

CONSEJERÍA TELEFÓNICA, CONSEJO PSICOLÓGICO E INTERVENCIÓN EN CRISIS

Fundamentos Teórico-Prácticos en
Casos de Consumo de Drogas,
Suicidio y Disfunción Familiar.

Milton Rojas Valero
Patricia Giraldo Waagner
Carmen Montes Bravo

CEDRO

**Centro de Información y Educación para
la Prevención del Abuso de Drogas**

PRESIDENTE DEL DIRECTORIO

Ramiro Castro de la Mata

CONSEJO DIRECTIVO

*Luis Agois, Melitón Arce, Raúl Benavides, Hory Chlimper,
Roberto Mac Lean, Fernando Otero, Federico Prieto, John Youle,*

DIRECTOR EJECUTIVO

Alejandro Vassilaqui

SUB DIRECTORA

Carmen Masías

EDICIÓN: Centro de Ediciones de CEDRO

Corrección de textos: *Iván Romero*

© CEDRO

Av. Roca y Boloña 271. San Antonio. Miraflores

Teléfonos : 446 6682 - 446 7046 - 447 0748

Fax : 446 0751

E-mail : postmaster@cedro.org.pe

Web : www.cedro.org.pe

Portal : www.drogasglobal.org.pe

Tiraje : 100 ejemplares.

Derechos Reservados

Agosto 2002

Prólogo

Hoy, sobre todo en Lima, el acceso a una línea telefónica se ha hecho más amplio, más factible. El teléfono constituye una herramienta de comunicación que puede tener fines utilitarios y también objetivos altruistas.

«Lugar de Escucha» de CEDRO nació hace 12 años y lleva a cabo una labor ininterrumpida atendiendo a personas en crisis y/o a aquellas que desean hacer una consulta sobre el tema «drogas» o sobre alguna circunstancia que están viviendo en particular y que puede relacionarse con el consumo de sustancias psicoactivas.

La consejería telefónica requiere entrenamiento, calma, capacidad de empatía y «el salir de uno(a) mismo(a) para responder al(a) otro(a) e imaginarlo(a)». La voz, la concentración, el orden de las palabras, en una situación donde las personas que dialogan no se ven, cobran importancia fundamental.

«Lugar de Escucha» estadísticamente, ha atendido más de catorce mil casos en doce años de trabajo. La intervención en crisis a través del teléfono en casos de intento de suicidio, fármaco dependencia, personas interesadas en recibir información respecto a VIH, entre otras demandas, ha demostrado ser una técnica y estrategia valiosa en estos casos.

El equipo terapéutico «Lugar de Escucha» de CEDRO presenta hoy esta publicación que intenta informar y también alentar a otros en este tipo de estrategia, con el convencimiento que la consejería tiende puentes entre el deseo de vivir de personas en crisis, y la posibilidad de abrir una ventana hacia la esperanza.

Dra. Carmen Masías Claux
Sub-Directora de CEDRO

Agradecimientos

A la Dra. Carmen Masías Claux y al Dr. Ramiro Castro de la Mata, por sus valiosos aportes y sugerencias

Y, a quienes participaron directamente en la elaboración del texto:

A la Consejera Cludia Benetti Drappo.

Del mismo modo, deseamos expresar nuestro agradecimiento y aprecio a los demás miembros del equipo terapéutico del Servicio “Lugar de Escucha”: María Calvo, Alonso Vergara, Rossana Ñaupari y Circe Jacobi, quienes brindaron su apoyo y tiempo en las revisiones.

“Lugar de Escucha” - CEDRO

Servicio de Atención para Consumidores de Drogas

Perfil de los Autores.

MILTON J. ROJAS VALERO.

Psicólogo clínico, egresado de la Universidad Ricardo Palma, sustentó dos Tesis Universitarias en el tema drogas. Estudios de Maestría en Fármaco dependencia (Primera Promoción, Candidato a Master) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ha seguido especialización en terapia de adicciones en Colombia (Programa “La Casa”, Santafe de Bogotá) y en los Estados Unidos (DAYTOP INC. New York). Ganador del Premio de Psicología Año 1999 en el área Salud, otorgado por el Colegio de Psicólogos de Perú. Primer Presidente de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas. Miembro de la Sociedad de Farmacología del Perú. Miembro Fundador del Servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO en 1988, siendo actualmente el Coordinador del servicio. Articulista de temas científicos tanto en el país como en el extranjero e investigador del fenómeno de las drogas en los rubros clínico, adolescencia y mujer. Ha publicado ensayos y libros. Miembro del Comité Editorial de la revista Era Adicciones de Santiago de Chile. Ha participado en eventos internacionales presentando sus experiencias de investigación.

PATRICIA H. GIRALDO WAAGNER.

Psicóloga clínica, egresada de la Universidad Ricardo Palma. Estudios de Maestría en Fármaco dependencia (Segunda Promoción, Candidata a Master) en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Especialización en evaluación y diagnóstico clínico así como en consejería y psicoterapia en conductas adictivas dentro del enfoque Cognitivo. Miembra de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas. Ha participado en investigaciones y es co-autora de publicaciones en el tema de la fármaco dependencia. En la actualidad es terapeuta del Servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO.

CARMEN V. MONTES BRAVO.

Psicóloga clínica, egresada de la Pontificia Universidad Católica de Lima, con entrenamiento en terapia cognitiva y especialización en terapia familiar sistémica. Ha participado en investigaciones y es co-autora de publicaciones en el tema de la fármaco dependencia. Miembra de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas y terapeuta del equipo terapéutico “Lugar de Escucha” de CEDRO.

Índice General

Introducción	15
Capítulo I : «Lugar de Escucha» de CEDRO	17
Capítulo II : <i>CONSIDERACIONES GENERALES</i>	23
2.1. Intervención en crisis	25
2.2. Singularidad de la consulta psicológica telefónica	28
2.3. Características de la consejería telefónica	28
2.4. Consejería Telefónica	28
2.5. El Servicio Telefónico	29
2.6. Algunas estrategias de comunicación	33
2.7. Algunas estrategias de emergencia	34
2.8. El consejero telefónico: rasgos y características	36
2.9. Principales habilidades	37
2.10. Caracterización de algunas llamadas.	40
2.11. Consejería psicológica y sesiones de motivación en casos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	41
Capítulo III: <i>Área de Trabajo N° 1</i>	
CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	53
3.1. Conceptos clínicos básicos	55
3.2. Criterios clínicos en el diagnóstico de la dependencia de SPA (incluye SPA como el alcohol y los derivados de la cocaína)	57
3.3. Consumo y dependencia al alcohol	58
3.4. La cocaína	63
3.5. Inhalantes	66
3.6. Alucinógenos	68
3.7. Consumo de marihuana	69
3.8. Drogas de síntesis	72
3.9. Tranquilizantes	75
3.10. Analgésicos narcóticos	76
3.11. Estimulantes y anfetaminas	77
3.12. Intervención telefónica en casos de dependencia de SPA	78
Capítulo IV: <i>Área de Trabajo N° 2</i>	
SUICIDIO	85
4.1. Conceptos básicos	90
4.2. Factores de riesgo	93
4.3. Lo que necesitamos conocer sobre el suicidio	94
4.4. Intervención telefónica en casos de intento de suicidio	96
Capítulo V : <i>Área de Trabajo N° 3</i>	
FAMILIA	103
5.1. Fundamentos Básicos. Perspectiva Sistémica	105
5.2. Algunas pautas para la familia con problemas y dificultad de convivencia	114

Índice Detallado

Introducción	15
Capítulo I : «Lugar de Escucha» de CEDRO	17
Capítulo I : Consideraciones Generales	23
2.1. Intervención en crisis	25
2.1.1. Fases y estadios (Del impacto a la resolución)	26
2.1.2. Estructura de la crisis.	26
2.2. Singularidad de la consulta psicológica telefónica	28
2.3. Características de la consejería telefónica	28
2.4. Consejería Telefónica	28
2.4.1. El teléfono como instrumento de ayuda inmediata	28
2.4.2. El teléfono y el manejo de problemas psico sociales	28
2.5. El servicio telefónico	29
2.5.1. Objetivos	29
2.5.2. Metodología de trabajo	30
2.6. Algunas estrategias de comunicación	33
2.7. Algunas estrategias de emergencia	34
2.7.1. Ejercicios de respiración	34
2.7.2. Relajación	35
2.7.3. La auto instrucción y control coverante	35
2.7.4. Red de apoyo familiar y social	36
2.8. El consejero telefónico: rasgos y características	36
2.8.1. Participación activa	36
2.8.2. Disponibilidad	36
2.8.3. Concentración	37
2.8.4. Recursos y condiciones	37
2.9. Principales habilidades	37
2.9.1. El silencio	37
2.9.2. El contacto psicológico	37
2.9.3. El reflejo	37
2.9.4. La clarificación	38
2.9.5. La repetición	38
2.9.6. El parafraseo	39
2.9.7. El asentir	39
2.9.8. La pregunta abierta	40
2.9.9. La confrontación	40
2.10. Caracterización de algunas llamadas	40
2.10.1. El verborreico o el que no para de hablar	40
2.10.2. El que llama: para pasar el tiempo, por broma, etc	41
2.10.3. El irritado o agresivo	41

2.11. Consejería psicológica y sesiones de motivación en casos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	41
2.11.1. Consejería	41
2.11.2. Consejería en dependencia a SPA	42
2.11.3. La motivación como un estado	42
2.11.4. Condiciones básicas para el cambio	46
2.11.5. La entrevista motivacional	46
2.11.6. principios de la entrevista motivacional	47
2.11.7. Estrategias de la entrevista motivacional	47
2.11.8. Fomentar la autoeficacia	48
2.11.9. Escenario general	48
2.11.10. ¿Quiénes pueden ser consejeros en conductas adictivas?	49
Capítulo III: Área de Trabajo N° 1	53
ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	
3.1. Conceptos clínicos básicos	55
3.1.1. Sustancias Psicoactivas (SPA)	55
3.1.2. Patrones de consumo	55
3.1.3. Compulsión	56
3.1.4. Síndrome	56
3.1.5. Dependencia psicológica-Dependencia física	56
3.1.6. Abstinencia y tolerancia	56
3.1.7. Neuroadaptación o neurosensibilización	57
3.2. Criterios clínicos en el diagnóstico de la dependencia de SPA (incluye SPA como el alcohol y los derivados de la cocaína).	57
3.3. Consumo y dependencia al alcohol	58
3.3.1. Factores ambientales	59
3.3.2. Factores constitucionales	59
3.3.3. Consideraciones en torno a la farmacocinética y efectos del alcohol en el organismo	60
3.3.4. Enfermedades más comunes como consecuencia del abuso. y dependencia del alcohol	60
3.3.5. Efectos del etanol al aumentar su concentración en la sangre	61
3.3.6. Tolerancia al alcohol y dependencia fisiológica	62
3.3.7. Dependencia física	62
3.3.8. Síndrome de abstinencia	62
3.4. La cocaína	63
3.4.1. Dependencia a los derivados de la coca	63
3.5. Inhalantes	66
3.5.1. Efectos producidos por la intoxicación con inhalantes	66
3.5.2. Correlato psicológico	67
3.5.3. Alteraciones cognitivas	68
3.6. Alucinógenos	68
3.6.1. Marihuana	68
3.6.2. Hashis	69
3.7. Consumo de marihuana	69
3.7.1. Efectos a corto y largo plazo	70
3.8. Drogas de síntesis	72
3.8.1. Éxtasis	72
3.8.2. Efectos de las drogas psicoactivas de síntesis	73

3.9. Tranquilizantes	75
3.10. Analgésicos narcóticos	76
3.11. Estimulantes y anfetaminas	77
3.12. Intervención telefónica en casos de dependencia de SPA	78
3.12.1. Llama el adicto	78
3.12.2. Llama la familia	80
3.12.3. Consideraciones a tener en cuenta en la derivación de casos	82
Referencias	82
Capítulo III: Area de Trabajo N° 2.....	85
SUICIDIO	
Antecedentes	87
4.1 Conceptos básicos	90
4.1.1. Suicidio	92
4.1.2. Intento de suicidio	92
4.1.3. Riesgo de suicidio	92
4.2 Factores de riesgo	93
4.2.1. La edad	93
4.2.2. Dependencia de Sustancias Psicoactivas (SPA)	93
4.2.3. Desequilibrio emocional	93
4.2.4. Problemas económicos	93
4.2.5. Problemas familiares	93
4.2.6. Problemas sentimentales	93
4.3 Lo que necesitamos conocer sobre el suicidio	94
4.3.1. Mitos sobre el suicidio	94
4.3.2. Signos de advertencia del suicidio	95
4.3.3. Maneras de ayudarse cuando usted está sintiéndose suicida	95
4.4 Intervención telefónica en casos de intento de suicidio	96
4.4.1. Algunas estrategias.....	97
4.4.2. Abordaje telefónico con la familia del suicida	99
4.4.3. Elementos básicos a tener en cuenta en la derivación	100
Referencias	100
Capítulo III: Area de Trabajo N° 3.....	103
FAMILIA.	
5.1 Fundamentos Básicos. Perspectiva Sistémica	105
5.1.1. Retroalimentación y homeostasis	105
5.1.2. Comunicación humana	106
5.1.3. La estructura familiar	107
5.1.4. Funcionabilidad y Disfuncionabilidad familiar	108
5.1.5. La familia emocional.....	108
5.2 Algunas pautas para la familia con problemas y dificultad de convivencia	114
Referencias	116
Anexo	117

Introducción

*Cuando **Graham Bell** en 1876, inventa el teléfono, probablemente no intuyó la importancia de su descubrimiento, el mismo que muchos años después, sería decisivo en muchos estamentos del quehacer científico de una sociedad en constante desarrollo. Hoy, en el siglo veintiuno, se sabe que el teléfono puede llegar a prevenir o desencadenar conflictos bélicos, o ser usado con fines benéficos.*

El hecho de su sofisticación en tamaño, alcance y calidad, como es el caso de la telefonía celular hoy en día, lo ha puesto dentro de las necesidades básicas del hombre, como son el agua y la energía eléctrica, ya que el teléfono forma parte del engranaje financiero, administrativo, político y hasta militar de la sociedad.

Ya en el nuevo milenio, se observa que en el Perú la proporción de personas que tienen línea telefónica se ha incrementado en este último quinquenio. Según el Instituto Cuánto (2000) en Lima Metropolitana, el 43,1% tiene un línea telefónica.

Indudablemente hoy el acceso al teléfono es más fácil, sin embargo, los costos del servicio y el mantenimiento aún no están al alcance de la porción más grande, dado que la telefonía fija y móvil en nuestro medio tienen costos altos. Ello, entre otros factores, imposibilitan que este recurso esté presente en la mayoría de los peruanos.

Ahora bien, en el ámbito internacional, retrospectivamente en Colombia (Santa fe de Bogotá y Medellín) comenzaron a operar servicios telefónicos de asesoramiento, sobre todo en el abuso y dependencia de Sustancias Psicoactivas (SPA), tal es el caso del Programa «La Casa» y «Surgir». Paralelamente, siempre en el rubro SPA, en Bolivia hacía lo propio la institución CESE («A ti»), como también, por la misma época, en Ecuador se abrieron centros de atención telefónica de emergencia.

Estas instituciones posiblemente fueron las que abrieron el camino para la atención y ayuda inmediata: la consejería telefónica.

*En lo que respecta a nuestro medio hace más de dos décadas y media apareció «La voz amiga», un servicio pionero en la ayuda telefónica en casos de crisis. En 1986 la acción del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (**CEDRO**), al*

iniciar sus labores preventivas en el escenario de la drogadicción, no podía desatender, los pedidos de ayuda de aquellas personas que necesitaban intervención no sólo de orientación, en momentos críticos para su asesoramiento, sino de acogida y eventualmente, de una derivación a instancias de tratamiento especializado.

*De esta manera es que **CEDRO** desde 1987 ofrece sus líneas telefónicas y de acogida en consultorios psicológicos, constituyéndose en 1989 «**Lugar de Escucha**», programa que actualmente cuenta con dos líneas telefónicas en consejería en el rubro SPA, las mismas que funcionan hasta la media noche.*

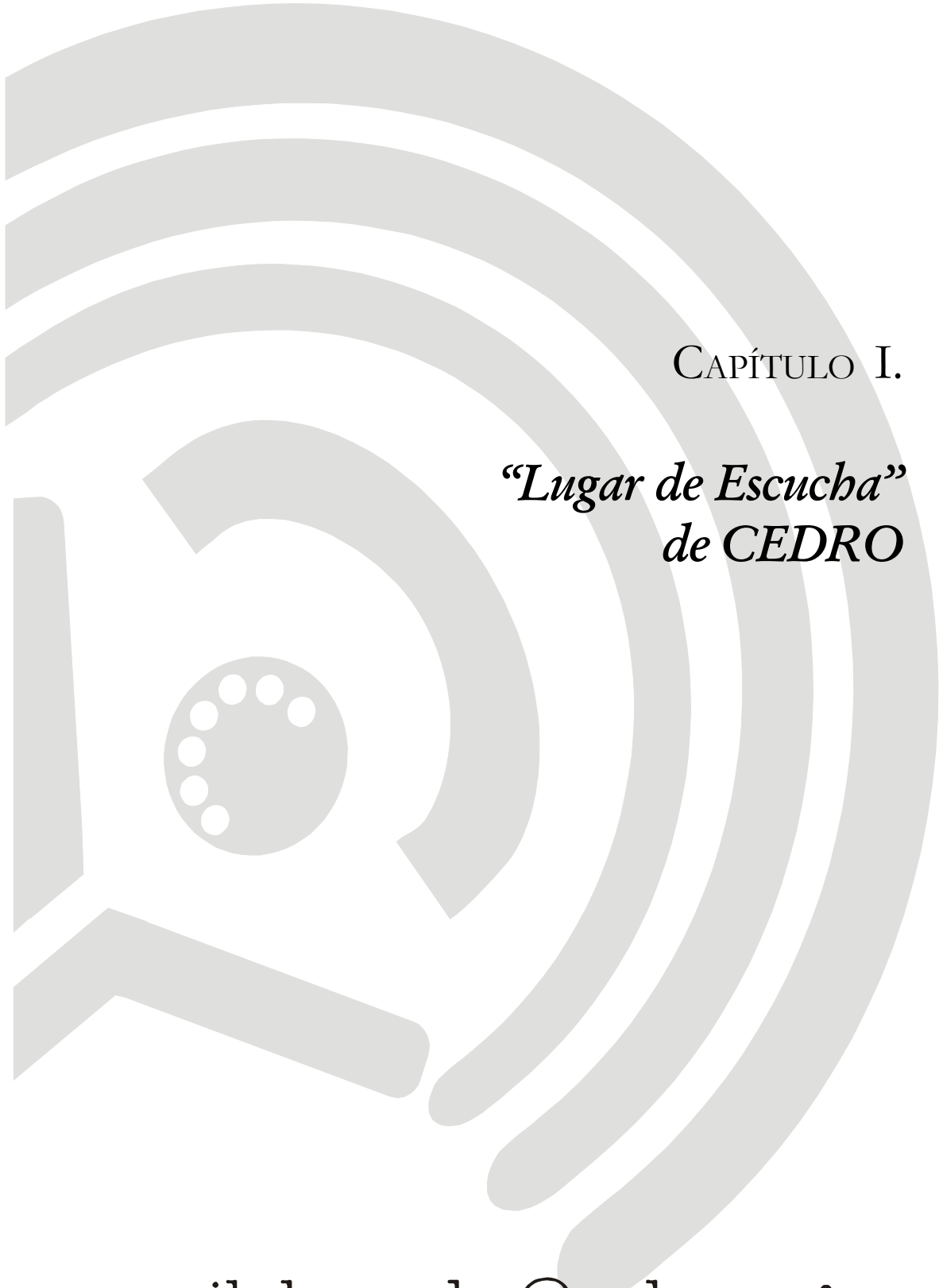
*Al presente, el servicio se ha constituido en un canal importante no sólo en la captación, motivación y derivación, sino en el hecho de centrar la problemática y aclarar las dudas del adicto a SPA y sus familiares. Caracterizando así, el proceso de terapia breve que ha llegado a identificar al servicio «**Lugar de Escucha**» (**CEDRO: Rojas, 1995**), constituyéndose, de esta manera el servicio, en un puente entre el pedido de ayuda y el tratamiento.*

En los últimos años se han instalado otros servicios telefónicos de emergencia en el Perú, tal es el caso de «Aló EsSALUD», «VÍA LIBRE», «Sida Fono», el Ministerio de Justicia con su línea para los casos de «Violencia Doméstica y de Maltrato a la Mujer», «DEMUS» en el mismo tema, así como también La Defensoría del Pueblo, la línea «105» de la Policía Nacional y las recientes líneas de emergencia como del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), «Línea de Vida» de la institución COPRODELI, ANAR dedicada a la problemática de la adolescencia, entre otras líneas, APROPO “En Confianza”. Últimamente, “FONO SALUD” del Ministerio de Salud, dedicada a la consejería en diversos temas de salud.

