lograr entre todos los miembros de grupo darle aliento para poder resolver la situación”(160614).

En entrevista con la Monitora Yessenia Aguilar Reyes dice: “después de haber escuchado el testimonio de uno de sus compañeros “L” fue la primera en dar su comentario respecto a la situación en donde les decía que, no nada más era una situación de violencia de los papás a ellos, sino que también ellos ejercían violencia con sus papás y al consumir, solo era como un pretexto para poder agredir a los papás” (261115).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Prevención de Recaídas sobre “L”, refiriendo lo siguiente: “Los jóvenes comentan una situación en específico e inician con la identificación de sucesos previos al consumo, como es su comportamiento y se revisan alternativas para resolver el conflicto en lugar de consumir qué podrían hacer” (200614).

En entrevista con la monitora Yessenia Aguilar Reyes, dice: “ “L” refiere sobre una situación familiar por la que pasó, y ella decidió salirse con sus amigos a consumir, cuando la facilitadora del taller analiza si la situación familiar es motivo de consumo “L” lo niega y dice que si consume con esos amigos es porque sabe que con ellos siempre hay droga disponible, pero no logra identificar que los problemas familiares son un motivo de consumo” (261115).

Teoría del proceso terapéutico

“L” se mantiene en el estadio de Contemplación: es consciente de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, ella y sus compañeros se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento activo se muestra con juicio de realidad identificando situaciones de riesgo tanto en su vida como en ejercicios percibe situaciones de peligro, pero aún no se observa la determinación para hacer cambios.

- Semana Tres (23 de Junio – 27 de Junio de 2014)

Signos y comportamientos observados

Los días lunes y miércoles “L” no asistió al Centro, el Viernes 27 se incorporó a las actividades y se mostró triste, apática y poco participativa, comentó que tuvo un problema un día antes con su papá.

Evidencias

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Prevención de Recaídas donde se menciona a “L” “los jóvenes manifiestan sentirse ansiosos, enojados, tristes y frustrados, se les pide compartir el porqué de este sentir, se analiza la situación y se pide a los demás pacientes aportar su punto de vista y alternativas de resolución del problema. Por último “L” comenta la situación con su padre, quien no apoya las decisiones de la paciente, la devalúa, insulta y además le quita apoyo económico. Se brinda atención a la paciente y se le invita a continuar con su rehabilitación. Los jóvenes se muestran empáticos y brindan palabras de confort a “L” expresándole su afecto” (270614).

Teoría del proceso terapéutico

“L” se mantiene en el estadio de Contemplación: es consciente de que existe un problema pero aun no desarrolla un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentra más abierta a la información sobre su comportamiento activo. Sin embargo los conflictos familiares son un factor que hace que “L” se mantenga en este estadio sin percibirse un cambio.

- Semana cuatro (30 de Junio – 04 de julio de 2014):

Signos y comportamientos observados

Durante el lunes se percibió que del grupo es la única que llega al Centro de Día desayunada, se mostró apática, somnolienta y refirió haber consumido el fin de semana debido a una situación personal. Durante Gimnasia Cerebral se le dificultaron los ejercicios de coordinación y atención.

“L” dejó de asistir desde el martes y en Consejería Familiar el día 2 de Julio asistió su mamá y refirió que la paciente intentó suicidarse.

Evidencia

En las notas clínicas del expediente de “L” el doctor anota lo siguiente: “paciente refiere parestesis (sic) y “como un calambre en la espalda...” (sic) continúa consumo de “primos” (cannabis con crack). Es consciente, orientada, discurso verbal coherente, juicio de realidad, llega a meta de pensamiento, juicios dentro de realidad” (300614).

En las notas clínicas del Expediente de “L” correspondiente a dicha semana, el facilitador de Terapia de Grupo refirió: “El grupo plantea las dificultades de mantenerse en abstinencia, el exceso de oferta de la sustancia y la presión grupal. Se rescata las situaciones donde se ha podido lograr no consumir, fortaleciendo el resto de sus capacidades, se retoma las situaciones excepcionales al consumo, denotando los logros de mantenerse sin consumo. Se brinda al grupo un reconocimiento de los logros; rescatando aquellos donde el paciente se ha sentido reconocido por la familia. La paciente “L” plantea situación de conflicto con la familia y la ruptura con su pareja, situación que la llevo a consumir ayer, se retoma el tema para focalizar los recursos ante una crisis...” (300614).

En las notas clínicas del Expediente de “L” él facilitador encargado de Consejería Familiar anotó: “Se presenta la mamá de “L” y plantea que su hija trató de suicidarse y por lo mismo se siente desconsolada, al parecer “L” tomó pastillas y la llevaron a internar a un hospital del IMSS y se encuentra en coma. La madre no sabe qué hacer y se le dio contención. No sabe por qué lo hizo, creía que estaba dormida hasta tarde por haberse drogado y es hasta que van a moverla que se dan cuenta que no estaba drogada sino que estaba inconsciente. Se fortalece a la madre ante la crisis que presenta y se le motiva a que no deje de asistir a sus sesiones para así poder fortalecer la relación y mantener un contacto terapéutico una vez que “L” salga del estado en el que se encuentra. Se plantea a la familia que estaremos muy al pendiente de la situación de “L” y se le pide que nos mantengan informados de algún cambio que se suscite, se mantiene abierta la cita para cuando se restablezca “L” (020714).

Teoría del proceso terapéutico

“L” se mantiene en el estadio de Contemplación: es consciente de que existe un problema pero aun no desarrolla un compromiso firme de cambio. Para esta semana “L” se muestra sin cambios favorables, se percibe que los problemas de índole familiar y situaciones personales la vuelven vulnerable, haciendo que no pueda realizar cambios y permanezca en el mismo estadio, no logrando cambios favorables.

Dentro de las etapas referidas por Diclemente y Prochaska, las recaídas son parte del proceso por el que pasan las personas y esto ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo. En el caso de “L” ya que los conflictos

familiares siguen siendo un factor que altera su proceso terapéutico y descontrola su estabilidad emocional.

- Semana cinco (07 de Julio – 11 de julio de 2014)
- Semana seis (14 de julio – 19 de Julio de 2014)

La paciente “L” sigue hospitalizada y sin asistir a Centro de Día durante dos semanas.

- Semana siete (21 de Julio – 25 de Julio de 2014)

La paciente se incorpora a Centro de día el viernes 25 de julio

Signos y comportamientos observados

No existe información escrita en bitácoras o en expediente sobre signos o síntomas que puedan describir la llegada de “L” a Centro de Día después de sus semanas de ausencia sin embargo en entrevista con la Psicóloga encargada de Prevención de Recaídas esta refiere lo siguiente: “la paciente “L” llegó ubicada en tiempo, espacio y persona, su aspecto no era como si acabara de salir de un estado de coma y menos de un intento de suicidio, se veía bonita, su piel era hidratada, con color y su actitud era positiva, se mostraba más reflexiva, participativa, su cognición era buena aunque su motricidad era aletargada, su aliño estaba más cuidado y se arreglaba más y mantenía su figura de liderazgo ante el grupo”.

Teoría del proceso terapéutico

La paciente “L” Se mantiene en el estadio de Contemplación: es consciente de que existe un problema pero aun no desarrolla un compromiso firme de cambio. Para esta semana “L” se muestra sin cambios favorables.

- Semana ocho (28 de julio – 1 de Agosto de 2014)

Signos y comportamientos observados

Se mostró con poco equilibrio y coordinación en actividades de baile y en el taller de Logoterapia tuvo habilidades para lograr su objetivo en la dinámica de la “gallinita ciega”, donde el objetivo era llegar de un punto a otro pasando obstáculos que encontraban durante su camino cada uno utilizaba sus habilidades. Se pudo observar en el taller de

Habilidades Sociales que tuvo idea de su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo, logró reconocer sus habilidades teniendo un pensamiento crítico y analítico.

Evidencias

En las notas Clínicas de Expediente de “L” el Psicólogo encargado del seguimiento del tratamiento refiere: “Cada uno de los asistentes planteó cómo es que ve cada uno a su familia y qué es lo que opinan de los padres. En general se observa que los pacientes tienen un cierto conflicto con la figura de autoridad principalmente con la madre a la que en general perciben como intrusiva. También denotan una cierta indiferencia para con el padre. Los asistentes plantean que les falta un poco de autoridad a la hora de implementar reglas y que de antemano saben que no deberían consumir drogas de ningún tipo” (280714).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Logoterapia de una dinámica realizada donde se escribe lo siguiente: “cuando es el turno de “L”, los jóvenes se muestran amables, son accesibles y permisivos, “L” establece el diálogo para pedir que la dejen pasar, por momentos se queda parada y luego reanudaba la actividad, hasta lograrla” (300714).

En entrevista con la monitora de Centro de Día (pasante Yessenia Aguilar Reyes) manifiesta que en la dinámica de la “Gallinita ciega” “los pacientes y compañeros de Centro de Día mostraron empatía con ella, ya que en algún momento cuando regresó de su intento de suicidio “L” comentó la situación familiar disfuncional y la poca relación que existía con sus padres aun después del percance y los pacientes se identifican con su problemática, la cuidan mucho y lo menos que quieren es lastimarla, la percibían como frágil y sentían que la podían lastimar”.

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el taller de Habilidades Sociales en la sesión se trabajó proyecto de vida y se refiere a la paciente “L” como: “Todos los integrantes quieren reanudar estudios escolares para realizar y tener una carrera profesional. “L” es quien refiere tener claro qué es lo que quiere a corto, mediano y largo plazo, tiene claro que existirán obstáculos y no todo saldrá como ella quiere, muestra pensamiento crítico y analítico” (300714).

Teoría del proceso terapéutico

“L” pasa a la etapa de Preparación, esta se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis). Aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia) para considerar que se encuentra en la fase de Acción, “L” logra identificar habilidades y aptitudes y sabe lo que quiere a corto mediano y largo plazo.

- Semana nueve (04 de Agosto – 08 de Agosto de 2014)

Signos y comportamientos observados

En esta semana “L” se percibió más participativa, no refirió ansiedad o deseo por querer consumir a diferencia de la mayoría de sus compañeros. En la clase de baile se le dificultó la coordinación, por momentos se quedó parada, conforme avanza la clase se mostró más relajada y divertida con la rutina que se le estaba enseñando. En el taller de Logoterapia se trabajó el tema de “viviendo tu propia muerte”, donde se les pidió escribir su esquila, se mostró ansiosa, reflexiva y refiere al grupo sentir miedo. En el Taller de Relajación, “L” se percibió ansiosa, aunque refiere haber podido imaginarse lo que le decía el facilitador del taller. Para el día 8 de Agosto en el Taller de Prevención de Recaídas “L” refirió sentirse ansiosa por el consumo pero buscó alternativas para no hacerlo, dijo aun tener dificultad en la relación con su madre.