Ahora bien, el presente Manual pretende sistematizar y alcanzar la experiencia de trabajo, tanto en el nivel de Consejería Telefónica como en Consejo Psicológico, Inducción y Motivación en casos de abuso y dependencia de SPA, y proyectarlos a otros problemas psicosociales.

Esperamos, de esta manera, que este marco referencial aporte en la formación de profesionales y no profesionales interesados en trabajar en un servicio con las características mencionadas anteriormente.

Para tal efecto, este texto consta de cinco capítulos: El primero, trata de la descripción del servicio de CEDRO; el segundo capítulo, aborda consideraciones generales. El tercer capítulo, Área de Trabajo No 1, consumo y dependencia a SPA; el cuarto capítulo, Área No. 2, suicidio y, finalmente, el quinto capítulo, Área No. 3, Familia.



CAPÍTULO I.

*“Lugar de Escucha”
de CEDRO*

e-mail: lescucha@cedro.org.pe

Capítulo 1.

“Lugar de Escucha”

de CEDRO

El Centro de Información y Educación para la Prevención de Abuso de Drogas (CEDRO), hace doce años, abrió el servicio denominado *“Lugar de Escucha”* para responder a inquietudes, solicitudes inmediatas y crisis asociadas al abuso o a la dependencia de Sustancias Psicoactivas (SPA), así como también casos que requieren otro tipo de intervención, tales como riesgo de suicidio, SIDA, disfunciones familiares, depresión, juego patológico (ludopatía), crisis de adolescencia, etc.

Aunque la acción preventiva primaria es el punto más importante de la agenda institucional, ha sido muy difícil mantenerse impasible ante el creciente número de pedidos de ayuda, que la misma actividad preventiva fue despertando o, por lo menos, lo incrementó.

Por esa razón CEDRO optó por abrir espacios que acogen la preocupación de la comunidad respecto a consumidores de sustancias, los mismos que están destinados a darle forma, cauce y, luego de un cierto número de sesiones, una derivación hacia alternativas más especializadas de ayuda.

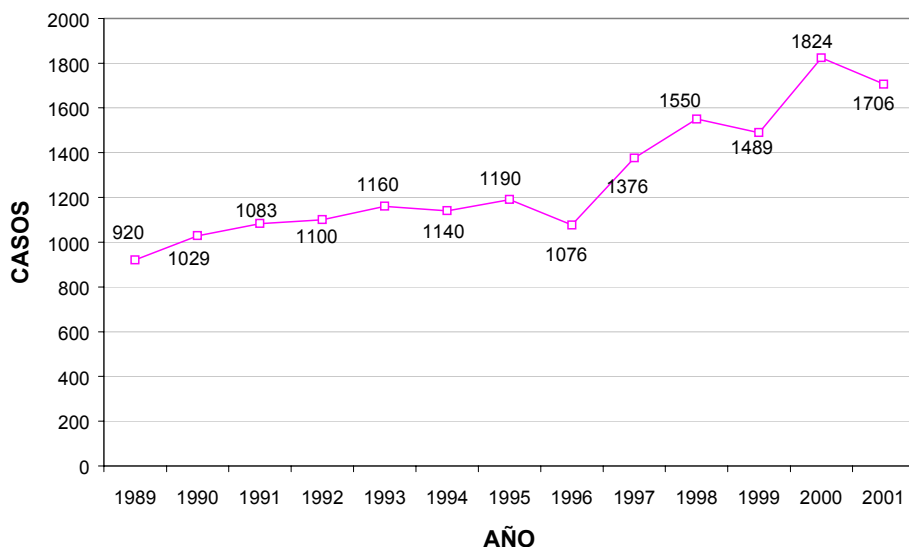
Así, concebido como un puente entre el pedido de ayuda y el tratamiento, *“Lugar de Escucha”*, en la actualidad se ha constituido como un servicio singular dentro del escenario de las modalidades de intervención en casos de abuso y dependencia de SPA.

Estadísticamente, el Gráfico No.1 condensa la casuística histórica del servicio, en él se aprecia una curva ascendente a partir de 1989, donde se atendió a 920 consultantes. Luego de una década, se observa un notable incremento en términos de la demanda, notándose ello en los dos últimos años (Año, 2000: 1824 casos y Año, 2001: 1824 casos), notándose un incremento del 100%.

En términos generales, se puede decir que este incremento obedece a variados factores, como es el caso de la precipitación de los problemas coyunturales, la desocupación, falta de espacios y oportunidades de superación para adolescentes y jóvenes, pobreza, la disponibilidad de las drogas, los cambios de actitudes y percepciones del fenómeno de las drogas, entre otros factores contextuales. Del mismo modo, obedecería también a la presencia de consumidores crónicos, quienes al presentar el correlato de largo plazo, se suman a la demanda de ayuda.

GRÁFICO N° 1

Casuística Anual de Consumidores de Drogas Atendidos en el Servicio "Lugar de Escucha" de CEDRO entre 1989 - 2001

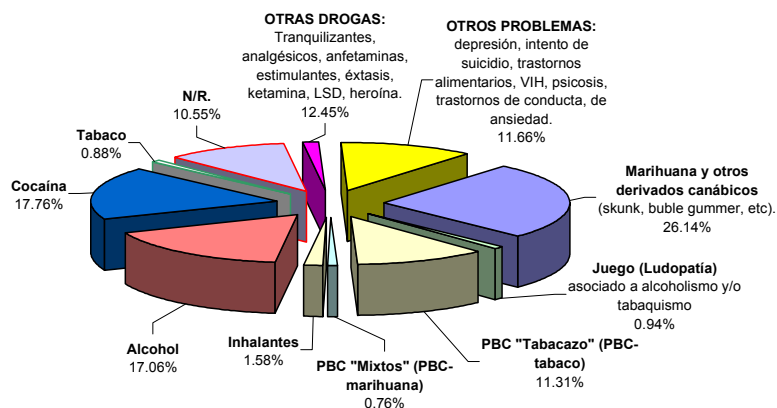


Fuente: Servicio "Lugar de Escucha" de CEDRO, marzo 2001

Ahora bien, si tomamos como base el último informe estadístico del servicio correspondiente al año 2001, se observa datos interesantes, como lo referido al clorhidrato de cocaína (17,76%), que desplazó a la PBC (11,31%), en términos de demanda del servicio; dado que es la PBC la sustancia que generalmente había ocupado el lugar principal en las estadísticas del servicio de **CEDRO**.

En lo que se refiere a la marihuana, se registró un porcentaje del 26,14%, porcentaje similar del alcanzado por el alcohol 17,06%. En este nuevo escenario, encontramos la nueva casuística de otras drogas tales como: el éxtasis, LSD, ketamina, PCP (polvo de ángel), heroína, derivados cannábicos, como el skunk, buble gumers; esteroides, anabólicos, etc., que sin lugar a dudas confirma que el fenómeno de las drogas es cambiante, a la vez parecería que estos nuevos consumos pueden obedecer a un cambio de actitudes de los adolescentes respecto al consumo de sustancias.

Sin duda, que los patrones no sólo de demanda, sino también de consumo, han variado en estos últimos tiempos; dado que se encuentran patrones generalizados de poli-consumo, en la medida que el uso es de más de tres sustancias simultáneamente.



Fuente: Servicio "Lugar de Escucha" de CEDRO, marzo 2001

Desde el punto de vista metodológico, la intervención del servicio puede ser definida como de Terapia Breve (**NIDA: Hoffman et al, 2001; NIDA: Sipe, 2001; Elster, 1999; SAMHSA: Levin et al, 1999; Thombs, 1999; Tucker, Donovan y Marlatt, 1999; Straussner y Zelvin, 1997; Perkinson, 1997; Bellack, 1995; Dyer, 1980 y Slaikeu, 1989**), abordaje que comprende la consejería, orientación, asesoramiento e inducción y motivación, así como la terapia informativa y la evaluación psicológica y médica. En el caso de “Lugar de Escucha”, se añade el ingrediente de la derivación.

El mecanismo de derivación viene a ser un trabajo de coordinación sistemática con el demandante de ayuda, la familia y el centro asignado, donde el sujeto seguirá tratamiento.

En este sentido, si bien aún no se ha establecido un mecanismo óptimo de derivación, en nuestro caso se puede informar que más del 40% de los abusadores o adictos atendidos, se insertan en alguna modalidad de tratamiento.

REFERENCIAS

BELLAK, L. (1993). Manual de Psicoterapia Bbreve, Intensiva y de Urgencia. Manual Moderno Ed. México D. F. 226 pp.

CEDRO: Rojas, M. (1995). Manual de Consejería Telefónica. Primera Edición. CEDRO. 95 pp.

ELSTER, J. (1999). Addiction. Entries and exits. Russell Sage Foundation. New York. 310 pp.

INSTITUTO CUANTO (2001). Niveles de vida y pobreza. En: Webb, R. y Baca, G. Eds.: Anuario Estradístico. Perú en Números 2001. Lima, pág. 562.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2001) Sipe, F. Approaches To Drug Abuse Counseling. A Counseling Approach.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2001). Hoffman, J. A.; Jones, B.; Caudell, B. D.; Mayo, D. W. and Mack, K. A. Approaches To Drug Abuse Counseling. The Living in Balance Counseling Approach.

PERKINSON, R. R. (1997). Chemical dependency counseling. A practical guide. SAGE Publications. 431 pp.

SLAIKEU, K. A. (1989). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México D. F. 313 pp.

STRAUSSNER, S. L. A. and ZELVIN, E. (1997). Gender and addictions. Men and women in treatment. Jason Arososn Inc. Northvale, New Jersey, London. 509 pp.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (1999). Levin, S. M.; Sullivan, E. and Fleming, M. Guía de Servicios para el Abuso de Sustancias para Proveedores de Atención Primaria de la Salud. Guía Concisa de Referencia.

THOMBS, D. L. (1999). Introduction to addictive behavior. The Guilford Press, New York. 304 pp.

TUCKER, J. A.; DONOVAN, D. M. and MARLATT, G. A. (1999). Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies. 387 pp.



CAPÍTULO II.

Consideraciones Generales

Capítulo II

Consideraciones Generales

2.1. Intervención en Crisis.

El abordaje e intervención en crisis a través del teléfono, se remonta aproximadamente a 1906 en Estados Unidos, donde un grupo de voluntarios se entrenaron en The New York City's National Save A Life (**Slaikou y Leff, 1988**) para responder demandas de emergencia asociadas a búsqueda de personas, suicidio, violencia, etc.

En el rubro de la salud, el trabajo de **prevención**, para **Slaikou (1988)**, puede tomar **tres formas**: a) La **prevención primaria**, que apunta a reducir la prevalencia e incidencia de trastornos; b) La **prevención secundaria**, dirigida a atenuar y/o reducir los efectos dañinos de los acontecimientos ocurridos y, c) La **prevención terciaria**, aquella en la que el objetivo es reparar el daño luego del suceso original.

En este sentido, si se sigue esta propuesta, *el trabajo de consejería telefónica en intervención en crisis se ajusta a lo que viene a ser la prevención secundaria*, ya que los objetivos son:

1. Atenuar y reducir los efectos debilitantes de la crisis de la vida, y
2. El crecimiento a través de la experiencia de crisis.

En lo que respecta al abordaje a través de técnicas y estrategias, éste se caracteriza por la intervención propiamente dicha a través de orientación y consejería con la finalidad de reducir los efectos de la crisis.

Así, la llamada población “blanco”, está constituida por las víctimas de experiencias en crisis y sus familiares. Respecto al momento de intervención, éstas se dan en la mayoría de los casos inmediatamente después del suceso en crisis.

Con relación a los participantes o ayudantes, estos pueden ser: profesionales (policías, enfermeras, médicos, psicólogos, sociólogos, educadores, abogados, consejeros, etc.), así también como familiares y voluntarios, previamente capacitados.

Ahora bien, es preciso tener en cuenta un concepto cercano de lo que se denomina crisis dentro del plano de la consejería telefónica; en tal sentido, una crisis viene a ser un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas (**Perkinson, 1997; CEDRO: Rojas, 1995; Slaikou, 1987**).

2.1.1. Fases y Estadios (*Del impacto a la resolución*)

El estado de crisis se caracteriza por una serie de etapas más o menos definidas; **Perkinson, 1997; Caplan, 1964** -citado por **Slaikou, 1988**- describen el inicio de la crisis como sigue:

- a. Marcado incremento de tensión por el impacto de un suceso externo, el que se inicia, por lo general, con respuestas comunes “a la solución del problema”.
- b. La falta de éxito en las respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta aún mucho más la tensión del demandante, aunado a los sentimientos de trastorno e ineficiencia.
- c. Al alcanzar tasas elevadas de tensión, se movilizan otros recursos “inconscientes” para la solución de problemas. En este punto la crisis puede desviarse por cualquiera de las siguientes razones: reducción en la demanda externa; éxito en las nuevas estrategias de entrenamiento; redefinición del problema o por la renuncia a propósitos fijos, los que resultan inasequibles.
- d. Sin embargo, si ninguno de estos elementos se presentan, la tensión aumentará hasta un punto crucial, dando como resultado una desorganización emocional grave.

2.1.2. Estructura de la Crisis.

Antes de un suceso de crisis, en el sujeto se da un comportamiento normal, encontrándose seguro, estable, funcionando adecuadamente como un miembro más de su grupo familiar y social.

El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, agobiante problema económico, desempleo, etc.), impacta en la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del sujeto, dándose un proceso que involucra a cinco subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

La reacción del sujeto, en cambio, afecta a los otros sub-sistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos y amigos cercanos, se involucran íntimamente en la crisis.

En el seguimiento de la intervención de primer orden (primera ayuda psicológica), el objetivo principal será establecer el enfrentamiento inmediato teniendo en cuenta que las crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas. Los componentes básicos para la intervención son:

- a. Capacidad para establecer contacto psicológico (Empatía-Rapport).
- b. Examinar las dimensiones del problema.
- c. Explorar las soluciones posibles.
- d. Ayudar a tomar una decisión correcta.
- e. Registrar el progreso a través de un seguimiento.

De esta manera, el esquema presentado traducido en una intervención telefónica, podría ser así:

	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
I. CONTACTO	Asumir una actitud de escucha. Reflejar sentimientos. Establecer comunicación abierta, sin juicios de valor, que ofrezcan confianza y comprensión.	Narrar su propia historia. Juzgar hechos y sentimientos. Tomar partido.
II. DIMENSIONES	Formular preguntas abiertas: ¿Qué espera la persona que el/la terapeuta haga con la información que tiene?. ¿La familia ya sabe del consumo?. ¿Qué consecuencias considera que el consumo le ha generado en el ámbito personal, familiar, social, físico y emocional?	Abstenerse de respuestas como SI/NO. Permitir interrupciones continuas. Ignorar signos de peligro.
III. POSIBLES SOLUCIONES	Estimular la emisión de posibles respuestas por parte del consultante. Abordar conjuntamente con el consultante los obstáculos. Establecer prioridades; derivación a personas especializadas en el tema.	Permitir la visión en túnel. Dejar obstáculos inexplorados. Tolerar una mezcla de necesidades.
IV. ACCIÓN CONCRETA	Tomar medidas en función al tiempo. Establecer objetivos específicos a corto plazo. Confrontar cuando sea necesario. Ser directivo, sí y sólo sí debe serlo.	Intenta resolver todo ahora. Tomar decisiones obligatorias. Ser tímido. Abstenerse de tomar responsabilidades cuando sea necesario.
V. SEGUIMIENTO	Llegar a un acuerdo para la búsqueda de ayuda. Evaluar las etapas de acción.	Dejar detalles al aire o suponer que el sujeto continuará con la acción sobre el plan bajo su propia responsabilidad. Abandonar el caso.

Adaptado de *Slaikeu* (1988).

Para algunos autores (NIDA: Washton, 2001; NIDA: Hoffman, 2001; NIDA: Sipe, 2001; NIDA: Mercer and Woody, 1999; Perkinson, 1997, CEDRO: Rojas, 1995; Slaikou y Leff, 1988), los servicios de intervención en crisis de alguna manera están influenciados -sino formados- por las condicionantes sociales y económicas del momento. Ello no es menos cierto en la «consejería telefónica».

Desde el punto de vista histórico los primeros servicios de líneas telefónicas de emergencia datan de 1906. Uno de ellos: el Servicio de Consejería e intervención en crisis por teléfono “New York City’s, National Save-A-Life”, convirtiéndose eventualmente en eje del movimiento de prevención de actos suicidas. Posteriormente se abriría “Los Angeles Suicide Prevention Center”, servicio de ayuda de 24 horas, atribuyéndosele el desarrollo de técnicas y estrategias en el abordaje de crisis y análisis de la demanda por teléfono en el rubro de salvavidas (Slaikou y Leff, 1988).

En 1950, surgió la línea de emergencia “El Teléfono Rojo” que comunicaba Washington y Moscú, cuyo objetivo era la coordinación en seguridad y la prevención de desastre nuclear

2.2. Singularidad de la Consulta Telefónica.

La ayuda inmediata que brinda el consejero telefónico a una persona en crisis tiene lugar sin el beneficio del lenguaje corporal (como: gestos, movimientos, señales, etc.), dependiendo de manera exclusiva del lenguaje verbal con un contenido no verbal (entonación, timbre, etc).

2.3. Características de la Consejería Telefónica.

- a. No obstante, a la falta de visualización del que está en el otro lado de la línea, gradualmente el consultante puede llegar a restablecer el control de la situación problemática a través del contacto telefónico con el consejero.
- b. En la consejería por teléfono existen más diferencias que semejanzas respecto a la entrevista, en razón de que no se puede manipular ni controlar a la mayoría de las variables que entran en juego en la entrevista psicológica.
- c. Otra de las características del trabajo de consejería telefónica, es que mantiene al consultante en el anonimato. Es de suponer que este hecho facilita la disposición por parte de muchos consultantes.
- d. Los consejeros también son anónimos, hecho que suele favorecer a los consultantes al transmitir su problema con mayor facilidad.
- e. El consejero telefónico reduce la dependencia entre el usuario y él, ya que puede transferirlo a una clínica o alternativa más conveniente.
- f. El acceso al teléfono es relativamente fácil y cómodo.

2.4. Consejería Telefónica.

2.4.1. El Teléfono como Instrumento de Ayuda Inmediata.

Desde el punto de vista de la atención telefónica en casos de crisis, este medio de comunicación ha demostrado ser un excelente vehículo para brindar contención emocional, darle una forma al caso y determinar cuál es la alternativa o alternativas de salida a la demanda.

Este tipo de atención -telefónica- se viene dando hace más de cuatro décadas sobre todo en los EE.UU., y en Europa, donde existen líneas con especialización en: anorexia, bulimia, suicidio, SIDA, problemas en la adolescencia, consumo de drogas, etc.

A través de este canal, la ayuda es inmediata y puede ser el punto de inicio de todo un proceso, vale decir del tratamiento, por medio del cual el paciente puede superar, resolver o por lo menos atenuar su problema.

2.4.2. El Teléfono y el Manejo de Problemas Psico-sociales.

Los problemas planteados por el SIDA, crisis de la adolescencia, problemas con la familia o aspectos legales, maltrato infantil, etc., requieren de un manejo especializado, ya que la recepción de una llamada puede dar origen a una atenuación y motivación en la resolución del conflicto, como también una mala información o una consejería sin un esquema y claridad pueden, por el contrario, originar intensificación y confusión.

2.5. El Servicio Telefónico.

Este tipo de servicio a la comunidad, requiere de una articulación y eventualmente de una sinergia de acciones entre los profesionales asignados.

En tal sentido, todo servicio de atención telefónica debería tener algunos criterios básicos, sobre todo si se trabaja en acogida (Ejemplo: en el caso de la adicción a SPA, antecedentes de tratamientos; enfermedades psiquiátricas o psicológicas; tiempo promedio de consumo; estructura familiar, frecuencia de consumo, etc.).

2.5.1. Objetivos.

En cualquier caso es importante que todo servicio telefónico tenga delimitado sus objetivos de trabajo, tanto generales como específicos (CEDRO: Rojas, 1995).

A. Generales:

- Brindar orientación y consejería.
- Proporcionar información básica, así como difundir la red actualizada de la institución donde podrán encontrar ayuda y tratamiento.

B. Específicos:

Tomando en cuenta que se trabajará con problemas de salud o psico-sociales diversos:

- Tratar de especializar a los consejeros en las áreas de trabajo, lo que no debe implicar rigidez o dogmatismo, más bien se deberá asumir una actitud de flexibilidad y mucha «escucha».
- Si el servicio brinda el nivel de acogida, en lo posible se deberá concertar una cita para trabajar en consejería, vale decir en terapia breve, para eventualmente derivar a la alternativa más conveniente.
- Sobre la base de la sistematización de la información obtenida, levantar investigaciones, artículos y manuales de experiencia.

2.5.2 Metodología de Trabajo.

Establecer una metodología de trabajo en intervención telefónica, en casos de problemas psico-sociales, no es fácil por la singularidad de cada demanda de ayuda, así como por el hecho de no poder visualizar al consultante (CEDRO: Rojas, 1995).

Sin embargo, sí resulta útil tener en cuenta ciertas nociones básicas de un modelo que, lógicamente, se deberá ajustar a la personalidad del consejero y a la especialidad de la línea de emergencia.

El primer punto es importante, ya que no basta la voluntad ni el sentido común, como tampoco la técnica. En efecto, hay algunos requisitos o recursos que deberán reunir los consejeros:

- a. Amplia capacidad de escucha.
- b. Renuncia al deseo de ayudar y solucionar el problema de todo el que llama.
- c. En lo posible, estar de alguna manera libre de dificultades y problemas personales, los mismos que pueden repercutir en el trabajo de consejería.
- d. Haber recibido entrenamiento previo.
- e. Los profesionales más afines para trabajar en este rubro son: los educadores, psicólogos, médicos, sociólogos, religiosos y voluntarios (previa capacitación y entrenamiento).
- f. Recibir supervisión.

De hecho, estas no son las únicas características o recursos que deberían reunir los consejeros.

Ahora bien, en términos de metodología propiamente dicha, los siguientes pasos se tendrán en cuenta:

A. APERTURA DE LA LLAMADA.

Para muchos, la apertura de la llamada es clave en el establecimiento de un puente sólido y, por ende, de ayuda efectiva a la persona que está en el otro lado de la línea. Ello comprende entre otros aspectos: El tono de la voz, el repertorio verbal, el estado emocional del momento, entre otros factores (CEDRO: Rojas, 1995).

También tiene que ver con las palabras que se utilizarán como enganche en el contacto telefónico. Por ejemplo, frases como:

“Buenos días, CEDRO - Lugar de Escucha, a sus órdenes...”

“Contesta CEDRO, ¿en qué podemos ayudarlo(a)?...”

“Buenas tardes, Ud. se ha comunicado con el servicio de consejería de CEDRO. Lo(a) escucho...”

Si bien es cierto que existen muchos modelos, es necesario tener moldes personales sin dejar de incidir en el tono de la voz y la amabilidad. Esta etapa debe ser muy breve pero con bastante contenido de receptividad.

B. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El período de obtención o recolección de la información, está caracterizado por la amplia cobertura en términos de escucha que se deberá imprimir. Eventualmente se podrá intervenir para hacer algunas preguntas puntuales que a la vez ayuden a explorar las áreas de conflicto (CEDRO: Rojas, 1995).

Ahora bien, el inicio de la fase en cuestión puede darse así:

“¿En qué puedo ayudarle?” o “Lo escucho, ¿cuál es su problema?”.

Seguidamente se tratará de abordar la queja o demanda del consultante; esto, de acuerdo a la especialización de la línea o el servicio. Es decir, se indaga sobre las características básicas que comprenden y mantienen el pedido de ayuda (por ejemplo, en el caso de la dependencia a SPA, se abordará la sustancia que ha consumido, la que consume con más intensidad, frecuencia del uso, número de intentos para dejar de consumir, tiempo de abstinencia de consumo, tratamientos, antecedentes policiales). También se puede explorar las consecuencias que ha tenido o situaciones límites a las que ha llegado por el consumo de drogas.

Obviamente se tendrá que precisar si es la persona directamente implicada con el hecho o algún familiar. La ocupación, lugar de procedencia de la llamada, estructura familiar, etc., son datos que nos acercan al perfil del demandante de ayuda.

El paso siguiente consiste en tratar de evaluar la actitud de la persona para enfrentar el problema, así como lo que ha hecho hasta el momento de la llamada en pro de la solución del problema.

Por ejemplo:

“Dígame Ud., ¿cómo ha intentado contener o contrarrestar el comportamiento de su hijo?”, “cuántas veces Ud. se ha propuesto seriamente abandonar el consumo de drogas?”.

Un punto importante a añadir será el:

“¿Qué espera del servicio?”, también, indagar “¿Está Ud. dispuesto a seguir las pautas y prescripciones que le vamos a dar?”.

Todos estos elementos, bien llevados, van a ayudar mucho más en el esclarecimiento y análisis de la demanda, así como del sujeto y posiblemente de su estructura familiar.

También es posible, dependiendo de la experiencia, que podamos entrar en el análisis del por qué llama el consultante. Esto en términos de los niveles de motivación de cambio o de responsabilidad del hecho adictivo con las SPA. O, más bien si la actitud de pedir ayuda apunta más a una «ganancia secundaria», donde el hecho de haber llamado guarda relación con hacer que «la esposa (o) no lo abandone, pasajes para un viaje, obtener dinero, para lograr algún tipo de documento que permita sortear algún problema policial, etc.».

C. INTERVENCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

Si hemos abordado el caso con un esquema más o menos cercano al propuesto, ya tenemos acceso libre al análisis; del mismo modo, a poder dar algunas alternativas de salida a la demanda.

En efecto, una vez que tengamos identificado el problema del consultante, paso siguiente evaluaremos y proyectaremos las alternativas de soporte o salida del problema; las mismas deberán ser realistas y viables (CEDRO: Rojas, 1995).

En cualquier caso, siempre es el demandante quien tomará la decisión final respecto a las alternativas que se le ofrecerán. No obstante, se tratará de asegurar que esta decisión sea clara, adecuada o previamente analizada entre consejero y consultante.

Es importante recordar que el terapeuta no puede entablar ningún vínculo afectivo ni compromiso con el consultante o familiar de éste. Asimismo, tener presente que de lo que pueda ocurrirle al consultante luego de la llamada, no es responsabilidad del consejero.

D. FINALIZACIÓN DE LA LLAMADA.

En la medida que comprendamos que la demanda de ayuda ha sido resuelta a través de alternativas a las que él ha llegado apoyándose en el conjunto de opciones que el consejero le ha brindado, a la vez que escuchemos que el interlocutor se sienta más tranquilo y convencido que las propuestas dadas por nosotros son viables para él, se pasa a cerrar la llamada.

En esta fase, deberá quedar claro que tanto la línea de teléfono como el consejero estarán a disposición del consultante para lo que él crea conveniente. Asimismo, se puede reforzar al consultante por el hecho de haberse decidido a llamar.

Ejemplo:

“...Bien, pienso que deberá comenzar a enfrentar su problema, tal como usted lo ha decidido”, “La solución ya comenzó al habernos llamado, lo felicito”.

Queda claro que en el cierre no hay un patrón o molde, dado que entran a jugar las peculiaridades del caso y las características del consejero.

Finalmente, muchas personas han asumido que el trabajo de consejería

telefónica es fácil. Si nos apoyamos en la práctica, esto es falso por la gama de factores que intervienen tanto en la demanda como en la búsqueda de las alternativas de solución. En todo caso, el consejero intervendrá con base, realismo y ética (CEDRO: Rojas, 1995).

Ahora, en caso que el consejero sienta tristeza, miedo, ansiedad o impotencia durante la intervención, es lícito el cuestionarse y trabajar esas sensaciones con el supervisor o coordinador del servicio. Entendamos que no somos infalibles ni que vamos a solucionarle los problemas a todos aquellos que se comunican con nosotros.

2.6. Algunas Estrategias de Comunicación

Es importante remarcar que en la consejería por teléfono, el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente, es la voz del consejero que no sólo abarca lo que dice sino cómo lo dice (CEDRO: Rojas, 1995; Slaikeu y Leff - Simón, 1988).

En efecto, para lograr estos objetivos, por ejemplo, el tono de voz del consejero deberá ser claro, pausado y alentador de tal forma que el consultante se sienta escuchado y comprendido, vale decir que el hecho de establecer un puente entre él y el consejero, caracterizado por los elementos descritos, pueda repercutirle en la inmediata aparición de un campo de cierta calma y laxitud, que reemplazará gradualmente a lo largo del diálogo a la confusión o trastornos propios de la crisis.

Los consejeros que trabajan en este rubro, generalmente deben escuchar sus voces grabadas y recibir retroalimentación del equipo de trabajo; se deberá analizar el impacto del tono de voz, velocidad, repertorio verbal y manejo emocional. Los consejeros deberán aprender a responder en forma calmada, controlada y atenta.

De otro lado, se tendrá en consideración el papel que juega el silencio terapéutico en el diálogo telefónico, ya que éste puede resultar ambiguo para ambos (consejero y consultante); en la medida que el consejero puede asumir que el demandante está pensando en la queja, o no sabe qué decir o cómo decirlo.

En estos casos, el consejero puede intervenir cautamente con expresiones cortas de reflexión, aliento, empatía y deseos vivos de entender la situación, diciendo:

Por ejemplo

“Comprendo que para usted debe ser muy difícil hablar de su problema...”; “No se preocupe, tómese su tiempo y hable”, “Cuando crea conveniente...”; “Puedo imaginar qué tan duro y penoso es para usted lo que viene pasando...”.

Si hacemos una revisión general sobre las estrategias descritas, incidiremos en torno a la “capacidad de escucha”, lo cual no se asume como una actitud pasiva, más bien ello debe condicionar al consejero a que asuma una posición con un objetivo claro y definido: el obtener información para evaluarla posteriormente y ofrecer un resultado final, el mismo que será traducido a una respuesta para el paciente. Esta implica tres pasos: recibir el mensaje, procesar la información y enviar un mensaje.

También es preciso remarcar que una de las limitaciones de este trabajo es que no podemos visualizar a la persona que está al otro lado de la línea. Ello implica que si bien se pueden inferir algunas actitudes, comportamientos, gestos, etc., lo cierto es que no es posible controlar fácilmente estas variables, ya que son mensajes no verbales. Sin embargo, algunos cambios, por ejemplo en el tono o intensidad de la voz, permiten identificar si el consultante se encuentra deprimido, ansioso o agresivo, así como también si está motivado o interesado en colaborar.

2.7. Algunas Estrategias de Emergencia

El consejero telefónico siempre estará expuesto a eventuales llamadas que están caracterizadas por pedidos de apoyo inmediato y de urgencias, donde en primera instancia, tendremos que dar pautas en técnicas de autocontrol (**Davis et al, 1985; Perkinson, 1997**), como también de algunas técnicas cognitivas para el manejo del stress (**Mc Kay, 1986**), y en comportamientos caracterizados por agresividad (**Weisenger, 1988**), toda vez que si no logramos atenuar el esquema emocional en crisis del consultante no podremos analizar la demanda ni mucho menos podremos asesorar, aconsejar o dar pautas.

Es en este sentido que las técnicas de autocontrol emocional son valiosas. Entre otras, podemos utilizar las siguientes:

2.7.1. Ejercicios de respiración.

Dentro de los parámetros de la intervención en crisis, no sólo a través del teléfono, una de las estrategias que se puede utilizar para controlar los niveles elevados de angustia, ansiedad y estrés, son los ejercicios de respiración (**Davis et al, 1985**), toda vez que existe una correlación directa entre los estados emocionales -como por ejemplo los descritos arriba- y el déficit de autocontrol emocional.

Es en este sentido que controlar, en primera instancia, la respiración del consultante, que incluso guarda relación con el ritmo cardíaco, será un primer objetivo a trabajar.

Así, las pautas que se le pueden dar son:

Ejemplo.

Consejero:

«Puedo entender que su desesperación es grande y en buena cuenta comprensible. Quiero que sepa que me resulta no muy fácil escucharlo así como entenderlo en el estado que se encuentra. Sin embargo, si Ud. pudiera tranquilizarse lo comprendería mejor y, por lo tanto, lo ayudaría más efectivamente (... pausa). Para lograr ello, le sugiero: respire hondo y más despacio, así... (el consejero comienza a respirar lentamente).

Consejero:

«A continuación respire Ud. por las fosas nasales. Retenga el aire por unos segundos. Ahora, exhale o bote el aire por la boca». (Así sucesivamente).

El ejercicio deberá seguir hasta que sea evidente que el consultante logre un estado más o menos estable para comenzar a intervenir en un sentido estricto de la palabra.

A todo ello se puede añadir, dependiendo del caso, el intento de un manejo estratégico cercano a la sensibilización encubierta (**Cautela, y Upper, 1983**), a través, por ejemplo, de las repeticiones simultáneas de frases positivas, como:

Consejero:

«Veo que se va sintiendo bien; todo está bajo su control; Ud. puede hacerlo; se da cuenta que las emociones pueden ser controladas (etc).»

La idea es que las pautas de respiración sumadas a la repetición de frases que apunten a superar la crisis, ayudarán a propiciar un clima favorable en el análisis de la demanda y, sobre todo, calmará al demandante de ayuda.

2.7.2. Relajación.

Otra de las técnicas que se ha empleado en la intervención en crisis es la relajación (**Davis et al, 1985; Cautela y Graden, 1986; Thombs, 1999; Perkinson, 1997**). Sin embargo, ello tiene algunas limitaciones ya que se requiere del ensamblaje de un clima bastante propicio, así como de cierta comodidad para llevarlo a cabo; es decir la técnica va más allá de la escucha.

Hay que tener en cuenta que aquí tendremos que trabajar con los músculos del sujeto en crisis a quien no visualizamos, por lo tanto no podremos controlar las principales variables que entran en juego en esta estrategia.

Sin embargo, se podría seguir el siguiente modelo:

Consejero:

«Ahora que notó que su respiración está más tranquila, pienso que relajarse lo ayudará aún más».

«¿Sabe Ud. relajarse? No. No se preocupe. Trataré de darle algunas pautas básicas».

2.7.3. Auto Instrucción y Control Coverante.

Ambas técnicas apuntan de una u otra forma a que el consultante se sensibilice y comprenda que puede llegar a aprender eventualmente algunas habilidades de afrontamiento ante situaciones de crisis (**Goldfried y Davison, 1981, Meichenbaum y Turk, 1976**).

Se trata de una estrategia que sustenta que el cuestionamiento y el diálogo interno de la persona a través de ideas y pensamientos negativos y catastróficos (es decir lo que la persona se dice a sí misma. Por ejemplo: «no puedo dejar de consumir drogas»), suelen ser componentes que generan angustia, cólera, ansiedad y stress. Vale decir, comprenden la estructura de la crisis.

En tal sentido, el objetivo fundamental es que el consultante emita argumentos o frases contra el consumo, que logre internalizarlas; y que las mismas puedan convertirse en herramientas para situaciones de alto riesgo.

De esta manera se busca específicamente disminuir los estados emocionales enunciados (Cautela y Upper, 1993).

2.7.4 Red de Apoyo Familiar y Social.

En la intervención en crisis también tendremos que considerar la participación del grupo de convivencia o familia del demandante.

En efecto, si bien el abordaje girará en torno a la crisis, el indagar encubiertamente o subrepticamente con quienes se encuentra en ese momento, puede servirnos para contener la crisis. Asimismo, la eventual participación de la persona más cercana -dentro del esquema de la intervención- puede ser aún más contundente en la elaboración de los diques de contención para evitar el desborde de la crisis (CEDRO: Rojas, 1995).

2.8. El consejero Ttelefónico: Rasgos y Características.

Siguiendo a Barreto (1981), Slaikeu (1988), Pérez (1991) y CEDRO: Rojas (1995), se puede sugerir que existe un conjunto indeterminado de características personales, de comportamientos y de conocimientos, que deberán reunir los que desean incursionar en este servicio. Entre ellos mencionamos:

2.8.1 Participación Activa.

El consejero no será un agente pasivo ni pretenderá ser una «gran oreja»; más bien apoyará al consultante a través de frases e intervenciones puntuales que ayuden a la aclaración del problema o queja. Implica también el lograr comprenderlo y el que el consultante se sienta comprendido.