Evidencias

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con la clase de baile donde se dice lo siguiente: “Durante la clase a quien se le dificulta la coordinación es a “L”, por momentos se queda parada, mientras que el resto de los jóvenes son poco participativos al inicio de la clase, conforme se desarrolla los jóvenes se ven relajados y divertidos con la rutina de baile que se les está enseñando”.

En la bitácora realizada por la encargada del Taller de Logoterapia, la especialista anota “Les tape los ojos y apague la luz, puse la grabación “viviendo tu muerte”, durante la grabación “L” estaba inquieta, pero permanecieron en su lugar. Al término, se sentaron y comentamos lo que habían sentido, dijeron que miedo” (060814).

Sobre el mismo taller se escribe en la Bitácora de Centro de día “al final se realiza retroalimentación donde expresan sentir miedo ante la idea de morir, otros coinciden en valorar su vida y estar conscientes de que en su momento morirán, reflexionan en situaciones que los han puesto en riesgo, se habla al respecto y se muestran reflexivos, permanecen callados algunos y otros inquietos” (060814).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Prevención de Recaídas donde se anota: ““L” refiere sentirse ansiosa, busca alternativas para ello, teniendo éxito en algunas ocasiones, otras prefiere mantenerse encerrada en su recámara, la situación con su madre es compleja y se mantienen distanciadas. Sin consumo”.

Teoría del proceso terapéutico

La paciente “L” se mantiene en la etapa de Preparación, ésta se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis) aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia) para considerar que se encuentra en la fase de Acción “L” logra identificar habilidades y aptitudes y sabe lo que quiere a corto mediano y largo plazo.

- Semana diez (11 de Agosto – 15 de Agosto de 2014)

Signos y comportamientos observados

En el Taller de Gimnasia Cerebral mostró ansiedad por consumir aunque permanece sin hacerlo, su coordinación mejoró, su memoria es deficiente ya que no logra recordar indicaciones. En Terapia de Grupo se buscan alternativas para obtener ingreso económico. En la clase de baile se mostraron somnolientos con poca energía para realizar las rutinas. En el Taller de Logoterapia se trabajó en parejas y se mostraron coordinadas y realizan los ejercicios con precisión y atención. En el Taller de Habilidades Sociales se trabajó Proyecto de Vida, donde logró identificar sus cualidades y habilidades. El día viernes no asiste y no avisa.

Evidencias

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el taller de Gimnasia Cerebral donde se anota: “durante la sesión, al realizar los ejercicios los jóvenes participan, la coordinación de “L” mejora, al igual que la del resto, en cuanto a memoria a “L” es quien se le observa tener dificultad para recordar indicaciones.” (110814).

En las notas clínicas del Expediente de “L” él psicólogo encargado de Terapia de Grupo refiere: “Se revisa el proceso de fin de semana donde se clarifica los elementos de facilitación de consumo, el grupo reconoce la multitud de detonantes a la aparente incapacidad de poder lograr manejarlos, especialmente ante el temor de sentirse rechazado por el grupo de pares. Se retoma mediante metáfora los cambios en las mismas situaciones sin el consumo. En especial los últimos días revisando grupalmente las excepciones al problema. “L” comparte las dificultades de manejar el consumo o en especial la historia personal percibida como difícil.” (110814).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el taller de Logoterapia donde dice: “se les explica en qué consiste la dinámica, la cual trata de seguir una secuencia de movimientos determinados y que van aumentando, por lo cual se trabaja, memoria, atención, coordinación, comunicación todo esto en parejas. “L” y su compañera realizan los ejercicios con mayor precisión, atención y coordinación” (130814).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Habilidades sociales donde se trabaja proyecto de vida para lo cual se escribe de “L” lo siguiente: “se pide a los jóvenes identificar cualidades, escribirlas en una hoja y posteriormente cada uno las dirá a sus compañeros, con ello realizan propuestas para generar ingreso”. “L” escribe lo siguiente “concurrar en tabla y ganar dinero, peinar, enseñar computación, asesorías académicas, enseñar papiroflexia, grabar eventos sociales, arreglar computadoras y celulares, enseñar futbol, vender schanwich (sic), reparar bicis, enseñar a nadar” (130814).

Teoría del proceso terapéutico

La paciente “L” permanece en el estadio de Preparación, donde se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. Logra realizar algunos cambios en conducta y sus hábitos pero no existe un compromiso como tal para pasar al estadio de Acción.

- Semana once (18 de agosto – 22 de agosto de 2014)

Signos y comportamientos observados

Los días lunes 18 y miércoles 20 de agosto, “L” no asistió (no existe información que diga si “L” aviso de su inasistencia). Durante el Taller Psicoeducativo se les pidió jugar pin pong donde se mostró líder en organizar aunque no pidió opinión de sus compañeros hasta que se le hizo la observación, fue participativa y mostró habilidades de coordinación. En Prevención de Recaídas, “L” se mostró decidida a no consumir, aunque refirió que es complicado el síndrome de abstinencia.

Evidencias

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el Taller de Prevención de Recaídas donde se escribe: ““L” se muestra determinante, ya no quiere tener algún consumo, sin embargo reitera lo difícil que es el síndrome de abstinencia por el que pasa” (220814).

En las notas clínicas del Expediente de “L” la psicóloga encargada de prevención de recaídas refiere: “Los pacientes reportan consumos eventuales, otros más se mantienen en remisión, sumado a ellos se observa y reportan mejora en sus relaciones familiares y escolares. Sus estados emocionales se mantienen como foco de atención en lo terapéutico pero con mayor percepción y manejo de los mismos desde los pacientes.” (220814).

Teoría del proceso terapéutico.

La paciente “L” pasa a la etapa de Acción. Es la etapa en la que el individuo cambia con o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía.

- Semana doce (25 de agosto – 29 de agosto de 2014)

Signos y comportamientos observados

De toda la semana la paciente solo asistió el día martes 26 de agosto a Cine Debate, donde se proyectó la película: “El Hombre Elefante”. En los comentarios se mostró reflexiva, analítica, con insight, se reflejó en el personaje y les ayudó a tener juicio más realista a sus compañeros dando sus razones. Posteriormente jugaron “Caras y gestos”, se percibió desinhibida, expresiva, con iniciativa, corporalmente en la dinámica se valía de recursos para poderse apoyar pero su gesticulación era deficiente. Le daba seguridad a sus compañeros y trabajó en equipo.

La paciente faltó del 27 de agosto al 2 de septiembre por cuestiones académicas y entrega de trabajos, ya que después de su intento de suicidio logra un acuerdo con maestros y la escuela para que la dejen entregar trabajos y ponerse al corriente.

Evidencias

No existe registro escrito sobre esta semana pero en entrevista con la Monitora de Centro de Día (pasante Yessenia Aguilar Reyes) refiere lo siguiente: “Se terminó la película y a los demás no les gusto pero “L” sí reflexiono sobre la película la cual consistía en que a pesar de la apariencia del personaje pues tenía habilidades a pesar del contexto en el que se encontraba. “L” refería que se sentía reflejada con el personaje en cuanto a sentirse rechazada, pero las personas deben luchar para salir adelante y basarse en las cualidades, a pesar de la situación, fue reflexiva y analítica y cuando los demás participaban ella daba juicios más realistas, haciéndole que reconocieran habilidades”.

“En Caras y gestos “L” siempre fue participativa, era la más desinhibida, tomaba la iniciativa del juego, era expresiva corporalmente, pero de gesticulación no hacía mucho, utilizaba manos, piernas, silla, mesa pero era poco expresiva en cuanto a gestos faciales ella le daba confianza a sus compañeras para que participaran”.

Teoría de Proceso terapéutico

La paciente “L” permanece en el estadio de Preparación, donde se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión. Logra realizar algunos cambios en conducta y sus hábitos se muestra con mayor toma de decisiones y con aptitudes para

retomar su vida académica, pero no se percibe un compromiso como tal para pasar al estadio de Acción.

- Semana trece última del proceso de Centro de Día (01 de septiembre - 05 de septiembre de 2014)

Signos y Comportamientos observados

“L” no asiste ni el lunes ni el martes y se integró a Centro de Día el día miércoles 03 de septiembre, donde se observó somnolienta, y con dificultad en movimientos de coordinación. En la retroalimentación y cierre del Taller de Logoterapia no logró recordar las dinámicas que realizó solo la de obstáculos y simular su muerte. Identificó emociones donde refirió sentirse angustiada, sin salida y necesitada de pagar deudas. Para el cierre del Taller de Prevención de Recaídas refirió sentirse triste por el término de Centro de Día pero también satisfecha al haber logrado concluir su tratamiento.

Evidencias

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el cierre del Taller de Logoterapia, donde se anota lo siguiente: “se realiza retroalimentación del taller donde se les pide dar sus opiniones y experiencia de cada uno de los jóvenes. “L” le cuesta trabajo recordar, sin embargo comenta de la dinámica de obstáculos, refiere haberle gustado junto con la de simular su muerte, donde analizó la situación y reflexionó al respecto. Se finaliza puntualizando logros y lo que aún queda por realizar, se invita a continuar en tratamiento” (030914).

En la Bitácora de Actividades del Centro de Día aparecen comentarios relacionados con el cierre del taller de Prevención de Recaídas: “cada uno de los jóvenes expresa lo aprendido y sus expectativas luego de terminar Centro de Día, “L” refiere sentirse triste por el término del CD, pero también sentirse bien al lograr terminar este tratamiento, refiere no ser fácil la abstinencia, costarle mantenerse.” (050914).

En las notas clínicas del Expediente de “L” la psicóloga encargada de prevención de recaídas refiere: “refieren han aprendido del tratamiento la remisión, así como considerar los daños en el consumo de continuar usando drogas, se asume el deseo por las mismas y el

deseo es probable pueda permanecer lo importante de ellos es conocer las circunstancias en el que surge el mismo. (050914).

Teoría del proceso terapéutico.

La paciente “L” termina su proceso de Centro de Día iniciando en el estadio de Acción en la que el individuo cambia con o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía. Esto se puede reflejar mayormente después en el cambio de modalidad a terapia Individual donde “L” continúa haciendo cambios en su estilo de vida y mejorando en lo académico.