Dicho con otras palabras, la búsqueda de la empatía, mediante la comprensión, es clave; ello suele lograrse trabajando el intento de imaginarnos la situación problema que viene atravesando el sujeto. Por cierto, esto guarda estrecha relación con el aprendizaje gradual del cómo hablar, qué decir, cómo hacerlo y cuándo decirlo.

Esta información debe tener el objetivo claro de recolectar datos básicos, corroborar y tratar de mantener un canal fluido de comunicación verbal y no verbal.

2.8.2. Disponibilidad.

El consejero telefónico ofrecerá al consultante el tiempo que sea necesario. El establecer parámetros de tiempo en este servicio no es posible, ya que en ciertos casos una llamada puede durar 2 ó 3 minutos, en otros 40 minutos o excepcionalmente de 1 ó 2 horas, ya que puede tratarse de un caso, por ejemplo, de intento de suicidio.

2.8.3. Concentración.

Por un lado, es necesario que el recinto o cabina donde trabaja el consejero cumpla con requisitos de privacidad, limpieza y silencio, ya que tendrá que aislar las variables extrañas, como ruidos, voces altas, etc. De otro lado, la capacidad de atención del orientador se dirigirá a mantener la conducción emocional de la entrevista.

2.8.4. Recursos y Condiciones.

Quienes tienen mayor posibilidad de tener recursos y condiciones para el trabajo de consejería telefónica son los profesionales de la salud y del área social (médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, enfermeras, sacerdotes, educadores, etc.)

Sin embargo, sería un error descartar aquellas personas que no son profesionales, ya que entrenadas y evaluadas previamente, pueden llegar a desempeñar cabalmente esta función.

Ahora bien, la práctica clínica es un buen elemento para laborar en el rubro. No es suficiente la buena voluntad o sentido común para estar habilitado; lo óptimo es tener base o formación en terapia y/o consejería psicológica, manejo de psicopatología, conocimiento cabal de la realidad nacional. De hecho, éstas no son las únicas condiciones o recursos para obtener luz verde en el trabajo de consejería telefónica.

2.9. Principales Habilidades.

Para CEDRO: Rojas (1995), es importante considerar las siguientes:

2.9.1. El Silencio.

Hay que prestar mucha atención al papel que juega el silencio en el consultante, aunque por cierto, también como una estrategia en el consejero.

En efecto, el silencio no implica una posición meramente pasiva frente a la demanda, ya que se trata de un medio para lograr empatía y, sobre todo, brindarle un espacio a la persona que está en el otro lado de la línea para que pueda expresarse libre y cómodamente. El silencio es indicador de atención y expectativa.

2.9.2. El Contacto Psicológico.

Tiene varios objetivos. El primordial, que el consultante en crisis se sienta escuchado, aceptado, apoyado y comprendido. Estos elementos van a contribuir a atenuar y reducir la intensidad de las crisis.

Así, el contacto psicológico servirá para aminorar el dolor de estar solo a lo largo de la crisis, aunque en realidad conduce a algo más que eso: al reconocimiento de sentimientos de tensión, cólera, angustia, daño, etc., y de esta manera reducir la intensidad emocional y, eventualmente retomar el autocontrol.

2.9.3. El Reflejo.

Aquí se trata de comprender, mostrar y devolver las emociones, sentimientos y actitudes que el consejero percibe en el consultante.

El reflejo ayuda al consultante a identificar sus sentimientos y actitudes y hace que focalice su atención en ellos permitiendo que los haga más conscientes.

Ejemplo(1):

Consultante:

«El hecho de haberme enterado que mi esposo tiene una relación extramatrimonial con otra mujer me ha dejado muy mal... no sé qué hacer... siento que todo se acabó...».

Consejero:

«Puedo entender que usted está angustiada y le embarga una impotencia frente a este hecho lamentable».

Ejemplo(2):

Consultante:

«Sabe usted que siempre he pensado que soy bueno para nada, incapaz de solucionar problemas, tengo que pedir ayuda a alguien como ahora...».

Consejero:

«Me parece que usted siempre se ha sentido inseguro de sus actos, no es consciente de sus propios recursos, ello le hace pensar que usted es incapaz de solucionar problemas cuando está en capacidad de hacerlo...».

2.9.4. Clarificación.

Se trata de organizar la información vertida por el consultante a modo de resumen, ya que de esa manera se logrará comprensión tanto para el consejero como para el demandante de ayuda. Es una estrategia cuyo objetivo es que el consultante se entere de lo que dijo, y corrobore la exactitud de sus datos.

2.9.5. La Repetición.

Es estratégico repetir oportunamente las palabras o frases más relevantes que ha empleado el consultante.

Viene a ser el «ECO» de lo que está diciendo el demandante de ayuda, lo cual le permitirá sentirse comprendido.

Ejemplo:

Consultante:

«El hecho que, por vez primera, mi hija de 17 años no haya llegado a dormir me tiene angustiada, muy desesperada...».

Consejero:

«Es decir, Ud. se encuentra desesperada...»; «Se siente Ud. angustiada e impotente...».

Consultante:

«Sí, he pensado ir a la policía...».

Consejero:

«Me parece bien que Ud. piense en buscar seguridad, y que se haya planteado ya alguna alternativa de solución...».

2.9.6. El Parafraseo.

Guarda cierta relación con la repetición. No obstante, la diferencia radica en retener los elementos esenciales del contenido del discurso a modo de resumen o frase corta y devolvérselo al consultante. Se trata de hacer un replanteo del contenido más importante, lo cual, también, ayuda al sujeto a ubicarse mejor dentro de su problema.

Ejemplo:

Consultante:

«Mire, he bajado mi rendimiento en el trabajo, peleo constantemente con mi esposa, he bajado de peso más o menos unos 4 kilos, siento que me falta voluntad. He llegado a mentir frecuentemente. Creo que el consumo de pasta tiene mucho que ver en todo esto...».

Consejero:

«...Puedo comprender que el consumo de PBC está repercutiendo en su familia, salud, conducta y trabajo...»

2.9.7. El Asentir.

Se expresa mediante expresiones cortas a través de las cuales se busca empatía. Al seguir la demanda con frases como: «Humm...», «Ajá...», «Bien...», «Siga...», etc., estamos comunicando al consultante que lo estamos escuchando con mucha atención y que su información está siendo valorada.

2.9.8. Pregunta Abierta.

A través de las preguntas abiertas se busca ampliar la información que ayudará a tener una idea más clara del caso. Ello entra en ventaja respecto de aquellas con alternativas de respuestas cerradas (Sí / No).

Ejemplo:

Consultante:

«Toda mi familia está muy preocupada por la conducta de mi hija...».

Consejero:

«Dígame, ¿cómo es el comportamiento de su hija?».

2.9.9. La Confrontación.

Consiste en tratar de dar una respuesta más o menos contundente frente a las eventuales contradicciones que da el consultante; ello se puede dar a raíz de la información, aparente comportamiento, sentimientos, etc., que nos da el sujeto, los cuales requieren confrontación para encuadrar adecuadamente tanto al consejero como al demandante.

Ejemplo:

Consultante:

«La situación en mi casa, como se habrá dado cuenta, es insostenible. El servicio que me sugiere como alternativa ¿Cree usted que me ayudará?».

Consejero:

«Mire, Ud. plantea que la relación con su familia es crítica y, por lo tanto, necesita ayuda; sin embargo, cuando se le plantea una alternativa, Ud. no quiere comprometerse...».

2.10. Caracterización de Algunas Llamadas.

Por lo general, las llamadas presentan un cierto patrón. Otras, por sus peculiaridades, requieren una intervención especial. Así se podrá hablar de:

2.10.1. El Verborreico o el que no Para de Hablar.

Estas llamadas que son usuales, están caracterizadas por una demanda donde hay varios núcleos de conflicto. Es decir, el consultante, de una manera desordenada, plantea varios supuestos problemas. El lenguaje tanto en intensidad como en contenido, suele ser sin sentido («habla por hablar»).

En la práctica, se tendrá que asumir una actitud de comprensión, así como de escucha dentro de los parámetros donde tengamos el control. También resulta útil el evitar los comentarios y alusiones ya que eso facilitaría y reforzaría la ampliación de los mensajes del interlocutor. Igualmente, el manejo del silencio es importante, para que el consultante se dé cuenta de su ubicación en el contexto.

En algunos casos se tendrá que optar por aprovechar algún silencio para cortar la llamada, obviamente dentro de la cortesía.

2.10.2. El que Llama para Pasar el Tiempo, por Broma, etc.

Con cierta frecuencia se encuentran este tipo de llamadas que resultan bastante incómodas, ya que lo que busca el interlocutor es poner en ridículo al consejero y al servicio.

Estas llamadas se caracterizan por la reiterada insistencia de las mismas personas, a veces empleando palabras soeces e insultando al consejero, en otras presentando distintos supuestos problemas. Obviamente que manejar estas llamadas no es fácil.

Sin embargo, una alternativa puede ser el explicar enérgicamente las características del servicio y que en esos momentos otra persona que sí realmente necesita ayuda puede estar llamando y encontrando la línea bloqueada.

En el caso de llamadas de niños o púberes dentro de este contexto, suele funcionar el advertirles que el número desde donde están llamando puede ser localizado.

2.10.3. El Irritado o Agresivo.

Algunas veces el servicio puede servir para que el consultante haga un descargo de su ira o rabia, convirtiéndose el consejero en el blanco de éstas. En estos casos el tratar de mantener el autocontrol emocional dentro de los parámetros de la comprensión y de asumir que no vamos a poder alcanzarle una ayuda efectiva, es lo principal.

Ello, a veces, suele contribuir a que esta actitud -de escucha activa- pueda hacer reaccionar al interlocutor y, eventualmente, hacer que se ubique mejor en el pedido de ayuda o en la interrupción de la llamada.

2.11. Consejería y Sesiones Motivacionales en Consumidores de Drogas. La Experiencia del Servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO.

2.11.1. Consejería

Viene a ser la intervención psicoterapéutica dirigida a generar un cambio de actitud y motivación frente a determinado problema que aqueja al consultante. Ese eventual cambio le permitirá al sujeto mejorar su calidad de vida, redundando ello en su satisfacción personal dado que experimentará una reducción del estrés y la crisis.

2.11.2. Consejería en Dependencia a Drogas.

El modelo que a continuación se describirá tiene como base las propuestas de consejería descritas por el NIDA: Mercer y Woody (1999). El marco referencial está dado por la consejería individual de tipo ambulatorio.

Las sesiones de consejería se pueden desarrollar como un preámbulo al tratamiento o, como un componente dentro de un programa sistemático.

En lo que se refiere a la intervención -es el caso de «Lugar de Escucha de CEDRO»- ésta va impresa de la filosofía Humanista, el respaldo del modelo de enfermedad y del enfoque terapéutico cognitivo.

Ahora bien, asumimos la consejería en dependencia a sustancias como un espacio donde se da la interacción consejero-consultante, donde se escucha, se analiza la demanda, se proporciona alternativas, y se trata de reducir la resistencia e inducir al consultante hacia el cambio de actitud respecto al consumo de sustancias. Del mismo modo, se puede explorar los mecanismos cognitivos involucrados con el mantenimiento del consumo. Otro de los objetivos primordiales es buscar la interrupción del consumo (Miller y Rollnick, 1991, 1999; NIDA: Washton, 2001; NIDA: Mercer y Woody, 1999; SAMHSA: Levin et al, 1999; Bellak, 1993).

2.11.3. La Motivación como un Estado.

De acuerdo con **Miller y Rollnick (1999)**, la motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo que una persona lleva consigo cuando cruza la puerta de salida de la consulta del terapeuta, más bien la motivación es un «estado» de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro.

Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. Es una modalidad de ayuda para consumidores, abusadores y adictos para que reconozcan y gradualmente asuman la responsabilidad de su recuperación. Resulta útil para trabajar la reticencia y la ambivalencia hacia el cambio (**NIDA: Washton, 2001; NIDA: Mercer y Woody, 1999; Miller y Rollnick, 1991, 1999; Bellak, 1993**).

Al respecto, el modelo propuesto por James Prochaska y Carlo DiClemente resulta bastante útil para ensayar un acercamiento al cómo se produce el cambio.

Los autores mencionados hacen una lectura del cómo y por qué cambian las personas, proponiendo que las personas pueden cambiar por sí mismas, como también lo pueden hacer a través de la ayuda externa o terapéutica.

Es decir, ya sea dentro o fuera de un escenario terapéutico, las personas pasarían por fases similares y emplear procesos de cambio también similares.

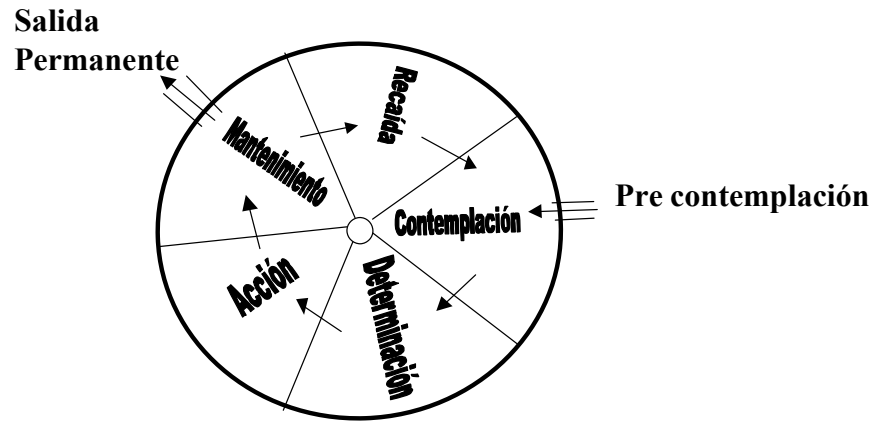
Para este enfoque la motivación viene a ser el estado presente de un sujeto o la etapa de preparación para el cambio. Así, vendría a ser un estado interno influido por varios factores externos.

Prochaska y DiClemente (1984) describieron algunas etapas por las que transita un sujeto con conducta adictiva al tabaco en el proceso de cambio de la mencionada conducta.

En efecto, es a partir del modelo propuesto que se describe la dinámica de la intención de cambio en la denominada “Rueda del Cambio” (Ver Figura No. 1).

Figura No. 1

«La Rueda del Cambio»



Las seis etapas del cambio de J.O. Prochaska y C.C. DiClemente
Fuente: Miller y Rollnick (1999)

En el presente análisis asumimos la rueda de cinco partes de la Figura No 1, con la sexta etapa denominada precontemplación, situada fuera de la rueda.

Siguiendo a **Miller y Rollnick (1999)**, consideramos que la rueda es un fenómeno dinámico y cambiante, lo cual permite describir con claridad el hecho que en cualquier proceso de cambio conductual, el sujeto gira no pocas veces dentro del mecanismo aludido antes de alcanzar determinado cambio.

Esto se sustenta en las investigaciones previas que desarrollaron Prochaska y DiClemente en muestras de adictos y adictas de tabaco, observando que éstos giraban en la rueda entre tres y siete veces, con una media de cuatro veces antes de abandonar el fumado del tabaco en tiempos indeterminados.

Resulta igualmente útil lo referido a la recaída en el sentido que la consideran como un acontecimiento normal –al igual que **Marlatt (1982)**—o un estado más del cambio, situación al que indudablemente no se debe alentar sin duda.

Un argumento sólido para sustentar ello es la realidad clínica de la dependencia a sustancias. Si se considera este hecho se estará evitando que los pacientes se desmotiven cuando se produzca la recaída.

Por otro lado, el modelo también considera que dependiendo de las etapas previas a la preparación para el cambio, el consejero o terapeuta deberá emplear diferentes estrategias con el paciente, dependiendo del estadio de cambio en el que éste se encuentre el sujeto.

En este contexto terapéutico, se requieren diferentes habilidades y estrategias de “enganche” con el proceso. Así, en la práctica se observa que –por ejemplo— el

encuadre de abordaje con sujetos que se encuentran en la fase de contemplación deberá de ser distinto con relación a la intervención con un sujeto que se inscribe en la fase de acción.

Para **Miller y Rollnick (1999)**, los problemas que genera la falta de motivación para interrumpir el consumo de sustancias, así como la conocida marcada resistencia para experimentar cambios, pueden surgir cuando el consejero o terapeuta está utilizando tácticas o estrategias inadecuadas para la fase o estadio real en el proceso de cambio en la que se sitúa el paciente.

Ahora bien, la puerta de ingreso del proceso de cambio es la Pre Contemplación, punto que se ubica fuera de la rueda presentada en la Figura No. 1. Así, antes del primer ingreso a la rueda, el sujeto no considera tener un problema, menos aún la necesidad de introducir cambios en su vida.

En todo caso, resulta esperado que los sujetos en esta fase difícilmente acudan a solicitar algún tipo de ayuda, o puede ocurrir que lo hagan bajo coacción o por “ganancia secundaria”, vale decir para obtener beneficios.

Tácticamente es importante trabajar inducción, motivación y básicamente terapia informativa y feedback, con el objeto de generar conciencia del problema y una actitud de cambio.

Ahora bien, en la medida que se genere cierto nivel de conciencia del hecho adictivo, la persona entra a una fase de ambivalencia, es decir el estadio de la Contemplación.

El sujeto contemplador considera pero a la vez rechaza el cambio (“sí quiero, pero no puedo”). Para **Prochaska y DiClemente (1984)** se trata de una etapa del cambio normal y atípico. En ocasiones puede darnos la impresión de rasgos anormales o psicopatológicos de la personalidad o, de los denominados mecanismos de defensa.

La persona contempladora presenta un comportamiento caracterizado por la ambivalencia y la oscilación de sus razones para cambiar y las razones para continuar con la conducta problemática.

En este marco el sujeto contemplador de hecho puede manifestar ciertas preocupaciones en torno al problema o, presentará una falta de preocupación; motivaciones para cambiar como para continuar sin cambiar. Tácticamente la tarea del consejero o terapeuta, puede girar en torno a que la balanza se incline a favor del cambio.

Dentro de las tipologías de los consultantes consumidores de drogas existe un grupo de sujetos que se encuentran en la fase de contemplación. En este caso el trabajo de inducción, interacción opuesta a incrementar la decisión del abandono del consumo.

Considerando la figura de la balanza (Ver la Figura No.2), cuando ésta se inclina a favor del cambio, el sujeto esgrimirá argumentos y comentarios que reflejarán un buen grado de motivación para el cambio.

Figura No. 2
Balance Motivacional

En el siguiente estudio, vale decir de determinación, el sujeto puede presentar los siguientes argumentos: Estoy dispuesto hacer lo que sea para cambiar. Sé que tengo que hacer algo para resolver este problema. Estoy dispuesto a aceptar lo que usted disponga con tal de salir de este problema, etc.

En este estadio de determinación, la tarea del terapeuta ya no será la motivación, más bien el de aconsejarle la alternativa terapéutica más conveniente en función a su realidad clínica.

Para muchos la fase de la acción representa el ingreso a la consejería o a la terapia. A diferencia de los estadios revisados hasta aquí, el sujeto se compromete consigo mismo y con las acciones que lo llevarán al cambio. El objetivo central es el producir un cambio en el problema que se desea resolver.

Sin embargo, la situación actitudinal del sujeto en esta fase no garantiza de ningún modo que el cambio se mantenga estable, dado que como toda conducta humana el cambio está sujeto a retrocesos. En el caso de las drogas comprende las recaídas en el consumo.

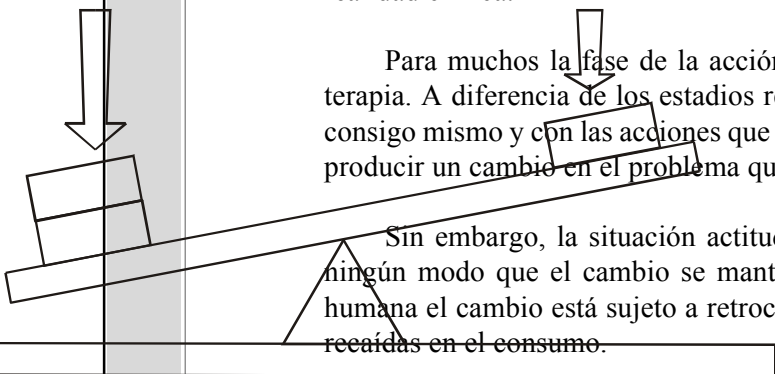
El estadio de Mantenimiento consiste en el reto de mantener el cambio logrado en la etapa anterior. Por otro lado, prevención de la recaída adquiere enorme importancia. Mantener un cambio va a requerir seguramente de un cambio actitudinal, la valoración y cuestionamiento de la persona.

De producirse la Recaída, el sujeto tendrá que ingresar nuevamente a la rueda antes que permanecer inmóvil en la etapa de recaída. El retroceso o recaída es esperado y normal cuando un sujeto intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración como es el caso del consumo de drogas.

Tácticamente, el consejero o terapeuta tendrá como tarea evitar que el paciente se desmoralice y abandone el proceso de tratamiento. También es importante renovar

Costos de statu quo
 Beneficios del cambio

Costos del cambio
 Beneficios de statu quo



Contemplación: balance costos-beneficios

la Determinación y reforzar lo alcanzado.

CONSEJERÍA	PSICOTERAPIA
Los objetivos son de corto plazo.	Objetivos a corto y largo plazo.
Centrado en el presente.	Centrado en el pasado y presente.
Meta: "Enganche" con el programa.	Meta: Buscar abstinencia e incorporación a programa de tratamiento.
Intervención: Inducción, motivación, evaluación y diagnóstico.	Intervención: Reestructuración, Proyecto de vida, Tratamiento nuclear.
Inicio de la aceptación del hecho adictivo y motivación de cambio.	Afianzamiento de la motivación de cambio.
Derivación.	Esquema de intervención: Terapia profunda.
Esquema de intervención: Terapia breve.	Alternativa de tratamiento en conductas adictivas.
Alternativa para consumidores no patológicos, adolescentes.	Terapia familiar.
Consejería familiar.	

DIFERENCIAS ENTRE CONSEJERÍA Y PSICOTERAPIA

2.11.4. Condiciones Básicas para el Cambio.

Carl Rogers, afirmaba que son tres los elementos para generar una atmósfera favorable para el cambio:

- Empatía, «capacidad de escucha» (no-identificación con el consultante).
- Calidez.
- Autenticidad.
- Otras condiciones.
- Los consultantes son capaces de analizar sus experiencias.
- Capaces de encontrar soluciones para sus propios problemas.
- El rol del terapeuta, no es determinante a la hora de proporcionar soluciones, sugerencias o formas de análisis.

2.11.5. La Entrevista Motivacional.

Es una forma de ayudar a aquellas personas con diversas conductas adictivas, las mismas que demandan atención y ayuda. El objetivo central es que estas personas reconozcan y se ocupen de su comportamiento adictivo (**NIDA: Washton, 2001; NIDA: Sipe, 2001; Miller y Rollnick, 1999**).

Esta modalidad de atención resulta particularmente útil en aquellos que son reacios o reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante al cambio (**NIDA; Washton, 2001; NIDA: Hoffman, 2001; NIDA: Mercer y Woody, 1999; Miller y Rollnick, 1999**).

Estas sesiones intentan ayudar a resolver justamente la marcada ambivalencia del demandante de ayuda, en particular con comportamientos adictivos; se trata de un proceso gradual donde el sujeto con ayuda del consejero, va trabajando y desactivando determinados mecanismos cognitivos de autoengaño y racionalización que lo han entrampado en su proceso vital.

Para muchos demandantes, este proceso va a ser determinante; dado que al desbloquearse, dejan la inmovilidad de los conflictos motivacionales y actitudinales, y recuperan sus habilidades y recursos que necesitan para lograr un cambio permanente. Para **Miller y Rollnick (1999)**, muchos necesitan ese «empujón» relativamente corto en su motivación.

Para otros, las primeras entrevistas significan crear un campo favorable para la instalación del tratamiento, ello a través de sensibilizar y motivar al demandante; muchos de ellos son escépticos a las sesiones motivacionales.

Técnicamente, en las sesiones de motivación el terapeuta o consejero no asume un rol autoritario o de juez. Se evita el mensaje «yo soy el experto y voy a decirle qué es lo que usted necesita para que le funcione bien su vida....».

La responsabilidad del cambio se deja en las manos del consultante, que es donde pensamos debería de estar. El consultante siempre es libre de aceptar o no el consejo o prescripción; ello indudablemente no equivale a decir que el terapeuta adolezca de autoridad, dado que hay estudios que han demostrado la fuerte influencia del consejero sobre el hecho de si sus consultantes cambiarán o no.

2.11.6. Principios de la Entrevista Motivacional:

- El o la terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio.
- El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del consultante, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera.
- Cuando el enfoque es aplicado adecuadamente, el consultante presentará las razones para cambiar, y no el terapeuta.
- La terapia motivacional emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el cliente (**C. Rogers**) y otras de la terapia cognitiva (**A. Ellis; A. Beck**).

2.11.7. Estrategias de la Entrevista Motivacional.

En cuanto a las estrategias de las sesiones motivacionales, estas son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión (**Miller y Rollnick, 1999; NIDA: Hoffman, 2001; NIDA: Mercer y Woody, 1999; SAMHSA: Levin, Sullivan y Fleming, 1999**).

Los principios básicos de las estrategias son:

A. Expresar una Empatía.

- La aceptación facilita el cambio.
- Una escucha reflexiva adecuada es fundamental

B. Crear una Discrepancia.

- Tomar conciencia de las consecuencias es importante.
- Una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más importantes que se quieren conseguir motivará al cambio.
- El consultante debe presentar sus propias razones para cambiar.

C. Evitar la Discusión.

- La entrevista motivacional no es confrontativa.
- Las discusiones son contraproducentes.
- No es necesario utilizar etiquetas.

D. Darle un Giro a la Resistencia.

- La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizado.
- Defender un argumento suele reforzar la resistencia.
- La entrevista motivacional no es un combate; no se trata de ganar o perder. El consultante no es un oponente al que se deba vencer.
- Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.
- El consultante es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas.

2.11.8. Fomentar la Autoeficacia.

AUTOEFICACIA: Se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica.

La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio (**A. Bandura; C. Rogers y Newborn; S. Shazer**) y un predictor de los resultados de los tratamientos y las conductas adictivas (**DiClemente, 1981; DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985**).

Los terapeutas han reconocido durante largo tiempo que la esperanza y la fe son elementos importantes a la hora de cambiar (**Shapiro, 1971; Miller, 1985**).

Las propias expectativas del terapeuta sobre las posibilidades que tiene el consultante de recuperarse, podrán tener un impacto poderoso sobre los resultados.

Un eje importante de la entrevista motivacional, es el aumentar las percepciones de los consultantes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (**Miller, 1985**).

2.11.9. Escenario General

Estos cinco principios generales son la base de las estrategias específicas de la entrevista motivacional.

Estos principios dan cuenta de una filosofía más general que está detrás de la entrevista motivacional.

Asumimos que cada persona guarda un potencial interno capaz de generar un cambio.

La tarea del terapeuta es hacer salir dicho potencial. Es decir, facilitar los procesos naturales de cambio que existen de forma inherente en todo ser humano.

2.11.10. ¿Quiénes Pueden ser Consejeros en Adicciones?

En primera instancia, es necesario combatir algunas ideas:

1. Creer que basta ser psicólogo, médico o, ex-consumidor de drogas (en rehabilitación).
2. El haber sufrido la experiencia de ser adicto y de haber experimentado un tratamiento con cierto éxito (es decir interrupción del consumo), los habilita crear centros.
3. Frecuentemente se piensa que -ya sea como causa o como consecuencia del consumo mismo, o por ambas cosas- «TODOS» presentan actitudes y comportamientos que pueden ser lesivos: agresividad, arbitrariedad, soberbia, hasta comportamientos antisociales. Sin embargo, también es cierto que no pocos presentan este patrón comportamental.

En cuanto al perfil:

- Capacitación constante.
- No basta la «buena voluntad», como no basta la técnica.
- Sensibilidad.
- «Capacidad de Escucha».
- Renuncia a la necesidad personal de «resolverle los problemas a los demás».
- Supervisión.
- Manejo sólido de psicopatología y aspectos clínicos de las conductas adictivas.
- Conocimiento y manejo del código de ética.
- Apertura al trabajo trans-disciplinario.

REFERENCIAS

BARRETO, A. (1991). El consejero telefónico. Algunos fundamentos teóricos y técnicos para brindar apoyo y orientación. Ed. Compañero de las Américas-Universidad de los Andes, Bogotá.

BELLAK, L. (1993). Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de Urgencia. Ed. Manual Moderno, México, D.F.

CAUTELA, J. y UPPER, D. (1983). Condicionamiento, Bilbao, DDB.

CEDRO: ROJAS, V. M. (1995). Manual de Consejería Telefónica. Primera Edición. Cedro, 96 pp.

- DAVIS, M.; MATTHEW, Mc. Y ESHELMAN, E. (1985).** Técnicas de autocontrol emocional. Ed. Martinez Roca, Barcelona.
- DiCLEMENTE, C. C. (1981).** Self efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive therapy and Research*, No.5, pp. 175-187.
- DiCLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. and GILBERTINI, M. (1983).** Self-efficacy and the stages of self-change in smoking. *Cognitive Therapy and Research*, No. 9, pp. 181-200
- BECK, A. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F. y LIESE, B. S. (1999).** Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós Ed. Barcelona
- ELLIS, A. and BLAU, Sh. (1998).** Using rational emotive behavior therapy. Citadel Press Book. Published by Carol Publishing Group.
- GOLDFRIED, M. R. y DAVISON, G. C. (1981).** Técnicas terapéuticas conductistas. Paidós, Ed. Buenos Aires.
- MARLATT, G. A. (1982).** Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behavior. In: R. B. Stuart (Comps.), *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. New York, Brunner/Mazel, pp. 329-378.
- MEICHENBAUM, D. and TURK, D. (1976).** The cognitive-behavioral management of anxiety, anger and pain. In: Park O. Davison. *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. Brunner/Mazel Publishers.
- MILLER, W. R. (1985).** Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. In: *Psychological Bulletin*, No. 98, pp. 84-107
- MILLER, W. R. y ROLLNICK, S. (1999).** La entrevista motivacional, Paidós Ed. Barcelona. 248 pp.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA): Hoffman, J. A.; Jones, B.; Caudill, B. D.; Mayo, D. W. and Mack, K. A. (2001).** *Approaches To Drug Abuse Counseling. The Living in Balance Counseling Approach.*
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA): Mercer, D. G. and Woody, G. E. (1999).** *Therapy manuals for drug addiction 3: An individual drug counseling approach to treat cocaine addiction. The Collaborative Cocaine Treatment Study Model.* University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA): Sipe, F. (2001).** *Approaches To Drug Abuse Counseling. A Counseling Approach*
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA): Washton, A. M. (2001).** *Approaches To Drug Abuse Counseling. A Psychotherapeutic and Skills-Training of Drug Addiction.* The Washton Institute.
- PÉREZ, A. (1991).** La psicoterapia de consumidores de SPA: Estrategias y posiciones teóricas. En: A. Pérez (Ed.) *Programa la Casa: Atención a la comunidad en las áreas de drogadicción, SIDA y suicidio*. Universidad de los Andes, Bogotá.
- PERKINSON, R. R. (1997).** *Chemical dependency counseling. A practical guide.* SAGE Publications.
- PROCHASKA, J. O. and DiCLEMENTE, C. C. (1984).** *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change, psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, No. 19, pgs. 276-288

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA): Lewin, S. M.; Sullivan, E. y Fleming, M. (1999). Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Rockville, 30 pp.

SHAPIRO, A. K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In: A. E. Bergin and S. L. Garfield (Comps.). Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York, Wiley, pp. 439-473.

SLAIKEU, K. A. y LEFF-SIMON, Sh. (1988). Intervención en crisis por teléfono. En: K. A. SLAIKEU (Ed.). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Ed. El Manual Moderno, S. A., México, págs. 213-220.

THOMBS, D. L. (1999). Introduction to addictive behavior. Second Edition, The Guilford Press, New York.

WEISINGER, H. (1988). Técnicas para el control del comportamiento agresivo. Ed. Martínez Roca, Barcelona.



Capítulo 3.

Área de Trabajo N° 1

Abuso y Dependencia
de Sustancias Psicoactivas

Capítulo 3.

Área de Trabajo N° 1

Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas

3.1. Conceptos Clínicos Básicos.

3.1.1. Sustancias Psicoactivas (SPA).

Nombre que se ha propuesto para reemplazar términos confusos o ambiguos como «droga», «fármaco», «estupefaciente», y otros.

Se refiere a todas aquellas sustancias que ejercen una acción directa sobre el sistema nervioso central y que tienen la capacidad de modificar su dinámica, sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento, a la vez de alterar el campo de la conciencia y repercutir en el auto control del sujeto (**Thombs, 1999; Perkinson, 1997; Washton, 1995**).

3.1.2. Patrones de Consumo.

A. Consumo Experimental.

Es cuando la persona consume una droga o SPA por curiosidad o por moda en una o pocas ocasiones, interrumpiendo su consumo.

B. Consumo Social u Ocasional.

Viene a ser una forma de comportamiento humano que aún está en consonancia con el bienestar externo e intrapsíquico. Vale decir que todavía hay un ejercicio del autocontrol respecto al uso de la droga y aún no se ha instalado la enfermedad.

C. Abuso.

A diferencia de los criterios para la dependencia de SPA, los criterios para el abuso no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni un patrón de uso compulsivo y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido (véase criterios clínicos).

D. Dependencia.

Entendemos por dependencia o adicción al uso de SPAs, de forma crónica, compulsiva e incontrolable. Por lo tanto, dicha conducta repercute en el autocontrol. En el análisis clínico, se encuentran efectos en la esfera psíquica y orgánica del usuario (véase criterios clínicos en la dependencia).

El concepto dependencia aún se relaciona con conceptos que resultan ya clásicos, como es la dependencia física y psicológica; los mismos que en la actualidad son vistos como un todo, denominándose a ello Neuroadaptación (NIDA: Washton, 2001; Perkinson, 1997; Elster, 1999)

3.1.3. Compulsión.

Fenómeno que puede ser explicado como un mecanismo que lleva a necesitar reiteradamente de alguna modalidad de comportamiento (alimentarse, juegos de azar, trabajar, etc.); mas no solamente puede ocurrir con la compulsión por consumir alguna SPA. Se trata de una fuerza interna, vinculada con variables biológicas, psicológicas, fisiológicas, etc., que gradualmente se incrementa (Elster, 1999; Washton, 1995).

Esta -la compulsión- habitualmente lleva a cometer reiterativamente conductas particulares, las cuales, generalmente, conllevan al sujeto a graves enfermedades, problemas o crisis.

3.1.4. Síndrome.

Conjunto de síntomas y signos característicos de un estado o estados patológicos más o menos afines en vista a su agrupación y orientación diagnóstica.

3.1.5. Dependencia Psicológica - Dependencia Física.

Si bien son conceptos clásicos en el contexto de la adicción a SPAs, estos han sido reemplazados por el constructo Neuroadaptación o Neurosensibilización. Cabe recordar que la dependencia psicológica viene a ser un deseo incontrolable de carácter psicológico de consumo de la sustancia, el cual se calma al ingerirla.

De esta forma, la dependencia física está asociada al requerimiento por parte del organismo de la sustancia tóxica para lograr un funcionamiento adecuado.

3.1.6. Abstinencia y Tolerancia.

La abstinencia puede tener dos significados: cuando la palabra se emplea sola, se refiere al período durante el cual un usuario de SPA no las consume; y, cuando se la emplea acompañada del término «síndrome de», se refiere al conjunto de síntomas, signos y molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo.

Asi mismo, la tolerancia es una disminución de la respuesta que se obtiene por la ingestión de una SPA; esto implica que, para obtener un efecto deseado, es necesario incrementar progresivamente la dosis.

3.1.7. Neuroadaptación o Neurosensibilización

La introducción del término Neuroadaptación para reemplazar conceptos ya clásicos como el de dependencia psicológica y física, ha sido un aporte vital en la comprensión de la adicción a SPAs.

Así, para el NIDA: Washton, 2001; Mata, 1989; Kleber and Gawin, 1994; Washton, 1995, se trata de un fenómeno que se observa en individuos donde no se presenta el cuadro de dependencia tal como lo establecen los criterios básicos, pero hay razones para suponer la existencia de cambios y adaptaciones fisiológicas dependientes de la incorporación de sustancias. En este sentido, la neuroadaptación se explica como un continuo que engloba a los conceptos dependencia psicológica y física, más no representa procesos distintos.

Kleber y Gawin, 1984; NIDA: Washton, 2001; Washton, 1995; Perkinson, 1997; Castro de la Mata, 1989; Goodman y Gilman, 1996, al respecto, describen al mismo fenómeno sustentando que estaría caracterizado por la sintomatología post-cocaínica persistente en el consumo cronificado. Estos autores asumen que se da por ciertos cambios neuroendocrinos asociados a la privación por medio de pruebas de laboratorio (en animales) y por la facilitación de la abstinencia a través de intervenciones farmacológicas.

3.2. Criterios Clínicos en el Diagnóstico de la dependencia a SPA (incluye derivados de la cocaína y alcohol).

Los criterios clínicos de la dependencia a SPAs que a continuación se proponen, se apoyan en los del DSM-IV (1995). En el mismo se considera.

DEPENDENCIA.

A. Como mínimo debe cumplir con tres de los síntomas siguientes:

1. Frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.
2. Un deseo persistente, o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o cautelar el uso de la sustancia.
3. Una gran parte de tiempo se emplea en las actividades conducentes a conseguir la sustancia, hacer uso de ella o recuperarse de sus efectos.
4. Síntomas frecuentes de abstinencia o intoxicación cuando se espera que la persona satisfaga importantes requerimientos de rol laboral, escolar o doméstico, o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso.
5. Reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por causa del uso de la sustancia.
6. Uso continuado de la sustancia aún cuando la persona sabe que tiene un problema persistente o recurrente de índole social, psicológica o físico causado o exacerbado por el consumo.
7. Marcada tolerancia. Es decir, la necesidad de incrementar significativamente la cantidad de la sustancia con el fin de conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o efectos marcadamente disminuidos cuando continúa el uso de la misma cantidad.