5.2.6. Tratamientos Posteriores

5.2.6.1 Terapia Individual

“L” continua asistiendo una vez por semana al Terapia Individual, el psicólogo encargado de su tratamiento en notas clínicas del Expediente hace un seguimiento de centro de día y acontecimientos en el último mes de la paciente después de terminar Centro de Día donde este refiere lo siguiente:

“ La paciente refiere que se siente muy bien ha logrado conciliar con la familia, refiere que han mejorado mucho las cosas dentro de casa, se ha incorporado a la escuela y se ha alejado de los compañeros con los que consumía y aunque le han invitado ella los esquiva o les da pretextos para que ya no le insistan. La paciente se muestra con un semblante más hidratado y un aspecto de no consumo” (290914).

Dentro de las etapas sobresalientes del proceso de “L”, destacan:

- ✓ El día 03 de Noviembre de 2014 existió una recaída por problemas emocionales se siente triste, sola y con problemas con su pareja de muchos años, se trabaja con tiempo libre y se pide que inicie actividades deportivas y frecuente lugares de esparcimiento saludables.
- ✓ El día 23 de Marzo 2015 “L” refiere que ya no existe consumo, mejora la relación en casa, termina con su pareja de años, continua estudiando y mantiene consumo de alcohol esporádico pero sin llegar al abuso de la sustancia.

- ✓ El Día 13 de abril de 2015 “L” continua ciclo escolar y con exámenes de admisión para entrar a la Universidad, sale con una chica pero refiere no querer formalizar hasta que se encuentre recuperada y termine tratamiento, consume alcohol en 2 ocasiones pero sin un consumo excesivo, refiere que sigue reglas en casa y mayor convivencia con papás y hermanos, de una forma armónica y sin violencia.
- ✓ El Día 19 de Junio de 2015 “L” refiere estar contenta por el término del ciclo escolar y el ingreso a la universidad donde podrá conocer nuevas personas, se muestra con mayor convivencia con familiares.

5.2.6.2. Nueva Red

A partir del día 6 de Marzo del 2015 “L” se integra al Taller de Nueva Red acompañada de su mamá.

En entrevista con la Psicóloga encargada del Taller, ésta refiere: se muestra “L” con mayor contención, durante el proceso es evidente las acciones que realiza junto con su mamá, tiene mayor conciencia de sí misma, se sabe que existe una menor cantidad en el consumo, ya su discurso se enfoca más a cuestiones académicas y en su proyecto de vida, tiene mayor elemento de su estructura psíquica, su pronóstico es favorable. En el grupo mostraba a los otros sus cambios compartiendo experiencias y con mayor adherencia al tratamiento ya que logra identificarse con los demás pero se reconoce como diferente del resto, luego del proceso que ha llevado e incluso se ve identificada con la institución, físicamente se percibe más nutrida, más limpia y saludable.

5.2.6.3. Datos de la pruebas

- ❖ Habilidades Sociales: Escala Multidimensional de Expresión Social- Cognitiva y Motora (Caballo, 1987).

Fecha de aplicación: 22 de Mayo de 2015

Dentro de las habilidades con las que cuenta la paciente es que se muestra abierta a la interacción con otras personas, logra iniciar conversaciones y expresar opiniones positivas o de desagrado a superiores, es hábil para hablar en público así como al hacer cumplidos y recibirlos, no teme a la desaprobación o rechazo de los demás al expresar sentimientos negativos, logra iniciar interacción y relaciones con personas del sexo

opuesto, aunque le preocupa las burlas o rechazo cuando expresa sentimientos o conductas positivas, su mayor dificultad es cuando se trata de realizar peticiones que provengan del sexo opuesto y más si viene acompañados de cumplidos, no logra rechazar lo que se le pide aun cuando esté en desacuerdo con ello.

❖ Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover

Fecha de aplicación: 26 de Junio 2015

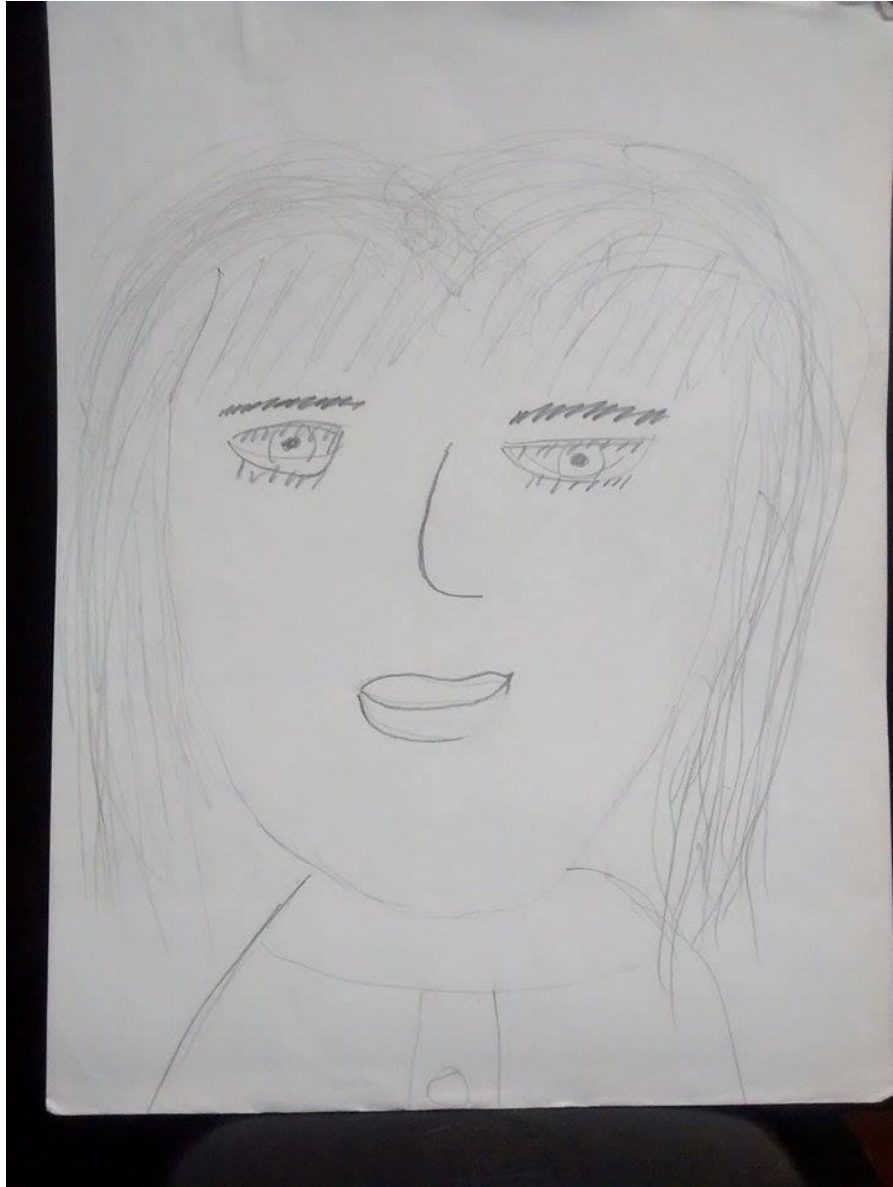


Figura 7. Test de la Figura Humana de “L”. Primer dibujo.

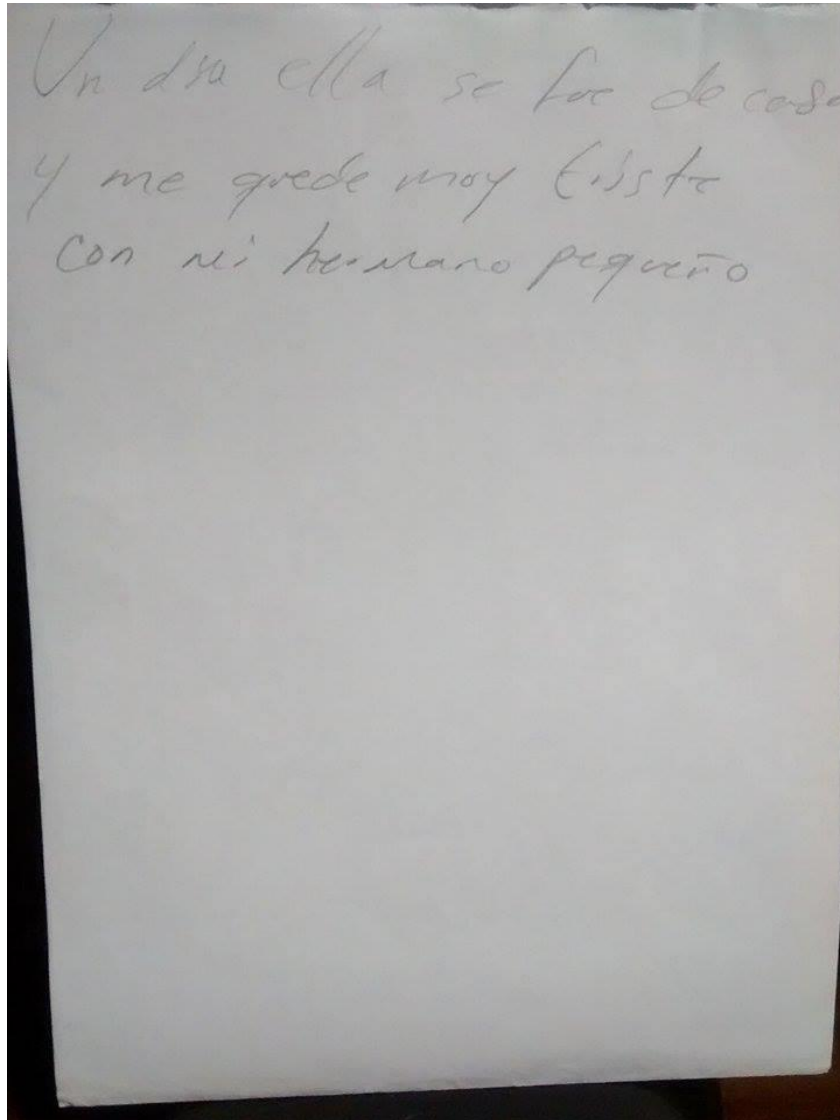


Figura 8. Test de la Figura Humana de “L”. Historia Primer dibujo.

Primera figura acorde a su sexo, se percibe como alguien accesible, que se acepta, con alta aspiración intelectual, se ajusta a su ambiente social, sin embargo puede mostrarse impulsiva ante la crítica, muestra deseo de enfrentamiento a las exigencias del medio ambiente, se muestra con capacidad de autonomía, sin embargo en el área emocional tiene pocas habilidades para afrontar situaciones generándole la mayoría de las veces caer en estados depresivos, esto se corrobora con la historia narrada donde se percibe solitaria y triste por el abandono de la figura materna.