B. Los síntomas han persistido por lo menos durante un mes, o se han reunido repetidamente a lo largo de períodos más largos.

ABUSO.

A. Un patrón mal-adaptativo de uso de la sustancia indicado al menos por uno de los siguientes síntomas:

1. Uso continuado de la sustancia pese a saber la persona que tiene un problema persistente o recurrente de índole social, psicológico o físico, causado o exacerbado por el uso.
2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales el consumo entraña peligros físicos.

B. Persistencia de los síntomas por lo menos durante un mes u ocurrencia repetida a lo largo de un período mayor.

C. El cuadro no alcanza a satisfacer los criterios de dependencia.

3.3. Abuso y Dependencia del Alcohol.

Para el **DSM IV (1995)**, la dependencia al alcohol se caracteriza por un grupo de síntomas conductuales, cognoscitivos y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

El diagnóstico de la dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias con excepción de la cafeína.

Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos potentes o incluso no pueden aparecer.

Para la **ASAM (1990)**, el alcoholismo es una enfermedad primaria caracterizada por la incapacidad de controlar la ingesta de bebidas alcohólicas, en forma continua o periódica y por la preocupación por el alcohol y su uso continuado a pesar de las consecuencias adversas, presentando distorsiones en el pensamiento como la negación y autoengaño.

En lo que respecta a la etiología del abuso y la dependencia al alcohol, **Madden (1986)** propone un enfoque que comprende tres segmentos:

El ambiente, comprenderían las influencias culturales que conviven con el individuo, sobre todo las referidas a los patrones de consumo de alcohol.

El suelo, relativo a la constitución propia del individuo; las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad estarían determinados por la herencia inicialmente, siendo moldeados por la infancia, por eventos subsecuentes a la concepción.

La semilla, abarcaría las características inherentes al alcohol, que determinan en qué medida pueden inducir al mal uso, abuso o adicción al alcohol.

3.3.1 Factores Ambientales.

La difusión continua y desmesurada de estímulos externos que refuerzan aún más la actitud permisiva y la aceptabilidad social del alcohol, vienen a ser factores importantes que, en la mayoría de los casos determinan los niveles de consumo, como también su accesibilidad.

3.3.2 Factores Constitucionales.

A. Herencia.

En el contexto de la dependencia a SPAs, el fenómeno del alcoholismo es el que ha sido estudiado con más intensidad. En este sentido los estudios desde la arista referida a la relación entre la herencia y la dependencia al alcohol, han demostrado que ciertas personas reaccionan favorablemente a corto plazo frente al alcohol, el cual los predispone fácilmente a la alcoholemia.

Si bien estos avances ayudaron significativamente en la comprensión del cuadro adictivo, estos adelantos de ningún modo son concluyentes; ya que una elevada frecuencia familiar o étnica de dependencia alcohólica no necesariamente implica un proceso genético subyacente.

Respecto a las secuelas somáticas que podrían encontrarse en grupos de alcohólicos, muchos atributos físicos que pueden tener base genética son susceptibles de alteraciones prenatales debidas a la ingestión de alcohol o al estilo de vida de la madre consumidora.

B. Características de la Personalidad

Existen numerosas investigaciones acerca de la personalidad de adictos al alcohol y otras SPAs. Muchos han intentado determinar de manera retrospectiva los aspectos psicológicos que influenciaron desde la niñez a quienes ahora son alcohólicos.

Sin embargo, es fácil comprender que existen muchas limitaciones para validar estos intentos de separar rasgos premórbidos del desarrollo psicológico que es consecutivo al abuso del alcohol. Otro aspecto que complica aún más el cuadro clínico, es el referido a la cantidad de alcohólicos que usan otras sustancias (**Perkinson, 1997**).

Desde el punto de vista psicológico, los adolescentes y jóvenes que abusan de alcohol y otras SPAs no necesariamente son neuróticos, pero poseen trastornos de la personalidad que quedan reflejados en el rendimiento escolar, laboral, así como en su eventual desajuste sexual y social.

Por otro lado, suele encontrarse a alcohólicos con elevada incidencia de alcoholismo en sus padres. Así mismo, se dan casos de familias desestructuradas, ya sea por separación o divorcio, que podrían condicionar en casos, la instalación de la enfermedad.

3.3.3 Consideraciones en Torno a la Farmacocinética y Efectos del Alcohol en el Organismo.

A. Concentración de Etanol en la Bebida.

Viene a ser la relación entre el volumen total de líquido y la cantidad de alcohol que ésta contiene. Así, existen diferentes concentraciones de alcohol en las bebidas. El alcohol absoluto, en los productos destilados, fluctúa entre 35 y 50%; en los fermentados, como el vino, entre 9 y 14%; en las cervezas es de aproximadamente 6%.

B. Proceso de Absorción del Alcohol Etilico.

Al absorberse el etanol, pasa inmediatamente a la circulación sanguínea, distribuyéndose al cerebro entre otros órganos. Su absorción puede reducirse si hay grasas en el estómago; es decir a mayor cantidad de alimentos más lento será su proceso.

La presencia de bióxido de carbono en las bebidas hace que el proceso metabólico entre el estómago y el intestino delgado se abra y se aumente su velocidad de absorción.

Otro aspecto que habría que añadir a este proceso es el estado mental del bebedor. A mayor deseo, los resultados que espera obtener se producirán más rápidamente.

Aquí es muy importante anotar que el cerebro es muy sensible a la acción del alcohol. Treinta segundos después de haberse ingerido el contenido de un vaso de alcohol ordinario, se presentan efectos en varias funciones normales de aquél, tales como el juicio, el razonamiento y el control muscular.

C. Efecto farmacológico del etanol.

El alcohol es una SPA potencialmente adictiva, depresora del sistema nervioso central. Ello tiene como correlato que mientras más alta sea la concentración de alcohol en sangre, mayor será el efecto negativo sobre el funcionamiento del organismo y en particular del cerebro.

3.3.4. Enfermedades más Comunes como Consecuencia del Abuso y la Dependencia del Alcohol.

A. Gastrointestinales:

Boca: caries, halitosis, entre otras. Faringe: faringitis aguda y crónica. Esófago: esofagitis aguda y crónica, várices esofágicas. Estómago y duodeno: gastritis, úlcera péptica. Páncreas: pancreatitis aguda. Hígado: infiltración grasa del hígado, hepatitis alcohólica y cirrosis.

B. Cardiovasculares:

Arritmias cardíacas, taquicardia ventricular, cardiomiopatía alcohólica, disminución del gasto cardíaco, falla del ventrículo izquierdo, síncope, etc.

C. *Respiratorios:*

Neumonitis por aspiración, neumonía, abscesos, cáncer bronquial, laringitis crónica, bronquitis crónica, tuberculosis y neumonía bacteriana lobular.

D. *Metabolismo de la aldosterona.*

Se produce retención de sodio, potasio y cloro.

3.3.5. Efectos del Etanol al Aumentar su Concentración en la Sangre.

Como es conocido, las propiedades sedantes del alcohol hacen que éste tenga sobre el organismo un efecto anestésico (sedante) sobre algunas áreas del cerebro, disminuyendo su actividad. Al compararlo con el volumen total de líquido que existe en el cuerpo, una pequeña cantidad de alcohol puro, menos de 0.10%, puede afectar seriamente las funciones del organismo y el comportamiento.

Concentración de Alcohol

Concentración de Alcohol en Miligramos por Decilitro en sangre (mg/dl).

25 gramos de etanol equivalente a:	1 copa de vino 2 latas de cerveza 1 onza de whisky
Menor de 50 mg/dl	Incoordinación muscular limitada, mínimo compromiso en el manejo vehicular.
50-100	Incoordinación evidente Alteración en las funciones sensoriales El manejo vehicular se hace progresivamente más peligroso
100-150	Nivel legal permisible Euforia, labilidad emocional, conducta desinhibida Conducta sexual agresiva Alteración en el juicio Marcado compromiso mental Incoordinación Ataxia Nistagmus
150-200	Incapacidad de reaccionar al estímulo (problema de reflejos), El manejo vehicular es excesivamente peligroso.
(6 latas de cerveza; 8 vasos de cerveza)	Transgresión de la ley.
200-300	Nauseas, vómitos, diplopia, ataxia marcada.
300-400	Hipotermia, disartria y amnesia.
400-700	Coma, insuficiencia respiratoria y muerte.

De 0.10 a 0.20% la mayoría de los bebedores dan señales de intoxicación, cuyas manifestaciones más comunes son: impedimento físico y mental que afecta la percepción y la ejecución motora; la coordinación muscular se deteriora; el juicio, las reacciones frente a los diferentes estímulos se retardan; aparecen alteraciones en la discriminación visual y auditiva y el lenguaje se hace en ocasiones muy confuso.

La persona intoxicada puede tornarse necia, escandalosa, melancólica, deprimida o agresiva; muchos se muestran muy confiados en sus habilidades y se exponen, por lo tanto, a peligros a los que no se arriesgarían si no estuvieran ebrios o intoxicados. Otros se sienten románticos, manifiestan conducta antisocial o se retiran silenciosamente a un rincón apartado. Vale decir, una misma persona puede exhibir toda esta gama de comportamientos a lo largo del período de ingestión.

Ante concentraciones mayores a 0.20% la mayoría de la gente se observará muy sedada, no percibirá lo que ocurre a su alrededor, y tendrá dificultades serias para mantenerse en pie y permanecer en estado de alerta. Si la concentración de alcohol en sangre rebasa 0.40%, el individuo entra en estado de coma. A partir de entonces, y hasta 0.60%, se está en peligro de muerte.

En cualquier caso, se deberá tener en cuenta que la absorción de alcohol es un proceso dinámico que continúa de manera constante, en tanto y en cuanto la velocidad de oxidación disminuye porque la intoxicación provoca lentitud en la respiración y en la circulación.

3.3.6. Tolerancia al Alcohol y Dependencia Fisiológica.

Existe una relación crítica entre los niveles sanguíneos de alcohol, de aproximadamente 200 mg/100ml de manera continua, por arriba de los cuales se desarrolla la tolerancia.

En tal sentido se ha propuesto que para poder ser metabolizadas altas concentraciones de alcohol en sangre, se requiere de la participación del sistema enzimático microsomal de oxidación de alcohol MEOS y el de la catalasa. Así, se puede sustentar que existe una relación clara entre tolerancia metabólica, la funcional y la dependencia física a la sustancia, en este caso la dependencia al alcohol.

La tolerancia está ligada necesariamente al síndrome de dependencia, ya que es necesario ir tolerando mayores cantidades de alcohol en forma continua para desarrollar la dependencia física y el síndrome de abstinencia. La primera decrecerá con el tiempo y está asociada directamente al daño hepático.

3.3.7. Dependencia Física.

La dependencia física implica una adaptación al alcohol en el ámbito tisular, por lo que se requiere de la presencia de alcohol para mantener el equilibrio del organismo. Se refiere a un estado latente de aumento de la excitabilidad, el cual se ha desarrollado por una depresión prolongada del sistema nervioso central como consecuencia del efecto crónico del alcohol.

El desarrollo de la dependencia física juega un papel muy importante en el mantenimiento del síndrome de dependencia. Se genera con ello un deseo imperioso de beber para evitar un estado de ansiedad elevada. Así, la dependencia física genera o refuerza la dependencia psicológica.

La intensidad de la apetencia al alcohol está relacionada con las experiencias previas de abstinencia o disminución de consumo. Trastornos intercurrentes como infecciones, traumatismos, e inflamaciones producen un incremento en el síndrome de abstinencia y en la dependencia física.

3.3.8. Síndrome de Abstinencia.

El síndrome de abstinencia se produce por la supresión o terminación súbita de la ingestión de alcohol. En él existen varios grados de intensidad. Al presente han habido reportes de investigaciones que sustentan que la dependencia al alcohol y la dependencia a los opiáceos pueden tener el mismo mecanismo, que incluye

alteraciones en el metabolismo de las aminas biogénicas (sustancias neurotransmisoras cerebrales), particularmente la dopamina. El síndrome de abstinencia podría basarse en esta alteración primaria. Existe una clara relación entre la ingestión de alcohol y la gravedad del síndrome.

La fármacodependencia al alcohol y el síndrome de abstinencia se reinstalan rápidamente después de un período de abstinencia en la medida en que el alcohólico no tenga apoyo psicológico y médico.

3.4. El Clorhidrato de Cocaína o Cocaína.

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central, cuya acción se presenta en forma rápida e igualmente desaparece en poco tiempo, dependiendo en parte de la pureza de la droga, así como de la ruta de administración, entre otros factores.

Pero al lado de la forma de presentación y de consumo, hay cinco variedades importantes:

- En Hoja de Coca.
- Como Clorhidrato de Cocaína. (Conocido como cocaína o coca en Perú, Ecuador, Chile y Argentina y como «perico» en Colombia y Venezuela.)
- Como Pasta Básica de Cocaína (PBC). (Conocido en Colombia como «Basuco» y en Bolivia como «Pitillo»).
- Como Base Libre (Free base).
- Como Crack.

Estos dos últimos derivados son consumidos generalmente en los Estados Unidos y secundariamente en Europa y Asia.

3.4.1. Dependencia de los Derivados de la Hoja de Coca.

A. Dependencia del Clorhidrato de cocaína.

Una de las formas de presentación y de consumo de la coca es como clorhidrato. La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la coca.

El clorhidrato de cocaína es un polvo blanco, cristalino, que es hidrosoluble y poco volátil cuando se somete a altas temperaturas, es sal de cocaína, formada con ácido clorhídrico.

El alcaloide cocaína se obtiene generalmente extrayéndolo del clorhidrato de cocaína. La cocaína es benzoilecgonina. La forma más común de consumo es aspirándola por las fosas nasales.

Respecto a otras vías o rutas de administración de clorhidrato de cocaína, muy excepcionalmente se encuentran usuarios que frota la cocaína en las encías o aquellos que la usan a través de la mucosa de la vagina, en otros casos en el pene, manifestando algunos de estos usuarios que, si bien no lograban tener orgasmos, sí lograban tener un alto y prolongado nivel de excitación sexual. Finalmente, la cocaína puede inyectarse, ya sea en combinación o sola. La mezcla de esta sustancia con heroína «Speed Ball» es usada generalmente en EE.UU., y Europa, más no es usual en nuestro medio.

B. DEPENDENCIA A LA PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (PBC).

La PBC, o cocaína fumada, es otra forma de presentación y de consumo de la cocaína. Se trata de una sustancia altamente tóxica, resultante de una mezcla de diversos elementos, que se realiza durante el proceso de extracción de los alcaloides de las hojas de coca.

El componente principal es la cocaína que, en la sustancia no adulterada debe representar aproximadamente el 80% del total de su masa.

Los otros componentes son productos de descomposición de la cocaína como la ecgonina y la benzoilecgonina. Se presentan también otros alcaloides como tropacocaína o cinnamoilcocaína o sulfatos y carbonatos (**Castro de la Mata, 1989**). Erróneamente se le ha llamado y a veces se le sigue llamando «sulfato de cocaína» o «sulfato base».

Teniendo en cuenta la complejidad de la elaboración de esta sustancia, didácticamente la preparación de la PBC puede seguir los siguientes pasos: maceración, decantación, precipitación y lavado.

Así, el producto final es un polvo blanco amarillento pálido de consistencia pastosa, pegajosa como yeso húmedo, con aspecto parecido al queso fresco y con olor característico muy penetrante. El humo despiden un olor que es fácil de percibir. En el medio de los consumidores es más conocido como: «pye», «pastel», etc.

En lo que se refiere a la farmacocinética, es necesario precisar que la cocaína, como alcaloide base, es insoluble en agua. Sin embargo, sí lo es en grasas y solventes orgánicos, permitiendo de esta manera una rápida y gran difusión por las membranas biológicas (**Castro de la Mata, 1989**)

Ahora bien, la vía de administración de la PBC es mediante el fumado. En este caso la ruta de absorción es la pulmonar. En estas condiciones, el alcaloide, cualquiera sea su grado de pureza, se volatiliza por sublimación o ebullición, a causa del calor.

Así, los vapores pasan por la vía respiratoria hasta los alvéolos pulmonares, donde serán absorbidos y transportados a todo el organismo y, en primera instancia, al sistema nervioso central (**Castro de la Mata, 1989; Paly et al, 1980**).

A este nivel cabe recordar que si bien ya se tiene conocimiento de la farmacocinética de la cocaína, sobre todo lo referido a la distribución, aún faltan muchos puntos por aclarar.

Paly et al, (1980), comunica que la PBC tendría un tiempo de vida media de 1 hora, con probable concentración plasmática de hasta 976 ug. (Microgramos) dentro de los cinco minutos de iniciado el fumado.

B1. Modalidades de consumo de la PBC. Estas son:

- a. **Fumado:** mezclado con cigarrillos («tabacazos»). Mezclado con marihuana («mixtos»). A veces, mezclado con té.
- b. **Lamido:** se lamen los residuos que quedan en el papel o bolsa.
- c. **Vía endovenosa:** se presenta en casos excepcionales de consumo crónico asociada a deterioro mental.

B2. Tipos de PBC. Nizama (1985), considera la siguiente clasificación:

- a. **Pasta Pura.** La mayoría de variedades no son lavadas encontrándose de esta forma las siguientes variedades:

Palo de rosa.- Tiene un color rosado, estilo más puro y refinado. Los consumidores manifiestan que no da delirio de persecución.

Roja. Tiene color marrón rojizo, no tiene buen sabor. Se tiene entendido por los consumidores, que produce un efecto poderoso generando gran hiperactividad y otros efectos.

Chiclosa. Utilizada generalmente para los «mixtos» con marihuana.

Blanca. Es de ese color, siendo la más usada.

Amarilla.- Se le da ese nombre por ser de dicho color.

- b. **Pasta impura.** Mezclada generalmente con talco, azúcar, yeso, tiza, aspirina, almidón, cemento, etc. (Conocida como “pateada”, “bambeada”, “rebajada”)
- c. **Pasta lavada** («la lavada»). Generalmente no es comercializada, ya que es la base libre de impurezas y está lista para el proceso de cristalización del clorhidrato de cocaína.

En cuanto a la dosis de consumo, es muy variable y compleja de determinar por la compulsión que produce el fumado severo de la PBC. Empero, se podría hacer un cálculo tomando en cuenta la compulsión del adicto pastómano. Así, la dosis diaria repartido en tres sesiones de consumo podría oscilar entre 30 y 40 grs.

En el caso de la instalación final de la dependencia de la PBC, parece haber un consenso en el sentido que ésta ocurre prematuramente (**Almeida, 1978; Jerí, et al.,1978; Nizama, 1978; Oliver, 1987; Navarro, 1989; CEDRO: Rojas, 1995, entre otros**), estableciéndose que el usuario puede llegar al estadio de dependencia entre los 6 u 8 primeros meses de consumo, obedeciendo ello a un número indeterminado de factores, incluyendo, el uso previo de otras SPAs.

B.3. Aspectos Clínicos: El síndrome de la pasta básica de cocaína (PBC).

Para la mayoría de los estudiosos del fenómeno de la PBC, este síndrome está caracterizado por:

1. Compulsión a seguir fumando.
2. Angustia.
3. Percepción auto referencial de la realidad (paranoia)
4. Nublamiento de la conciencia con convicción de realidad, que el adicto vivencia con gran angustia.
5. Hiperacusia. El consumidor, generalmente, reclama silencio.
6. Rigidez muscular, insensibilidad dolorosa e infatigabilidad.
7. Excitación psicomotora.
8. Obsesión por el ritual de fumar.
9. Egocentrismo.

Elster, 1999; Perkinson, 1997; NIDA: Washton, 2001; Washton, 1995; Navarro, 1989, al respecto, toman como base el modelo «Causal Neuronal» para explicar, de un lado, el consumo crónico de la PBC cuyo correlato neuroquímico estaría dado supuestamente por la depleción de ciertos neurotransmisores.

En el caso de la dependencia a la cocaína, consideran a la dopamina como el neurotransmisor asociado al fenómeno adictivo. Del mismo modo, lo referido a la supersensibilidad de los receptores post-sinápticos.

Sin embargo, es oportuno añadir que lo relativo al balance de la neuroquímica cerebral en el consumo crónico -cuando está involucrada la dependencia a los derivados de la coca y otros estimulantes- y su posterior repercusión, aún no se han precisado muchos de sus mecanismos, existiendo aún, por tanto, opiniones y conceptos que aún no tienen valor científico.

Por otro lado, en la acción aguda todo indica que habría un bloqueo en la recaptación del neurotransmisor aludido y una liberación innecesaria de los neurotransmisores pre-formados dentro del sistema sináptico, originándose de esta manera un desequilibrio bioquímico a este nivel con hondas repercusiones en la esfera orgánica y psicológica.

3.5. Inhalantes.

Hay consenso en considerar a estas sustancias como depresoras del sistema nervioso central en la medida en que ése suele ser su efecto predominante. Sin embargo, cabe señalar que inicialmente se registra un efecto estimulante transitorio.

Los tres tipos principales de inhalantes son los solventes orgánicos (hidrocarburos), los nitritos volátiles (anil, butil e isobutil) y el óxido nitroso. Estas sustancias se inhalan de botellas, trapos empapados, bolsas, globos y tanques de gas (**Inaba y Cohen, 1990**).

3.5.1. Efectos Producidos por la Intoxicación con Inhalantes

No es reciente el uso y abuso de solventes orgánicos. En lo que respecta al thinner quizá sea una de más las preocupantes, ya que muchos niños y adolescentes lo usan como psicotrópicos para provocar cierto grado de embriaguez, euforia, excitación e inclusive alucinaciones.

El uso de esta sustancia inhalable no sólo es un problema de salud que se viene dando en el Perú, sino que lo es en la mayoría de los países latinoamericanos.

A los consumidores de thinner y también de terokal se les conoce como «inhaladores», como quiera que utilizan predominantemente pegamentos para plásticos que contienen solventes orgánicos.

Estos niños, púberes y adolescentes están más o menos caracterizados en cuanto a su nivel socioeconómico. En efecto, la gran mayoría de ellos pertenecen a las clases sociales más bajas. Los grupos de estos niños que, en casos incluyen a niñas. También carecen de padres, o han fugado de casa y viven de trabajos eventuales o de la mendicidad (**Díaz y Mondragón, 1988**).

La intoxicación por inhalantes produce: vértigos, cefalea, disartria, ataxia, diplopía, lagrimeo, salivación, vómitos, disminución de la capacidad de juicio y de las inhibiciones.

En lo que respecta a la sobredosis, ésta se caracteriza por: depresión respiratoria, delirio, arritmias, estupor, convulsiones, pérdida de la conciencia y muerte por paro cardiorrespiratorio (**Freyre, 1994**).

En el estadio del consumo crónico y dependiendo del tipo de inhalante que se utilice, se pueden producir una serie de trastornos orgánicos, tales como: bronquitis, arritmias cardíacas, metahemoglobinemia, pancitopenia, neuropatía periférica y óptica, sordera neurosensorial, envenenamiento por plomo, lesiones renales, lesiones hepáticas y lesiones del sistema nervioso central. (**Freyre, 1994**).

Existen comunicaciones clínicas de casos donde se han presentado alteraciones neuropsiquiátricas y síndrome cerebeloso persistente; así como también cuadros de trastornos en la espermatogénesis y de trastornos ovulatorios.

3.5.2. Correlato Psicológico.

Para **Medina-Mora y Castro (1988)**, los siguientes rasgos suelen encontrarse en esta población:

- 1) Agresividad
- 2) Carencia de afecto y relaciones parentales, caracterizados por el abandono.
- 3) Tendencia a la autodestructividad.
- 4) Intentos de suicidio y fantasías de muerte.
- 5) Depresión, agitación y ansiedad.
- 6) Proviene usualmente de hogares donde es frecuente las agresiones físicas o verbales en la familia.

3.5.3. Alteraciones Cognitivas.

Ortiz, A. y Caudillo, C. (1988), luego de realizar investigaciones tanto en niños como púberes consumidores de inhalantes, encontraron las siguientes alteraciones en el ámbito de:

- 1) Memoria.
- 2) Concentración.
- 3) Juicio.
- 4) Análisis.
- 5) Síntesis.

A la vez define a los inhalantes como anestésicos que tienen un efecto estimulante breve antes de deprimir el sistema nervioso central. Entre ellos encontramos sustancias como la gasolina, el thinner, los pegamentos, aerosoles (insecticidas, desinfectantes, lacas para madera y el pelo, abrillantadores), etc.

3.6. Alucinógenos.

Se trata de drogas psicoactivas que alteran las percepciones y las emociones de la persona, produciendo ilusiones y alucinaciones a dosis relativamente bajas (**Perkinson, 1997**). Entre ellos se encuentran:

- Dietilamida del ácido D-lisérgico (LSD)
- PCP (fenciclidina)
- Alfa acetil LSD (ALD)
- Amida del ácido D-lisérgico (LSA)
- Psilocina (Psilocibina)
- DMT (dimetiltriptamina)

Dentro de los que es tipo mescalina, fenil-etil-aminas y derivados anfetamínicos, hallamos:

- Mescalina
- DOM (dimetoxi-metilanfetamina)
- DOB
- MDMA (metilendoximetanfetamina metilina. La «droga del amor» llamada XTC o éxtasis)
- MDM

Igualmente, los alucinógenos que contienen THC (delta-9-tetra-hidro-cannabinol), son:

3.6.1. Marihuana.

Se consume en forma de cigarrillos, elaborados con las hojas o extremos florales secos de la planta. También es conocido como «maconha». Otra ruta de administración es la oral en forma de galletas o bizcochos, o se fuma en pipas, a veces combinada con otras drogas como el alcohol o el clorhidrato de cocaína.

3.6.2. Hashis.

Viene a ser un derivado del cannabis. Es la resina de las flores u hojas de la planta femenina, y se consume ingiriéndola en forma de pasta o de tabletas, o se le fuma en pipas de agua.

3.7. Consumo de Marihuana

En nuestro medio, después del tabaco y el alcohol (las dos SPAs más consumidas en el Perú), la marihuana es la droga psicoactiva ilegal más usada, sobre todo por los púberes y adolescentes de ambos sexos (CEDRO, Rojas y Castro de la Mata, 1998; CONTRADROGAS, 1999; MINISTERIO DE EDUCACIÓN-PNUFID, 1999)

La popularidad de esta sustancia viene determinada por varios factores: un efecto desinhibidor atractivo, el refuerzo social y su disponibilidad, pero principalmente por ser concebida por la mayoría de los usuarios como una droga de bajo riesgo que ha sido consumida durante muchos años, según muchos de ellos, sin apenas efectos perniciosos (Mothner y Weitz, 1986; Smith y Heilig, 1998).

En lo que respecta a las formas de consumo, la marihuana y el hashis pueden usarse por vía oral, prefiriendo la mayoría de los consumidores fumarla.

Los efectos al fumarla comienzan a experimentarse en segundos, parece ser que son cuatro veces más potentes que si se toman por vía digestiva. El efecto máximo sobreviene entre los 10 y 30 minutos, y después los niveles sanguíneos de THC (tetrahidrocanabinol) disminuyen rápidamente, de forma tal que en una hora bajan al 5-10% de los niveles iniciales (Perkinson, 1997; Elster, 1999).

Los efectos subjetivos de la droga (distorsiones sensoriales y desinhibición) pueden persistir una o dos horas. Asimismo, en algunos casos se han registrado dificultades en la concentración y sobre todo al nivel de memoria y juicio, caso que indudablemente ocurre cuando se ha instalado la dependencia, que parece ser más psicológica, en el consumo crónico. Sin embargo, cabe acotar que lo relativo a la dependencia física aún sigue en arduo debate. Por tanto, ello no se ha descartado (NIDA: Washton, 2001; Perkinson, 1997; Elster, 1999).

El componente activo de la marihuana el delta-9-tetra-hidro-cannabinol, es difícil eliminar, debido a su liposolubilidad, ya que es retenido por los tejidos grasos nerviosos y los órganos genitales. Incluso puede ser reabsorbido y de nuevo metabolizado al pasar por los intestinos. En muchos casos, la sustancia puede permanecer en el organismo de 5 a 6 semanas excepcionalmente.

Si se hace un razonamiento global respecto a las motivaciones del consumo de la marihuana, se puede asumir que éste se da por las mismas razones por las que se bebe el alcohol, toda vez que afianzará la sociabilidad.

Sin embargo, a diferencia del alcohol, la marihuana no necesariamente puede propiciar el inicio de conversaciones, ya que el habla suele hacerse difícil y lenta, al igual que se percibe una distorsión del tiempo, aumentando la latencia entre el pensamiento y la articulación, la incoordinación da paso a la incoherencia y la comunicación se deteriora, a pesar de persistir un sentimiento de fraternidad.

Para muchos adolescentes con dificultades de socialización, esto es un poderoso atractivo. De otro lado, para los jóvenes como los universitarios abusadores o adictos predominan la búsqueda de la relajación («el estar ston»), como una razón importante, así como para otros esta SPA parece ser útil para enfrentarse a la ansiedad derivada de la sexualidad, aunque lo cierto es que en términos médicos no está claro si aumenta la libido.

Otro asunto que interesa informar, es que la marihuana posee algunos efectos negativos de índole psicológicos a corto plazo en muchos fumadores. En efecto, en no pocos casos se encuentra en ellos confusión, se tornan asustadizos, agresivos, desconfiados. La paranoia suele encontrarse en muchos adictos, así como, los ataques de pánico, aunque con poca duración y frecuencia.

En lo que se refiere a la instalación del síndrome amotivacional, a la luz de lo que se observa en la clínica de las adicciones, queda poco por debatir, siendo frecuente que el adicto entre a un proceso de carencia de motivación en las diferentes áreas: educacional, laboral, social, entre otras (**Vallejo, 1998; Elster, 1999**).

En este nuevo siglo, resulta ya clásico la polémica entre los defensores del consumo de marihuana (**Grinspoon y Bakalar, 1997**, entre otros) y sus oponentes. Si bien hay un déficit de investigaciones rigurosas, sobre todo en la clínica de la marihuana, ello no anula los riesgos reales o imaginarios en cuanto al deterioro cognitivo.

En este contexto, las pocas investigaciones en este rubro (**NIDA: Hoffman et al, 2001; NIDA: Washton, 2001; Perkinson, 1997; Elster, 1999**), y por lo visto en la práctica clínica con pacientes marihuanómanos, se ha encontrado hallazgos significativos que de una forma u otra hacen tambalear seriamente algunos puntos de vista de los que sustentan lo inocuo o inofensivo que sería la marihuana, amén de la frecuente apología respecto al fumado de esta SPA.

Creemos que los siguientes hallazgos pueden ayudar a razonar más fríamente a aquellos consumidores racionales, de forma tal que puedan llegar a sus propias conclusiones con relación a los riesgos de consumo y la dependencia, también, sugerir, que un peligro no es menos real porque no haya sido demostrado.

3.7.1. Efectos a Corto y Largo Plazo.

A. Cerebro:

Es cierto que no se ha demostrado que la marihuana origine algún cambio permanente en el ámbito cerebral ni lesión celular de manera contundente. Sin embargo, sí se han encontrado cambios en la actividad eléctrica cerebral inducidos por esta sustancia, los cuales parecen persistir después del abandono del consumo, aunque aún no está claro el nivel de daño.

B. Pulmones:

No cabe duda que fumar marihuana reduce la capacidad de los pulmones para oxigenar la sangre y para eliminar el anhídrido carbónico.

De otro lado, el consumo frecuente, hace sensible la adquisición de bronquitis crónica, disminución de la capacidad pulmonar y, eventualmente,

problemas en la respiración. Así mismo, hay indicios razonables que hacen presumir de la disminución de la resistencia pulmonar a las infecciones.

También se ha hablado con cierta frecuencia sobre las relaciones entre el cáncer pulmonar y el fumado de la marihuana. Si bien parece haber cierta relación, ello no está totalmente demostrado. Más todo indica que consumir marihuana es análogo a consumir tabaco, por cierto con interesantes diferencias, como el hecho que la marihuana parece contener mayor cantidad de sustancias cancerígenas.

Puede ser cierto que numerosos adictos pueden fumar con menos frecuencia e incluso no presentar compulsión respecto al fumado de tabaco, pero suelen hacerlo con mayor intensidad, toda vez que aspiran el humo lo más profundo posible en sus pulmones. En este contexto, otro asunto a informar es el relativo al humo inhalado, el cual parece ser más caliente, lo cual podría repercutir en la mucosa bronquial.

C. Sistema Reproductor:

Parece haber un consenso respecto a que la marihuana inhibe la producción de hormonas masculinas, ello parece suceder tan igual como lo hace el alcohol y otras SPAs.

También hay evidencias de una reducción en la producción de espermatozoides en los marihuanómanos, paralelo a un mayor número de espermatozoides anormales, lo que originaría confusión a este nivel. En todo caso, este aspecto puede presentarse de una manera pronunciada y, en otros casos, no cumplirse. De esta manera, una premisa fundamental que debería quedar clara en el análisis del fenómeno de la dependencia a SPA, es que las drogas psicoactivas actúan de una manera particular en cada organismo.

En lo que respecta al género femenino, también se ajusta lo enunciado en el sentido que la marihuana pareciera que suprime la ovulación, aunque el riesgo de la infertilidad parece bajo.

D. Corazón:

Son pocos los que dudan que la marihuana aumenta la frecuencia cardiaca. Ello ocurre a partir que la sustancia estimula el corazón a una mayor actividad, por consiguiente se altera la presión sanguínea, constituyéndose en un factor de riesgo de consideración en aquellos consumidores y adictos con hipertensión, arterosclerosis y arritmias.

E. Comportamiento:

Este rubro, igualmente, es de gran polémica, en la medida que hay muchos que sugieren -respecto al síndrome amotivacional- la ausencia del fenómeno. Sin embargo, los terapeutas, psicólogos y médicos especialistas están prácticamente convencidos que está presente -la pérdida de interés por los estudios, en el rendimiento laboral, en la interacción social con personas no consumidoras, la acentuada falta de motivación, apatía y ambición- es una realidad en el cuadro de la adicción de la marihuana, tal como ya se sustentó en párrafos anteriores. No obstante, habría que reconocer que éstas observaciones pueden tener cierto «sesgo clínico»; que, sin embargo, no invalida lo dicho.

En lo que respecta al trabajo clínico de evaluación y al diagnóstico psicológico en dependientes a la marihuana, es frecuente las coincidencias, en términos de resultados, respecto al bajo rendimiento y la disminución de la memoria a corto plazo, atención y concentración, así como en el nivel de comunicación.

De esta forma, pareciera que aquellos que quedan «enganchados» en el consumo de la marihuana, presentan menor autoestima y autoconcepto, sin descartar, obviamente, que ello se puede deber al propio consumo, más que la consecuencia.

Finalmente, dentro de los derivados cannábicos, estos últimos años se está asistiendo a un número cada vez más importante de consumidores del denominado «Super Skunk», que pareciera ser más potente que la marihuana. Por lo menos esa es la información que se ha recogido de los pacientes adictos de marihuana.

3.8. Drogas de Síntesis.

En los último años se han añadido otras SPA al contexto del consumo nacional, sobre todo los de tipo químico o sintético, en muchos casos con la denominación equivocada de drogas de diseño. Estas presentan las siguientes características:

- a. La estructura química así como la acción sobre el Sistema Nervioso Central, son muy similares a las demás SPA.
- b. En algunos casos estas sustancias se elaboran a partir de productos farmacéuticos olvidados por su falta de interés terapéutico.
- c. Actualmente suele elaborarse a partir de sucedáneos químicos, de origen botánico. Así, hay acceso a cocaínas de origen químico (crystal), excepcionalmente en el mercado se encuentran heroínas sintéticas (china white), sulfato de anfetamina (speed), entre otras.
- d. El grueso de estas sustancias, es producido por síntesis química, generalmente en laboratorios clandestinos.

3.8.1. El Éxtasis.

El éxtasis o MDMA. El éxtasis forma parte de las sustancias denominadas «feniletilaminas», comprendiendo, también, a drogas psicoactivas conocidas como «Eva», «Píldora del amor», etc.

El éxtasis tiene una denominación química bastante difícil de pronunciar y recordar: 3,4-metilendioximetanfetamina, por lo que suele aludirse a él como su acrónimo: MDMA.

Para el **NIDA (2001)**, **Rubio y Alamo (1998)** y **Perkinson (1997)**, las SPAs con las que el MDMA comparte similitudes, tienen denominaciones químicas, de igual forma, complicados en su pronunciación. Así, lo referido a la «Píldora del amor», se vincula a la metilendioxianfetamina (MDA), otra SPA, «Eva» viene a ser la metilendioxilanfetamina (MDE). Estas SPAs, derivados anfetamínicos con componentes químicos similares a la mescalina (alucinógeno), explica su singularidad.

Presentación.

Su presentación es a través de comprimidos o pastillas de formas y colores variados, muchas veces ilustrados con dibujos. En la calle son conocidos como: “pepón”, “mitsubishi”, “meche”, «equis», «pastis», «tapones», «tanques», etc.

Como sucede con toda SPA, los traficantes y vendedores tienen en la adulteración de estas sustancias un buen instrumento para multiplicar sus ganancias, de ello no podía ser excepción el éxtasis.

En efecto, muchas pastillas que se ofertan como éxtasis, en muchos casos no son tal, más bien son sustancias cercanas o emparentadas (por ejemplo, MDA o MDE, de mucha más peligrosidad). Por otro lado, los análisis farmacológicos de las sustancias incautadas por la policía, confirman que gran parte de estas SPA que se expenden en la calle están adulteradas con antibióticos, LSD, anfetaminas, aspirinas, etc. **(NIDA, 2001; Rubio y Alamo, 1998)**

En el mercado nacional se puede encontrar relativamente fácil el «éxtasis», importado generalmente de los Estados Unidos, Chile, Argentina, Holanda, Alemania, Gran Bretaña, entre otros países, cuyo costo es alto (promedio actual \$15 dólares americanos). Pero también, es una realidad que en nuestro medio también se está elaborando, toda vez que la accesibilidad a los precursores de esta SPA, no son un problema.