Figura 2

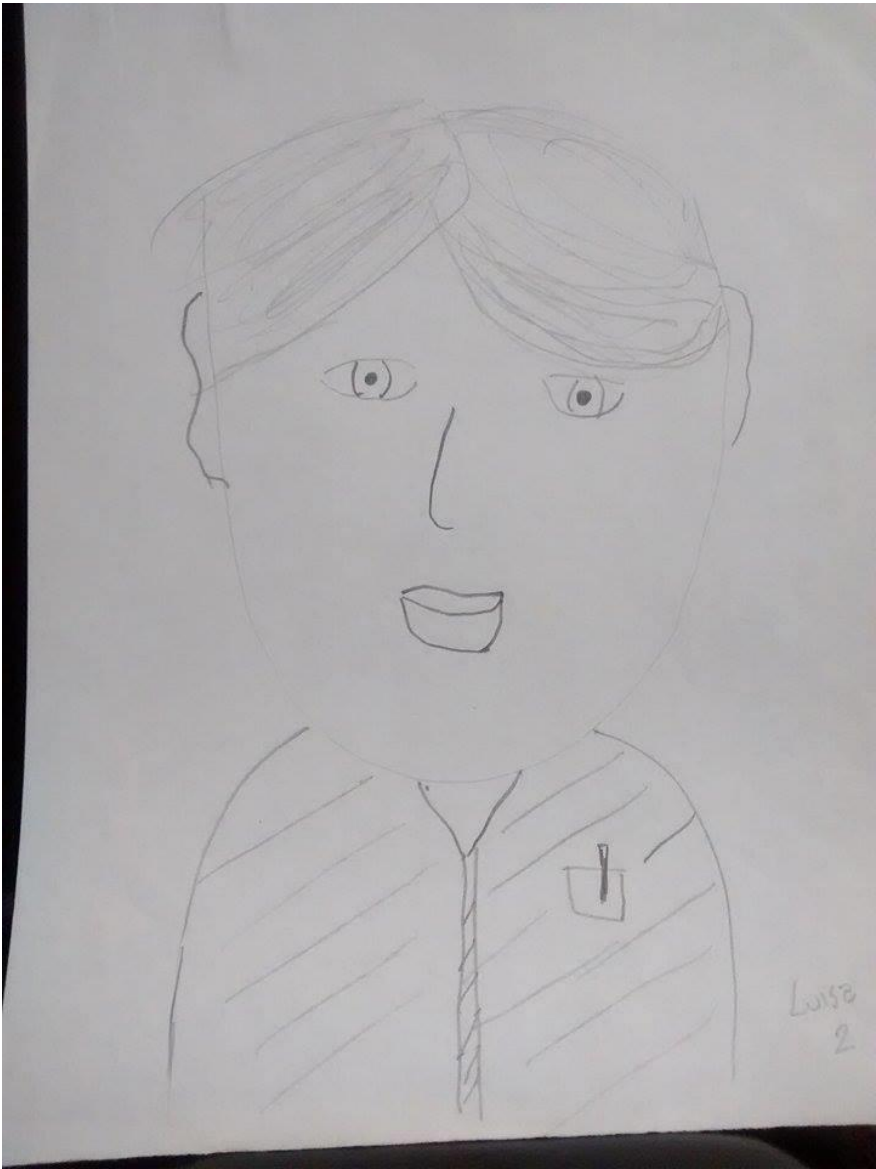


Figura 9. Test de la Figura Humana de “L”. Segundo dibujo.

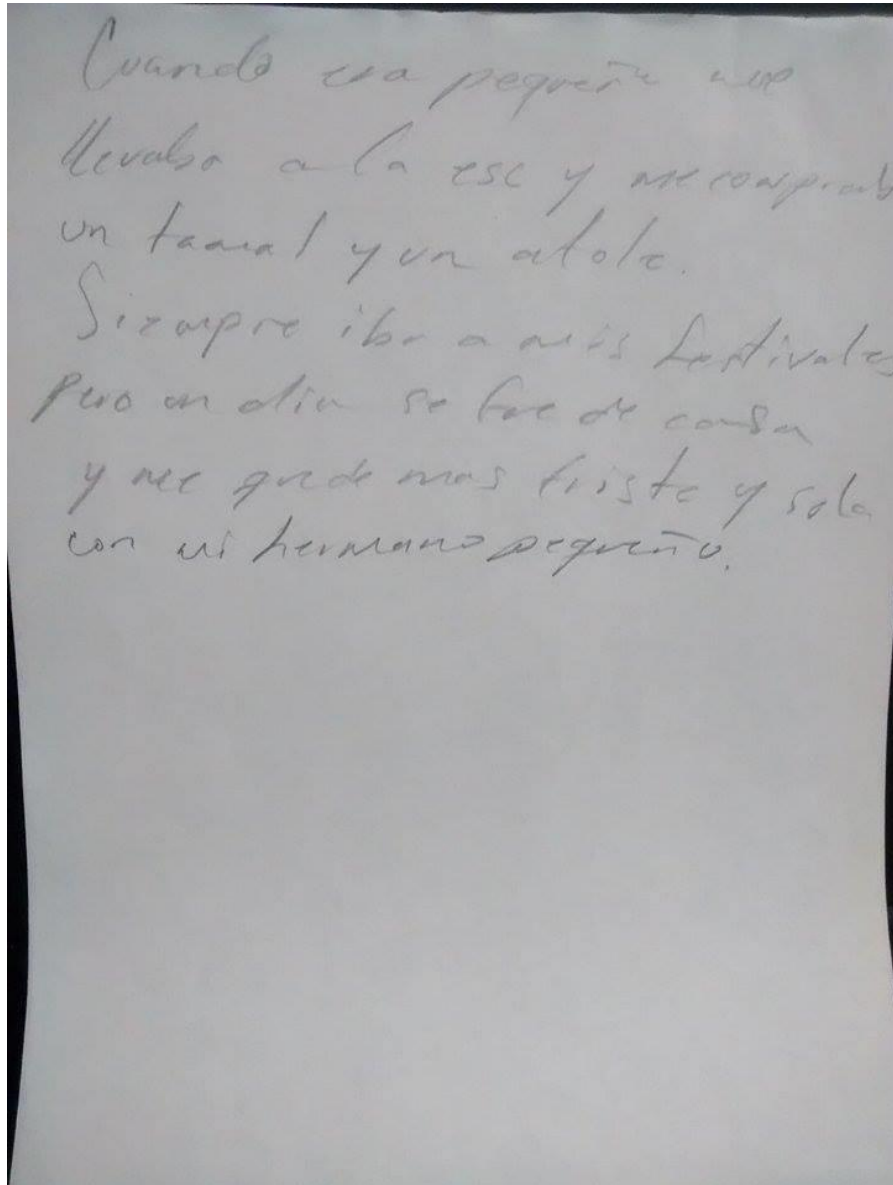


Figura 10. Historia del Test de la Figura Humana de “L”. Historia Segundo dibujo.

Se perciben las mismas características que en el primer dibujo pero la historia es interpretada por la necesidad de afecto y seguridad por parte del padre, refiere sentirse triste y abandonada.

❖ Test Proyectivo HTP de Buck (Casa, Árbol, Persona)

Casa

Se muestra insegura y con ansiedad por enfrentarse a su medio, se encuentra en un ambiente restrictivo, rígido mostrando miedo y necesidad de afecto, esto se corrobora con

su historia en la cual comenta la necesidad de un espacio seguro y donde se sienta protegida de su entorno.

Árbol

Se reitera la inseguridad, el aislamiento la preocupación por su ambiente donde se desarrolla y depresiva, tiene una fuerte necesidad de seguridad y afecto por parte de familiares y amigos esto conlleva a que caiga en estados de depresión por la falta de comunicación y afecto que no se manifiesta.

Persona

Es persistente la inseguridad, la necesidad de protección y apoyo, se muestra tensa con culpa y desamparada.



Figura 11. Test Proyectivo HTP de Buck “L”.

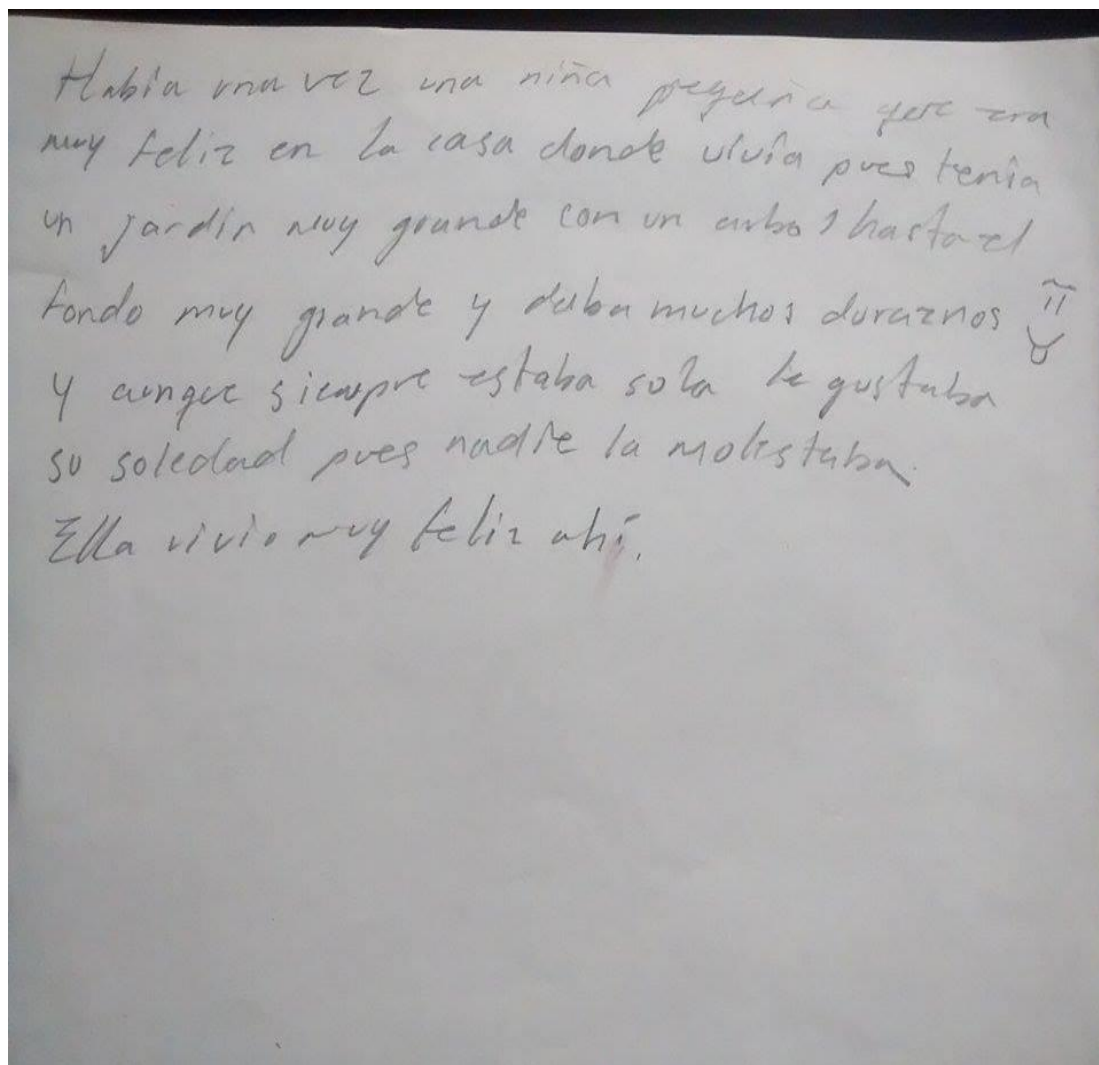


Figura 12. Test Proyectivo HTP de Buck “L”.

5.2.6.4. Cierre del tratamiento

“L” fue dada de alta el día 03 de Agosto del 2015 ya que se incorporará a sus actividades escolares universitarias. Durante el proceso en Centro de Día, Terapia Individual y Nueva Red se observaron cambios significativos en su estilo de vida mejorando la relación familiar, con amistades y pareja. En el ámbito académico “L” retomó sus estudios y actualmente cursa su primer año en el IPN en la carrera de Arquitectura, aunque las pruebas aplicadas revelan la necesidad de seguir trabajando en su problemática e ir fortaleciendo aspectos personales como su autoestima, seguridad y la expresión e identificación de sus emociones.

5.2.7. Pronóstico

Favorable:

- Mejor relación con la familia.
- Reconocimientos de consumos de riesgo, por lo tanto ha disminuido su consumo.
- Retoma actividades académicas.
- Mantiene relación estable de pareja.

En este capítulo se realizó una reconstrucción del trabajo realizado, donde se presentó de manera detallada el proceso de “M” y “L”, su trayectoria durante el tratamiento de Centro de Día, donde se muestran evidencias de Bitácoras de Centro de Día, Expediente Clínico y lo referido en entrevista por el Equipo Médico Técnico, los cuales participaron y tomaron una serie de decisiones clínicas de acuerdo al proceso de cada grupo. También se narraron los eventos más relevantes durante los talleres posteriores a Centro de Día y los logros que obtuvieron “M” y “L” durante este proceso de tratamiento. Por otra parte se muestran las pruebas proyectivas aplicadas posteriormente, en las cuales se observó que existen aún áreas y características de personalidad donde se tiene que realizar mayor trabajo terapéutico.

En el siguiente capítulo se hará una discusión de los hallazgos recopilados en la investigación.

Capítulo 6. Discusión

Los resultados de esta investigación muestran como un abordaje que combina diversos tratamientos permitió lograr buenos resultados con los pacientes referidos, este hecho es confirmado por la literatura sobre la efectividad del tratamiento con usuarios de fármacos.

Por ejemplo, Sánchez Hervás refiere que: “El tratamiento de los trastornos adictivos ha experimentado importantes cambios en los últimos 25 años, y en la actualidad, diferentes alternativas de tratamiento pueden utilizarse para aquellas personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas. Los afectados tienen a su vez, el derecho a recibir el mejor de los tratamientos disponibles” (2004, s/p).

Surgió la necesidad de una validación empírica en cuanto a los tratamientos psicológicos de todas aquellas conductas adictivas, y basado en un conocimiento científico se acompaña también de un área donde el tratamiento psicofarmacológico es utilizado desde hace años. Se sabe que ciertas modalidades de tratamiento dan buenos resultados en la reducción del uso de sustancias psicoactivas y hacen que los pacientes mejoren otros aspectos de su vida, todas estas evidencias empíricas de estos tratamientos psicológicos han llevado a que se realicen publicaciones de guías y manuales eficaces.

En este mismo texto el autor hace referencia al Instituto Nacional del Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, 1999), el cual plantea que los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan los problemas adicionales del individuo. Además de disminuir (o eliminar) el uso de sustancias, los objetivos de los tratamientos se dirigen a procurar que los individuos vuelvan a funcionar productivamente dentro de la familia, el trabajo y la comunidad. Las formas de medir la eficacia de los tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica. En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma.

Dichos tratamientos se abordan desde una perspectiva multidisciplinar, donde la psicología es fundamental en los resultados que da la intervención, algunas modalidades de tratamiento que han resultado con mayor eficacia en el uso de sustancias psicoactivas son la

terapia familiar y la terapia grupal. El tipo de tratamiento que se abordó con “M” y “L” contempla las sugerencias antes mencionadas por el NIDA, ya que se trabajó desde una perspectiva multidisciplinaria, donde no solo se eliminó o disminuyó el consumo en estos dos pacientes, sino que a la par se trabajó con otras áreas conflictivas de su vida a través de la terapia familiar, donde se estableció la comunicación asertiva, se retomaron actividades escolares, proyecto de vida, habilidades sociales, nuevas redes de apoyo y la prevención de recaídas, todas estas áreas reforzadas con el tratamiento farmacológico.

La literatura muestra que los individuos que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros (Roberts, Ogborne, Leigh y Adam, 1999, en Sánchez Hervás, 2004). En los casos de “L” y “M”, quienes no contaban con una red de apoyo social ni familiar, fue evidente que el consumo tuvo un papel importante en el trastorno depresivo que cursaban, esto causó que en la recuperación se trabajara desde la psicoterapia temáticas como el autocuidado, control y manejo de impulsos, toma de decisiones, resolución de problemas y autoestima.

En cuanto a investigaciones mexicanas, Rojas, Real, García-Silberman y Medina Mora (2011) refieren que es importante ampliar la oferta y la accesibilidad al tratamiento, lo cual significa aumentar la cobertura y garantizar que se apliquen modelos eficaces y efectivos con el propósito de conocer qué es lo que se ha investigado. En este sentido, los anteriores autores desarrollaron una revisión sistemática de 220 publicaciones para evaluar los programas de tratamiento en México.

De acuerdo a los resultados, el tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia.

A partir de la imperiosa necesidad de diseñar e implementar tratamientos eficaces, se han identificado, a nivel internacional, algunos principios básicos: considerar a las adicciones como una enfermedad que afecta el desempeño del cerebro y del comportamiento, y que es factible de tratarse, el tratamiento debe ser de fácil acceso, atender necesidades específicas en relación con el género, la edad y el tipo de sustancia. No

existe un sólo tipo de tratamiento que resulte eficaz para todas las personas. Muchos de los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los tratamientos cognitivo-conductuales, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad entre otros. Todo ello se ve reflejado en el modelo de la institución donde acudieron a tratamiento “L” y “M”, dando como resultado un diagnóstico favorable, aspecto que se puede observar en la reinserción de su entorno familiar, escolar y social.

En la investigación “Fundamentos Psicológicos del Tratamiento de las Drogodependencias”, realizada por Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (2007), se hace mención que la eficacia del tratamiento, según el Instituto Nacional del Abuso de Sustancias, establece que las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (NIDA, 1999).

Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos (aunque muy relacionados entre sí) del problema (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003, citado en Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Es decir, las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias.

Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999). Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006, citado en Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Para complementar lo revisado teóricamente, se recurrió a psicólogos expertos en tratamiento en el uso de sustancias psicoactivas, los cuales se vieron involucrados en el proceso de “L” y “M”, para que a través de una entrevista y de acuerdo a su experiencia, su opinión acerca de la eficacia que tiene el tratamiento en su institución. Las preguntas abordaron los temas del porcentaje de eficacia que tiene el tratamiento y que tan típicos o atípicos fueron los procesos de “L” y “M”.

Entrevista 1 (Psicóloga con 23 años de experiencia y con orientación terapéutica Cognitivo- Conductual): “Más que hablar de un porcentaje vería el éxito en los objetivos de tratamiento dependiendo del *insight*, las metas del paciente y también el éxito se ve reflejado en la asistencia y adherencia del tratamiento, uso o desuso de drogas en las familias y qué tanto se involucran en el tratamiento, se refleja en la disminución o remisión así como en su entorno; en sus amistades, escuela y/o trabajo y familia. Otra forma en que nosotros miramos el éxito del tratamiento es en el regreso de los pacientes en términos cualitativos, se ve la deserción y la adherencia terapéutica, pero aunque faltan, en ocasiones algunos pacientes regresan y no sabría cómo medir en que término o condición se van los pacientes”.

Entrevista 2 (Psicólogo con 22 años de experiencia y con orientación terapéutica Cognitivo- Conductual): “No se me ocurre un porcentaje que pueda representar la eficacia del tratamiento, pero esta institución evalúa la eficacia del tratamiento de manera periódica y esto les ayuda a conocer las características, por ejemplo las drogas que están de moda y así existe un departamento que se encarga de hacer un plan de trabajo de acuerdo a estas características y la evaluación que nos realizan, además se ve reflejada en las publicaciones y en los años con los que cuenta esta institución dando servicios”.

“Considero que sí existió diferencia en el tratamiento ya que tuvo que ver su personalidad y género y la sustancia que consumían, en el caso de “L” el consumo era por motivos de abandono emocional de la mamá y pareja, mientras que en “M” su motivo era fugarse de la realidad y no asumir su responsabilidad, esto hizo que el proceso de tratamiento fuera diferente”.

Entrevista 3 (Psicóloga con 21 años de experiencia y con orientación terapéutica Cognitivo- Conductual): “Tiene que ver con muchos factores, la institución brinda un servicio completo, pero depende de la demanda del paciente, cuando el paciente tiene el deseo de dejar el consumo se pueden presentar obstáculos económicos, familiares o sociales, aun así existe un avance. Otro aspecto es la familia, aun cuando el paciente puede llegar a tener el deseo de dejar de consumir, pero si la familia no se involucra puede dificultar la eficacia. El objetivo de nosotros dentro del tratamiento es la remisión total o parcial, que los pacientes desarrollen o fortalezcan habilidades y que logren una toma de decisiones más saludable, otros factores que puedan intervenir es la edad y tipo de sustancias”.

“Los consumidores de crack y cocaína son más difíciles por el alto grado de adicción que genera y ahí es donde la medicina juega un papel importante para trabajar el síndrome de abstinencia, pues disminuyendo los efectos secundarios de la droga el paciente puede tener una mayor adherencia terapéutica, otro ejemplo es que el uso de inhalables es más común en menores por sus costos, también tiene que ver su situación de vida, si está casado o soltero, si es hombre o mujer, yo por eso considero que la eficacia en el tratamiento es de un 60% a 70%, hay que recordar que sus características del paciente es de mucha inestabilidad emocional”.

“Si debió de ser diferente el tratamiento de “M” y “L”, porque uno era un paciente con ideas suicidas y otro era un paciente disocial, si bien es el mismo modelo de atención, pero el plan terapéutico se trabaja de acuerdo a las características y demanda del paciente”.

Para concluir, es necesario mencionar que en la actualidad el uso de sustancias es más frecuente y aparece a menor edad, es por ello que los encargados de la salud pública se han visto en la necesidad de buscar alternativas de nuevos tratamientos que tengan mayor eficacia a largo plazo. Existe una diversidad de técnicas para el tratamiento del abuso de sustancias, estas se han ido desarrollando conforme la experiencia que han ido adquiriendo los encargados de la salud y percatándose de los cambios favorables en los usuarios en el ámbito laboral, escolar, familiar y social, pero en esta búsqueda no se logró encontrar un porcentaje claro de su eficacia, esto, quizá se deba a la poca investigación científica de los tratamientos, así como la alta demanda de la población y el poco seguimiento que se les da

a los usuarios. Lo que sí se pudo observar es que los tratamientos más efectivos deben ser de índole multifactorial, no solo involucrando al paciente, sino a los familiares para lograr mejores resultados.

También se encontraron coincidencias en las corrientes psicológicas y las técnicas que son implementadas en los tratamientos y que han resultado con mayor éxito, como son: la cognitivo-conductual, la terapia familiar, la terapia grupal, la prevención de recaídas y las habilidades sociales, en algunos casos acompañados de terapia farmacológica.

Capítulo 7. Conclusiones

En este capítulo resumiremos los momentos más importantes por los que pasaron “L” y “M” durante su proceso de tratamiento, donde se mencionará desde su ingreso a la institución, su paso por Centro de Día, Terapia Individual, reingreso a los talleres de Nueva Red y Prevención de Recaídas hasta su alta.

Caso 1

El proceso que llevó “M” en la Institución, inició con un paciente que no buscaba cambios en su estilo de vida ni la remisión del consumo, su asistencia al inicio fue por demanda de la madre. Durante su trayectoria en el Centro de Día, “M” mostró cambios, los cuales fueron una disminución en el consumo de sustancias, pues pasó de consumir cantidades mayores de los tres cigarrillos de marihuana a fumar solo un cigarrillo cuando se presentaba una discusión con la madre, esto era aproximadamente una vez por semana.

Por medio de la reestructuración emocional, “M” identificó en qué circunstancias y estados anímicos recurría al consumo de sustancias psicoactivas como una forma de evadir su realidad. Mejoró su autoconcepto, ya que la madre lo devaluaba y lo comparaba con su padre, situación que provocó en “M” que no creyera en sí mismo, por lo que se trabajó en el fortalecimiento de sus habilidades y cualidades. Se observó mayor participación en los talleres, realizaba aportaciones con mayor juicio de realidad, sobrellevó el síndrome de abstinencia al implementar actividades en su tiempo libre como patinar y organizar eventos sociales y durante el taller de relajación. Trabajó su enojo con las figuras de autoridad, logrando una mejor comunicación con su madre y estableciendo acuerdos para mejorar la convivencia. Además, comenzó a descubrirse como un ser independiente de la madre y aceptar el enojo hacia su padre.

Respecto a su apariencia física, al inicio su aliño era descuidado, se percibía desnutrido, su piel se observaba deshidratada, pálida y con ojeras, con poca energía y su edad aparente era mayor a la cronológica. Durante el proceso de tratamiento existieron grandes cambios en su arreglo personal: se bañaba cotidianamente, olía a perfume, cuidaba su cabello y peinado, su vestimenta era más higiénica y sus playeras eran de su talla, situación que no ocurría al inicio ya que usaba playeras holgadas y grandes, sus horarios de

sueño cambiaron incrementando más horas a su descanso y conforme transcurrió el Centro de Día comenzó a llevar lunch y asistía desayunado.

Como se mencionó con anterioridad, “M” asistió a tratamiento por demanda de la madre, pero conforme se fue desarrollando el tratamiento de Centro de Día se mostró con mayor disponibilidad en la asistencia y participación de manera regular. Aquí cabe mencionar el cambio alcanzado por “M”, ya que una característica de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas es que no suelen comprometerse a un tratamiento, así que su asistencia es irregular.

En relación al manejo clínico del caso, el grupo al que perteneció “M” mostró conflicto con la figura materna y paterna, por lo que el Equipo Médico Técnico (EMT) se percató de ello y se decidió a implementar el taller de Nutrición Afectiva, en el cual trabajan en conjunto, padres, pacientes y EMT. Este taller de nueva creación contribuyó a mejorar la relación madre e hijo, ayudándolos a que de manera conjunta pudieran implementar el diálogo libre de violencia y llegar a acuerdos.

Otro de los talleres con mayor influencia sobre el paciente fue el de Prevención de Recaídas, donde “M” pudo disminuir el consumo, identificar cuáles eran las situaciones de riesgo donde se presentaba el consumo, el manejo del tiempo libre y la recuperación de un proyecto de vida, principalmente en el ámbito académico.

Estos cambios no sólo se dieron al proceso de Centro de Día, sino también al trabajo a la par de Terapia Individual que en su momento le ayudaron a enfrentar situaciones de riesgo. Hasta ese momento se había trabajado estos aspectos y al concluir esta primera modalidad de tratamiento, solo continuó en Terapia Individual, donde el terapeuta observó angustia en “M” para llevar a cabo su proyecto de vida, lo cual hace que utilice la evitación y regrese al consumo como una forma de no afrontar su situación, es por ello que en acuerdo con el EMT deciden reincorporarlo a Prevención de Recaídas y Nueva Red.

Al reincorporarse a un nuevo grupo, “M” se mostró con mayores habilidades y reconocimiento de alternativas para poder afrontar situaciones de riesgo y trabajar con la angustia que le generaba realizar su proyecto de vida. Se mostró con mayor adherencia al tratamiento y se logró identificar con el resto del grupo.

Caso 2

En el caso de “L”, desde la entrevista inicial se percibió un consumo de alto riesgo, con intentos suicidas, pero con consciencia de enfermedad ya que asistió a la institución de manera voluntaria, sola, aspecto que no es común en los pacientes consumidores.

Su apariencia física era de desnutrición, su edad aparente era menor a la cronológica, su energía se veía disminuida, su piel era deshidratada, pálida y con ojeras, cabe mencionar que se encontraba bajo tratamiento farmacológico.

Su aliño era descuidado, con poca higiene, su vestimenta era de aspecto masculino, es decir, utilizaba playeras holgadas, gorras, pantalones y tenis amplios. Su forma de vestir aún la conserva, pero ahora de una manera más cuidada e higiénica, también se perciben cambios en sus horarios de sueño y alimentación, su aspecto físico luce más saludable, con mayor autocuidado y emocionalmente más estable.

Su participación en el grupo se percibía favorable ya que se mostraba ante éste como líder, participativa y con habilidades sociales que la favorecen. Por estas cualidades tanto el grupo como el EMT mostraron mayor empatía por “L” y le brindaron mayor contención durante todo su proceso.

Los aspectos que se trabajaron en “L” durante el proceso de Centro de Día fueron:

Identificar las situaciones de riesgo que la llevaban al consumo, mejorar la relación familiar, para que existiera mayor contención, atención y apoyo de la figura materna, controlar las conductas impulsivas, las cuales la llevaban a auto agredirse y ejercer violencia verbal en su entorno familiar, principalmente con la madre, reforzar su autoestima, identificar las metas para su proyecto de vida.

La adherencia terapéutica de “L” fue inconstante durante el proceso de Centro de Día, algunas veces por actividades académicas y la más significativa fue debido al intento de suicidio por el cual permaneció dos semanas y media hospitalizada, pero se reincorporó al tratamiento inmediatamente después de ser dada de alta, la única secuela aparente es la motricidad aletargada. Dicho suceso causó sorpresa al EMT y a la monitora, porque “L” se observaba físicamente nutrida, su aliño era mejor, su piel lucía más hidratada y ella en su

conducta se mostró reflexiva, participativa, empática con el grupo, analítica y con mayor juicio de realidad en sus intervenciones para el resto del grupo.

Estos aspectos se fueron trabajando en Centro de Día y a la par fortaleciéndose en Terapia Individual, donde se observaron los cambios más significativos. Como terminar una relación destructiva y poderse relacionar con mujeres afines a su preferencia sexual, situación que no sucedía con su antigua pareja. Disminuyó conductas compulsivas como el uso de drogas e intentos suicidas, comenzó a socializar más con su entorno familiar de una forma saludable después del enojo que mostraba por haber sufrido abuso sexual por un integrante de la familia. Este enojo era debido a la aparente resignación con que el resto de la familia aceptó este acto de violencia.

“L” continuó con su proyecto académico y puede visualizarse a largo plazo, situación que desde un inicio fue observada como una herramienta favorable para “L”, disminuyó significativamente los consumos de alto riesgo hasta llegar a consumos esporádicos, por lo cual su Terapeuta y el EMT toman la decisión de incorporarla al taller de Nueva Red que se estaba implementando en un nuevo grupo de Centro de Día. En dicha actividad, “L” asistía acompañada de su madre una vez por semana y en diferentes oportunidades se pudo percibir una mejoría en la relación con su mamá.

El EMT ha decidido dar de alta a ambos pacientes debido a que “M” se incorporó a un proyecto laboral y “L” inició el Nivel Superior de estudios en el Instituto Politécnico Nacional después de un proceso paulatino, aunque se observa en las pruebas aplicadas que aún existen aspectos a trabajar como son:

- Manejo de ansiedad por diferencias familiares, el sentirse frustrados ante situaciones o proyectos que no se logran culminar o realizar como ellos lo planean.
- Mejorar sus habilidades sociales con la finalidad de moderar sus estados emocionales, que estos no dependan del ambiente laboral, familiar o social en el que se relacionen o desenvuelvan, con ello lograrán mayor seguridad, control y manejo de impulsos así como un mayor autoconcepto, autoestima y autoaceptación.

“M” se observó en el estado de Precontemplación al integrarse al tratamiento de Centro de Día debido a que acude por demanda de la madre, a diferencia de “L” quien acude en estado de Contemplación por iniciativa propia, con conciencia de enfermedad pero sin querer realizar cambios en su conducta adictiva.

Durante este proceso de Centro de Día “M” logro avanzar al estadio de Preparación donde cumplió con la disminución de dosis, sin embargo, realizó sólo algunos cambios para mejorar su estilo de vida saludable. Mientras tanto “L” durante esta modalidad de tratamiento logró llegar al estadio de Acción, donde comenzó a realizar cambios en su estilo de vida mostrando mayor compromiso.

En ambos procesos existe la Recaída donde Prochaska, DiClemente y Norcross (1992; citado en Díaz Salabert, 2001) refieren que ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo. En el caso de “L” y “M” el EMT plantean la recaída como una resignificación de creencias, hábitos, toma de decisiones y de solución de problemas.

Al finalizar su proceso terapéutico en la Institución “M” se encontraba en el estadio de Acción pues hizo cambios en su estilo de vida los cuales se veían reflejados en el ámbito laboral, logrando una estabilidad con un empleo nuevo en un ambiente saludable, en el aspecto familiar se mostró con mejores relaciones de convivencia, donde logro llegar a acuerdos basados en el respeto y la tolerancia.

En el caso de “L”, al ser dada de alta se encontraba en el estadio de Mantenimiento, tratando de conservar y consolidar los cambios realizados durante el tratamiento, como la relación familiar saludable, el continuar con sus estudios, evitar comportamientos conflictivos y posibles recaídas, esto gracias al alejamiento de compañías y amistades de riesgo, pero sobre todo a una mayor estabilidad emocional.

Como lo hemos mencionado, el EMT tuvo una participación fundamental en el tratamiento y reestructuración de los consumos de alto riesgo de “L” y “M”, implementando modificaciones de acuerdo a las necesidades y características de cada grupo, como fueron en el caso de “M” el incorporar el taller de Nutrición afectiva, para mejorar la relación entre familiares y pacientes. En el caso de “L”, el EMT permitió

ausencias cuando se trataba de actividades académicas ya que se percibió que este aspecto era importante para obtener una mejor adherencia terapéutica y llegar al objetivo del tratamiento, que es la remisión de consumo o disminución, así como que logren un proyecto a largo plazo con un estilo de vida saludable.

Cabe mencionar, como se escribió en la sección de resultados, que el pronóstico de ambos es favorable, aunque en las pruebas aplicadas se percibe la necesidad de seguir trabajando aspectos como seguridad, autoconcepto, autoestima y emociones.

Para las que esto escriben, trabajar con pacientes farmacodependientes nos ha aportado experiencia en el ámbito clínico, brindándonos herramientas para el trabajo con esta población, aunque los usuarios acuden para lograr una remisión o disminución en el consumo, nos hemos percatado que se requiere un trabajo multidisciplinario pues existen diversas problemáticas en torno al consumo, como pueden ser sociales, familiares, personales u orgánicas. Esto se ve reflejado en la institución donde se realizó la presente investigación, en la cual trabajan la Directora, el área Médica, Trabajo Social, Psicología y jóvenes que acuden a realizar su servicio social, prácticas y voluntariado, todos con el mismo objetivo, que es la disminución o remisión de consumo en los pacientes y la implementación de actividades preventivas para evitar el uso de sustancias psicoactivas.

Dicho trabajo requiere de ciertas características y habilidades específicas para el trato con los pacientes como son la empatía, la tolerancia, las habilidades sociales, tener conocimiento del tratamiento farmacológico y sus consecuencias, el trabajo en equipo, el manejo de grupo, la psicoterapia, reconocer las características del síndrome de abstinencia, involucrar a la familia en el proceso, la contención y la actualización en contenidos relacionados con el uso, efecto y tratamientos de las sustancias psicoactivas.

Durante el proceso nos percatamos que es importante la comunicación entre el personal ya que ningún trabajo es independiente y todo va en conjunto.

Las sugerencias que podemos aportar de acuerdo a nuestra experiencia son: implementar la Terapia Individual para todos los pacientes, ya que de esta manera se trabajarían las características, problemáticas y posibles causas de su problema, situación que en ocasiones es difícil trabajar en grupo. Dar mayor seguimiento al tratamiento

farmacológico, pues en ocasiones los pacientes evitan la medicación debido a sus creencias erróneas, problemas económicos o los efectos secundarios que pueden tener. Implementar estrategias para involucrar a la familia en el proceso de tratamiento. Dar seguimiento y reintegrar a los usuarios que dejan de asistir sin previo aviso. Realizar más actividades y talleres en contextos específicos que son vulnerables para fortalecer la prevención. Mayor énfasis en los proyectos de vida de los usuarios para su reinserción social. Trabajar en las habilidades sociales de los usuarios, en su reconocimiento de emociones, cualidades, aptitudes, toma de decisiones, resolución de problemas, comunicación asertiva, desarrollo de pensamiento creativo y pensamiento analítico, autoestima, trabajo de competencias, estilos de vida saludables.

Finalmente, proponemos que la modalidad de Centro de Día no solo se implemente en la población adolescente sino también se extienda a adultos vulnerables, ya que lo que se trabaja en esta modalidad los puede favorecer en su tratamiento y estilo de vida.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del interior.
- Bernstein, D. (1998). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGrawHill.
- Carballedo, A. J. (1991). *La Farmacodependencia en América Latina: Su abordaje desde la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Centros de Integración Juvenil. (2007). *Guía de estudios para el Seminario Clínico de los Centros de Integración Juvenil. Utilidad de los enfoques psicoterapéuticos seleccionados en el tratamiento con adictos*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centros de Integración Juvenil. (2009). *La evidencia en contra de la legalización de la marihuana*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centros de Integración Juvenil. (2010). *Detección temprana y canalización oportuna en prevención de adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centros de Integración Juvenil. (2011). *CIJ. Cómo está constituido*. Recuperado de http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/como_esta_constituido.html.
- Centros de Integración Juvenil. (2012). *Guía Técnica Programa de Tratamiento y Rehabilitación*. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.

- Centros de Integración Juvenil. (2013). *Guía Técnica. Consulta Externa*. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México: Centros de Integración Juvenil.
- Centros de Integración Juvenil. (2014). *El Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil*. México: Distrito Federal.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2001). *Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/>.
- Cruz-Martín del Campo, S. L. (2007). *Los efectos de las Drogas, de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- De-Lucas-Moreno, G. (2014). *Factores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas en Menores Protegidos de la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Díaz-Salabert, J. (2001). El Modelo de los Estadios del Cambio en la Recuperación de las Conductas Adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21-35. Recuperado en http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num5/escritospsicologia5_analisis2.pdf.
- Dulanto-Gutiérrez, E. (2000). La adolescencia como etapa existencial. En E. Dulanto-Gutiérrez (Ed.). *El adolescente* (pp. 143-157). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Fantin, M. B. (2009). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18 (3), 285-292. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122031010>.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 136-149.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª. ed.). México: McGraw-Hill.

- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones. (2015). *Directorio de los Centros de Atención de Adicciones en la Ciudad de México*. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones. Recuperado de <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/actualizacioncaas>.
- Lammoglia, E. (2000). *Las familias alcohólicas*. México: Grijalbo.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Martín-del-Moral, M. & Lorenzo-Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain (Coords.). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp. 1-27). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Muñoz, M. & Graña, J. L. (2000). Factores Psicológicos de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en Adolescentes. *Revista Psicología Conductual*, 8 (2), 249-269. Recuperado en <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art04.2.08.pdf>.
- National Institute on Drug Abuse. (2004). *Como prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La Ciencia de la Adicción*. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Oughourlian, J. M. (1985). *La personalidad del toxicómano*. Barcelona: Herder.
- Pardell, H., Saltó, E. & Salleras, L. (1996). *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Peris, L. & Balaguer, A. (2010). *Patología Dual. Protocolos de intervención. Trastornos de personalidad*. Barcelona: EdikaMed.
- Próspero-García, O. (2014). *¿Cómo ves. Las adicciones*. México: UNAM.

- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000400008&script=sci_arttext.
- Sánchez Hervás E. (Abril, 2004) Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo*, (87). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1138>.
- Sandín-Esteban, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos Psicológicos del Tratamiento de las Drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), 29-40. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1426.pdf>.
- Sonis, A., Serfaty, E., Andrade, J. H., Ortiz, Z., Masaútis, A. & Negri, G. (2006). Descripción del perfil de consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente de 15 a 18 años del Conurbano Bonaerense. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 84 (2), 317-330. Recuperado en http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2006/Consumo_Sustancias_Psicoactivas09.pdf.
- Villarreal-Zarazúa, L. Y. (1997). *Características sociodemográficas de los adolescentes y sus familias, que acuden a Centros de Integración Juvenil A. C.* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey.

ANEXO 1

Producciones de "L" en Centro de Día.



Dibujo realizado por "L" en el taller de MUVA.

AGENDA SEMANAL DE ACTIVIDADES DE "CENTRO DE DIA"									
HORARIO	LUNES	HORARIO	MARTES	HORARIO	MIÉRCOLES	HORARIO	JUEVES	HORARIO	VIERNES
09:00-09:30	REVISIÓN MÉDICA DR. [REDACTED]	09:00-10:30	CUENTO TERAPIA PS. [REDACTED]	09:00-10:45	EDUCACIÓN PARA LA SALUD PS. [REDACTED]	09:00-10:45	CINE DEBATE TS. [REDACTED]	09:00-10:00	CLASE DE BAILE [REDACTED]
	ENCUADRE PS. [REDACTED]								
09:30-10:45	GIMNASIA CEREBRAL TS. [REDACTED]	10:30-10:45	RECESO						
10:45-11:00	RECESO	10:45-12:00	PRIMEROS AUXILIOS ENF. [REDACTED]	10:45-11:00	RECESO	10:45-11:00	RECESO	10:00-11:45	PREVENCIÓN DE RECAIDAS
11:00-12:00	TALLER PSICOEDUCATIVO PS. [REDACTED]			11:00-12:00	MEDITACIÓN PS. [REDACTED]	11:00-12:00	AJEDREZ PS. [REDACTED]	11:45-12:00	GRUPO DE PADRES
12:00-13:30	TERAPIA DE GRUPO PS. [REDACTED]	12:00-13:30	APRENDIENDO JUGANDO [REDACTED]	12:00-13:30	TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA PS. [REDACTED]	12:00-13:00	FÍSICO RECREATIVO [REDACTED]	12:00-13:30	ALTERNANDO CADA 15 DÍAS ASAMBLEA COMUNITARIA
									TALLER PREVENCIÓN DE VIOLENCIA [REDACTED]

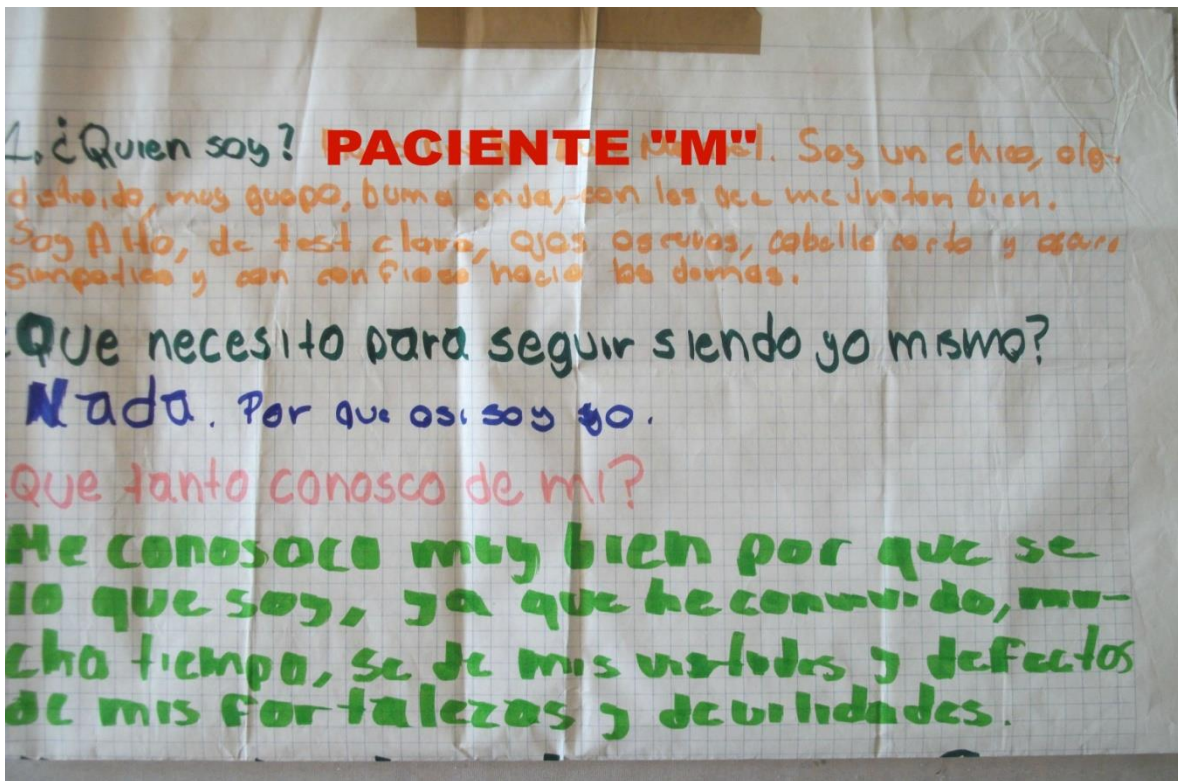
Horario de "L".

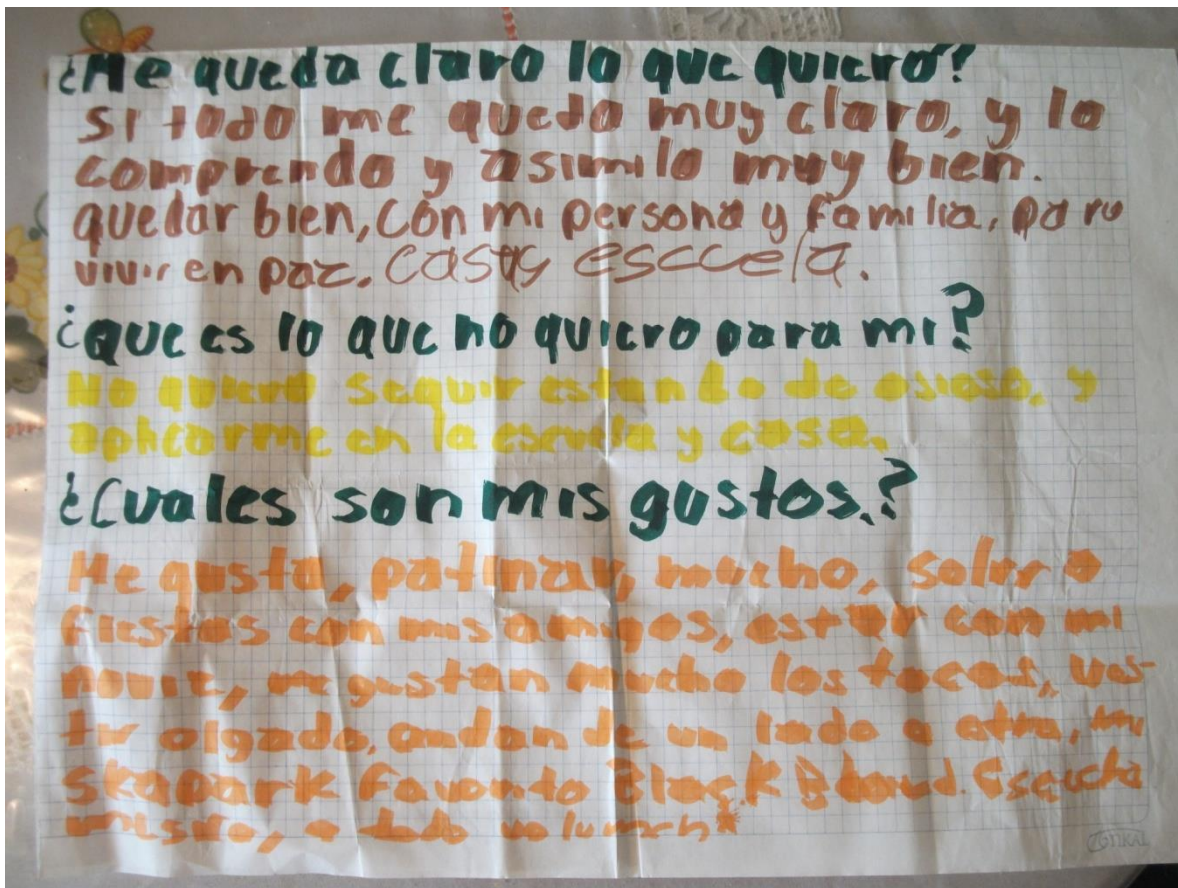
ANEXO 2

Producciones de "M" en Centro de Día.

HORARIO	LUNES	HORARIO	MARTES	HORARIO	MIÉRCOLES	HORARIO	VIERNES
9:00/9:30	REVISION MÉDICA		CINE DEBATE (PACIENTES)		CLASE DE BAILE	9:00/9:30	REVISION MÉDICA
09:00 a 09:30	ENCUADRE HABILIDADES PARA LA VIDA PS. [REDACTED]	09:00 a 11:00	TS. [REDACTED] <u>AL MISMO TIEMPO</u>	09:00 a 10:00	[REDACTED]	09:00 a 10:00	PAPIROFLEXIA TS. [REDACTED]
9:30 a 10:30	GIMNASIA CEREBRAL TS. [REDACTED]		GRUPC DE FAMILIARES (PADRES) PS. [REDACTED]	10:00 a 10:45	TALLER MOTIVACIONAL A TRAVÉS DEL JUEGO [REDACTED]	10:00 a 11:45	PREVENCION DE RECAIDAS PS. [REDACTED]
10:30 a 10:45	RECESO	11:00 a 11:15	RECESO	10:45 a 11:00	RECESO		
10:45 a 12:00	TALLER PSICOEDUCATIVO PS. [REDACTED]	11:00 A 12:30	11:15 a 12 TALLER DE PSICOEDUCATIVO PS. [REDACTED] 12 a 13 Taller Psicoeduca	11:00 a 12:00	TALLER DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA [REDACTED]	11:45 a 12:00	RECESO
12:00 a 13:30	TERAPIA GRUPAL		[REDACTED]	12:00 a 13:00	TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA	12:00 a 13:00	ASAMBLEA COMUNITARIA (PADRES Y PACIENTES) E.M.T. TALLER DE MEDITACION

Horario de "M"





Actividad realizada por "M" en el taller de Habilidades para la Vida.

ANEXO 3

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL- PARTE MOTORA

(EMES-M, Caballo, 1987)

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

4: Siempre o muy a menudo (91 a 100 % de las veces)

3: Habitualmente o a menudo (66 a 90 % de las veces)

2: De vez en cuando (35 a 65 % de las veces)

1: Raramente (10 a 34 % de las veces)

0: Nunca o muy raramente (0 a 9 % de las veces)

Responde aparte, en la hoja de respuesta. Tu contestación debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de conducta descrita en cada pregunta.

1. Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado.
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy capaz de decirle que <<no>>.
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que <<no>>.
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.
6. Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.
7. Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decírselo.
8. Si un amigo/a a quien he prestado 1000 pta parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.
9. Me resulta fácil que mi pareja se sienta bien, alabándola.
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que <<no>>.
14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.
15. Me reservo mis opiniones.
16. Son extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.
17. Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla.
18. Me resulta difícil hablar en público.
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que <<no>>.
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.
24. Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.
25. Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.
26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.

29. Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello al camarero.
31. Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente.
32. Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.
33. Si estoy enfadado con mis padres se los hago saber claramente.
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para poner los puntos sobre las íes.
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.
38. Si una figura de autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.
39. Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.
40. Dudo en solicitar citas por timidez.
41. Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.
43. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.
44. Hago de vista gorda cuando alguien se cuele delante de mí en la fila.
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.
47. No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.
48. Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontáneo y fácilmente.
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.
52. Cuando me alaban no se que responder.
53. Soy incapaz de hablar en público.
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.
55. En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de la conversación.
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.
57. Si un pariente cercano me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.
58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.
59. Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto.
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.
62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con esa persona.
63. Soy una persona tímida.
64. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

ANEXO 4

ESCALA MULTIDIMENCIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL-PARTE COGNITIVA

(EMES-C, CABALLO, 1987)

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

4: Siempre o muy a menudo

3: Habitualmente o a menudo

2: Algunas veces

1: Raramente

0: Nunca o muy raramente

1. Temo <<dar la nota>> en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales.
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decírselo directa y claramente.
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría <<meter la pata>>.
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión.
6. Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critique.
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo.
12. Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.
13. Me preocupa <<hacer una escena>> cuando defiendiendo mis derechos personales ante mis padres.
14. He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido.
17. Temo expresar cariño a mis padres.
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.
20. He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendiendo mis derechos frente a ellos.
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.

22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.
23. He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona.
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados.
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta.
26. Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.
29. Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.
31. Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer.
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas.
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables sólo puede esperar malas contestaciones.
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona.
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño.
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente dé lugar a situaciones violentas.
38. Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un/a adulador/a.
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.
41. Temo que la gente me critique.
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.
43. Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa.
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.