3.8.2. Efectos de las Drogas Sintéticas.

Desgraciadamente, las actitudes de nuestra sociedad en torno a este tipo de SPA tienen un común denominador: su aparente inocuidad. Organismos vinculados con la problemática de salud mundial, como la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), LAS NACIONES UNIDAS (ONU), la NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), coinciden en el temor de que estas drogas de síntesis pueden convertirse en el siglo XXI en una problemática de salud a escala mundial.

A. Consecuencias.

Tomando como base la premisa que las SPAs tienen efectos variados, obediendo ello a la calidad, cantidad y ruta de administración de la sustancia, así como de la estructura de la personalidad del usuario, el ambiente en que se usa la droga, etc. Y más si a ello le añadimos la evidente adulteración en la mayoría de los casos, los efectos se hacen aún más difíciles de precisar.

Ahora bien, no obstante esta limitación, se puede intentar determinar algunos efectos apoyándonos en las observaciones clínicas y en datos proporcionados por los pacientes. Por tanto, en función a ello se ha tratado de sistematizar los efectos relacionados con la intoxicación por éxtasis:

De índole físico:

Hipertermia, sudoración, insomnio, incremento del estado de alerta, deshidratación, temblores, taquicardia, dificultades en la concentración, hipertensión, etc.

De Índole Psicológica:

En términos de clasificación, el éxtasis o MDMA no es estrictamente estimulante, depresora ni alucinógena; todo ello en conocimiento a su estructura química, como quiera que se compone de anfetamina, estimulante, mescalina y un alucinógeno.

En este sentido comparte propiedades de todas estas sustancias, es por ello que va más allá de toda esta sumatoria, ya que no se trata de provocar efectos estimulantes y alucinógenos simultáneos, más bien se puede decir que la presencia combinada de ambas alteraciones en la neuroquímica cerebral da lugar a un impacto cualitativamente distinto; que, en todo caso, puede acercarse a los efectos de las anfetaminas (**NIDA, 2001; Rubio y Alamo, 1998**).

Ahora bien, aproximadamente entre la media y una hora de haber ingerido la sustancia, aparentemente comienzan a experimentarse los efectos del éxtasis, el mismo tendría una duración promedio de dos a cuatro horas. Los efectos más conocidos son:

1. Euforia.
2. Mejora la autoestima y baja de la autocrítica.
3. Facilidad para el contacto interpersonal.
4. Locuacidad.
5. Aparente energía física y emocional no usual.

Alteraciones de Orden Médico Psiquiátricos.

Para el **NIDA: Daley (2001)**, el consumo de SPA, como el éxtasis, eventualmente podría incrementarse. Los riesgos a los que se puede exponer el usuario son:

1. Trastornos de ansiedad.
2. Trastornos psicóticos.
3. Flash-back, caracterizado por alucinaciones visuales o auditivas.
4. Ataques de pánico.
5. Depresión.

B. Adicción o Dependencia.

Al presente, parece haber cesado el debate de índole científico acerca de la existencia o no de la dependencia a estas sustancias. Sin embargo, pueden haber opiniones encontradas al respecto, ello como producto de no conocer lo suficiente para definir la capacidad que tiene la sustancia para generar dependencia física.

No obstante, si nos apoyamos en lo que ocurre con la mayoría de las drogas con base anfetamínica, todo indica que hay un alto riesgo de desarrollar dependencia psicológica y física en los usuarios de éxtasis (**NIDA: 2001; Rubio y Alamo, 1998; Perkinson, 1997; Vallejo, 1998; Thombs, 1999; Elster, 1999**)

C. *Contraindicaciones.*

Cualquiera sea nuestra opinión acerca del éxtasis o MDMA, existen contraindicaciones para su consumo. Estas son:

- a. Patología psiquiátrica
- b. Diabetes.
- c. Enfermedades a órganos, como el corazón, riñón o hígado.
- d. Epilepsia.
- e. Glaucoma.
- f. Hipoglucemia.

En este sentido, si tiene algún conocido, amigo, familiar o consultante, se tendrá que ser enfático en decirle que si presenta alguno de estos cuadros clínicos, se abstenga de ingerir esta droga.

3.9. **Tranquilizantes.**

Si bien los tranquilizantes o sedantes actúan en forma diferente sobre el sistema nervioso central, sus efectos son muy semejantes al de los alucinógenos. Disminuyen la actividad neuroquímica de forma variable según cada psicofármaco.

En efecto, dependiendo de la dosis, cualquier fármaco o medicamento de este tipo puede ser llamado tranquilizante, sedante, hipnótico (inductor del sueño) e incluso anestésico. Dentro de los tranquilizantes se ubica a los barbitúricos. Así tenemos:

	Nombre Comercial
SECOBARBITAL	Seconax
FENOBARBITAL	Luminal (gardenal)
AMOBARBITAL	Isoamytal
PENTOBARBITAL	Binomil hipnotil

Algunas otras sustancias de acción semejantes a los barbitúricos, la constituyen:

	Nombre Comercial
METACUALONA	Torinal
METILPRILON	Nodular
GLUTETIMIDA	Doridón

También están las Benzodiazepinas que pueden producir, en determinadas dosis y durante un tiempo prolongado, dependencia psicológica y física. Incluyen:

	Nombre Comercial
DIAZEPAN	Valium
CLORDIAZEPOXIDO	Librium
LORAZEPAN	Orfidol

Otros tranquilizantes conocidos son:

	Nombre Comercial
HIDRATO DE CLORAL	Kurdens
HIPROBAMATO	Ansiowas

Es de esta manera que los depresores del sistema nervioso central se agrupan en: sedantes / hipnóticos (alcohol y barbitúricos) y tranquilizantes menores (benzodiazepinas).

3.10. Analgésicos Narcóticos.

Los opiáceos actúan principalmente sobre el sistema nervioso central y sobre el sistema digestivo. Su uso se remonta a centurias. En el rubro médico su uso se da para aliviar el dolor, la tos y la diarrea. Si bien en la actualidad existe una gama de analgésicos, la morfina sigue siendo el punto de referencia respecto al cual se comparan éstos. La heroína, por ejemplo, se considera tres veces más potente que la morfina, y su dosis efectiva equivale a la tercera parte de la de morfina.

Cabe señalar, así mismo, que no hay ninguna sustancia que pueda compararse a los opiáceos en su capacidad de suprimir el dolor, tanto por la selectividad con que alivia el mismo sin afectar a otras sensaciones como por la propiedad de disminuir el sufrimiento.

Sin embargo, la supresión del dolor no es la única acción de los opiáceos; éstos generan también somnolencia, cambio en el estado de ánimo. En lo que respecta a las formas de consumo, los opiáceos pueden tomarse oralmente, inyectarse o por inhalación.

Ahora bien, cuando se toman por la boca son absorbidos escasa y lentamente, pero tienen un efecto más prolongado (tal como ocurre con la codeína, la meperidina o la metadona). Incluso en forma inyectada tardan en alcanzar el cerebro, pues los opiáceos naturales atraviesan con dificultad la barrera hematoencefálica.

Sin embargo, la heroína no comparte esta dificultad por lo que actúa rápidamente, y quizás ésta sea una de las causas a la que se debe su popularidad. Llega con mayor rapidez y en más cantidad que la morfina a los receptores del sistema nervioso central.

La mayoría de los consumidores se inyectan o inhalan. La inyección puede ser subcutánea (debajo de la piel) o intravenosa (en la vena). Las sustancias inhalables son consumidas mayoritariamente por los más jóvenes.

Los disolventes, en término de uso, se vierten sobre la ropa y luego son inhalados. También pueden ser vertidos en bolsas plásticas para ser inhalados o aspirados por la boca. Los aerosoles son inhalados directamente del spray o de otro recipiente.

En lo que respecta a los efectos tóxicos, éstos incluyen la pérdida de memoria e incapacidad de concentrarse. Estas sustancias tóxicas tienen potente efecto sobre el comportamiento del usuario, debido a su efecto desinhibidor, aparece una marcada agresividad e imprudencia, así como violencia. Su uso prolongado puede traer dolores de cabeza, mareos e irritabilidad. Finalmente, lesiones cerebrales permanentes y alteraciones del sistema nervioso periférico, entre otras consecuencias.

Es un hecho demostrado que estas SPAs crean tolerancia y desarrollan dependencia psicológica, aunque aún no se ha reportado información respecto a dependencia física.

Los que trabajan en el campo de ayuda a esta inmensa población afectada, reportan que erradicar la dependencia psicológica es muy difícil.

El síndrome de abstinencia aguda empieza a las pocas horas de la privación (aproximadamente unas 12 horas después), alcanza una máxima intensidad hacia las cuarenta y ocho horas y desaparece a los siete días. Se caracteriza por ansiedad, deseo intenso de consumo, inquietud, bostezos, lagrimeo, secreción nasal acuosa, piel de gallina, sensaciones alternadas de calor y frío, dolores musculares, fatiga e insomnio.

Los efectos a largo plazo de la dependencia de los opiáceos no parecen provocar efectos adversos de tipo físico, si exceptuamos la intensa dependencia que provocan numerosos efectos indirectos potencialmente graves. La desnutrición y la anemia son frecuentes en los adictos y, por su especial vulnerabilidad, contraen con frecuencia tuberculosis y SIDA, entre otras infecciones.

Los efectos de la heroína fumada son tan rápidos como cuando se inyectan en la vena, produce euforia (parecida al orgasmo) que dura unos minutos. Luego se presenta un período prolongado de letargia o adormecimiento, que puede durar entre seis y doce horas, que se caracteriza por un sentimiento de felicidad y por la ausencia de ansiedad y de apetito.

Nombre de la sustancia	Nombre Comercial	Vía de Administración	Potencial Relativo abuso/dependencia
Opio(sales)		Inyectada, oral o fumada	Moderado o alto
Morfina	Cloruro mórfico	Inyectada	Alto
Heroína(diacetil morfina)		Inyectada, fumada o inhalada	Alto
Codeína	Codeisan Perduretas	Oral o inyectada	Alto

3.11. Estimulantes y Anfetaminas.

Las anfetaminas y los estimulantes son drogas psicoactivas con potencial de abuso muy elevado, capaces de producir adicción.

La capacidad de proporcionar una sensación de mayor energía, de reducir el apetito y la necesidad de dormir, de producir una sensación de claridad mental, poder y euforia resultan atractivas para una gran variedad de consumidores, quienes generalmente son personas con grandes dificultades de adaptación social, inseguros y con otras carencias en términos de estructura de la personalidad (**NIDA: Hoffman, et al, 2001; Thombs, 1999; Elster, 1999; Perkinson, 1997**).

Todos los estimulantes actúan de la misma forma, producen efectos muy similares a los de la codeína sobre el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular. Los consumidores se sienten despejados, llenos de energía y con un sentimiento general de bienestar.

La euforia producida se acompaña de sentimiento de alegría y de una mayor agudeza intelectual. Así mismo, sienten la impresión de alcanzar pensamientos profundos, solucionar disgustos y desarrollar su trabajo con mayor perfección.

El consumo de los estimulantes y las anfetaminas, generalmente, se inicia por una de las siguientes razones: para mantener, aumentar o mejorar el rendimiento o para realizar una tarea especialmente difícil.

En lo que respecta a la progresión del fenómeno, en muchos casos suele darse un incremento a veces rápido desde el consumo ocasional hasta la dependencia y el riesgo elevado. Muchos estudiantes, ejecutivos, trabajadores, mujeres que buscan reducir peso corporal, etc., que consumen estimulantes, van desde el consumo ocasional a bajas dosis hasta el consumo frecuente a dosis tres o cuatro veces superiores a las originales.

En este caso, dicho incremento se debe tanto al efecto de refuerzo que produce la droga como a la rapidez con que se instaura la tolerancia que, en algunos casos puede aumentar con tanta rapidez que en ciertos adictos llegan a dosis superiores a 300 o 400 mg. diarios.

En el caso de la inyección intravenosa de anfetamina, ésta produce los efectos más intensos, los mismos duran pocos minutos, mientras que la euforia se mantiene durante varias horas (más tiempo que la euforia de la cocaína). Al margen de la vía o ruta de administración o del tipo de consumo, el efecto va seguido usualmente de depresión, nerviosismo y dificultad para dormir. Ahora, como un intento para contrarrestar estos inconvenientes, los adictos toman tranquilizantes y/o alcohol, cayendo en el ciclo típico de: elevación-descenso (**Elster, 1999**).

En lo relativo a los efectos a largo plazo, los estimulantes afectan al cuerpo y a la mente. El consumo crónico produce con frecuencia un deterioro físico debido a las restricciones en el descanso y en la dieta. En algunos casos, incluso, se puede llegar a la muerte por inanición.

3.12. Intervención Telefónica en Casos de Dependencia a Sustancias.

3.12.1. Llama el Adicto.

De acuerdo con el **NIDA: Daley, 2001; NIDA: Hoffman et al, 2001; NIDA: Mercer and Woody, 1999; NIDA: Sipe, 2001**, a decir verdad, para los abusadores y adictos de drogas psicoactivas este comportamiento, generalmente, no representa un problema. Por ello, no es frecuente que el usuario no acepte su condición ni, mucho menos, llamar o acudir solicitando ayuda.

En todo caso, en aquellas llamadas donde se hace presente el adicto, habrá que considerar varios puntos, como quiera que en muchos casos, lo hacen por «ganancia secundaria», por satisfacer a sus familiares, etc. De allí que una de las primeras estrategias deberá ser el llevar a cabo «el análisis de la demanda».

Sin embargo, no deberíamos perder de vista que el hecho de haber llamado, podría -por otro lado- significar algún nivel de motivación respecto a recibir apoyo.

Por lo tanto, el proceso de intervención telefónica requiere de un esquema -ya presentado- flexible en el abordaje, sin dejar de contar con la supervisión de alguien con cierta experiencia quien permanecerá frente al consejero a lo largo de la llamada.

Por otro lado, al margen del esquema de intervención, es básico estar atento a

la forma (aspecto relacionado a la demanda de ayuda o queja) cómo se presenta: De qué tipo de servicio llama (teléfono comunitario, casa, centro de trabajo, etc.), ya que ello permitirá saber si se va a poder hablar con tranquilidad y sin presión.

También urge dilucidar el porqué llama al servicio y para qué llama; seguidamente, se ha visto que los datos clínicos (de consumo) con frecuencia son los que hay que indagar (la SPA de consumo actual, tiempo promedio de consumo, frecuencia, tiempo máximo de abstinencia, antecedentes de tratamiento, etc.)

Resulta importante, también, explorar la ubicación en las esferas básicas (tiempo, lugar y persona); el acercamiento a la estructura familiar y redes sociales, así como la indagación de antecedentes de adicción a SPAs en la familia y de problemas con la policía y la justicia, que nos ayudan aún más a aclarar el panorama del caso.

Teniendo en cuenta los datos demográficos, no se puede soslayar que el ordenamiento de los datos a recoger no necesariamente tiene que darse como indica la «Ficha de Atención», ya que los parámetros de intervención en consejería telefónica son de gran flexibilidad. En efecto, este rubro puede anteceder al clínico, como puede abordarse posteriormente al anunciado. En este sentido, es vital averiguar sobre la zona, distrito o provincia de donde llama el consultante, su ocupación actual, y también el nivel de instrucción, ya que todo ello ayudará a configurar el caso.

De esta manera, luego de haber aperturado la llamada y haber obtenido la información básica, lo cual nos va a permitir aclarar la demanda de ayuda, pasaremos a la intervención propiamente dicha; es el momento en donde se trata de buscar y, eventualmente presentar alternativas de salida a la demanda, incluyendo la remisión o la acogida a través de cita.

Consideraciones Básicas a Tener en Cuenta en la Intervención Telefónica con el Consumidor de Sustancias.

Principales Pautas y Prescripciones.

- a. Si observamos en el consumidor de SPAs una actitud de aceptación del hecho adictivo, podríamos asumir como un primer paso para la recuperación. Esta predisposición del sujeto debería ser reforzada no sólo por la familia sino por el entorno, más aún por el consejero.
- b. Esta fase inicial es de suma importancia en cuanto al establecimiento de una doble vía de acceso. Por tanto, crear un clima cálido y favorable contribuirá a que el consultante se sienta escuchado, aceptado y comprendido.
- c. De una manera gradual, hacer lo posible en demostrarle que cuando usamos drogas, determinados mecanismos defensivos internalizados suelen sostener el consumo del alcohol y otras drogas. La descripción de estos —el autoengaño, la negación, la proyección, etc.— nos pueden ayudar para que nuestro interlocutor entienda el porqué le resulta difícil aceptar su condición.
- d. Otro elemento técnico a emplear es el referido a la voluntad en casos de adicciones. En efecto, se sugiere enfatizar en el consultante el hecho que no basta la «fuerza de voluntad» para iniciar la recuperación. De tal forma que la actitud de incidir en él que la apertura hacia el tratamiento tendrá como base el asumir su condición de adicto. Ello resulta gravitante.

- e. La descripción puntual de determinadas conductas inherentes a la enfermedad adictiva a las drogas, tales como: la soberbia, la manipulación, la mentira, el cinismo, el chantaje entre otros, serán ingredientes básicos en la intervención del consejero en términos de neutralizar intentos de cuestionamiento o de manipulación de parte del demandante de ayuda.
- f. Es recomendable alcanzarle información detallada y realista en torno al tratamiento y sus características, como las modalidades: ambulatorio, internamiento hospitalario o en clínica, consejería, comunidad terapéutica, etc. Así como los respectivos tiempos promedio de duración, costos aproximados, encargados, etc. Es necesario informarle acerca de la formalidad de la opción que se le está proponiendo.
- g. Es decir, para sugerir algún centro se estará completamente seguro que esté registrado por el Ministerio de Salud e inscrito en los Registros Públicos. En el caso de la modalidad comunidad terapéutica, verificar si está asociada a la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú. Entre otros elementos que den la garantía al usuario del establecimiento donde recibirá ayuda.
- h. Si el consultante se encuentra en tratamiento por dependencia a drogas, sugerir que prosiga dentro del mismo. Es contraproducente recibir simultáneamente dos o más formas de ayuda.
- i. Hacer hincapié respecto a la evaluación y al diagnóstico, sea de tipo psicológico y / o médico, dado que este primer nivel de análisis representa la puerta de ingreso al tratamiento propiamente dicho.

3.12.2. Llama la Familia.

Al entablar el primer contacto telefónico con el consultante consumidor de drogas, familia o personas de su entorno inmediato o mediato, considerar que toda demanda está caracterizada por algún nivel de crisis. Por tanto, el estado emocional del consejero deberá ser de tranquilidad interna para poder contener emocionalmente a la persona que se encuentra en el otro lado de la línea.

En esta fase se sugiere asumir la actitud de escucha. Intermitentemente podemos intervenir aclarando y priorizando las necesidades del consultante. Del mismo modo, podemos iniciar el análisis de la demanda y eventualmente brindar algunas alternativas prácticas y realistas.

En esta fase, considerar que la mayoría de las personas involucradas directa o indirectamente con la conducta del consumo de drogas, suelen estar desinformadas acerca del tema «dependencia a drogas». En este sentido, queda claro que el consejero es una persona capacitada para el manejo adecuado de la situación.

Seguidamente, indagar lo referido al sistema familiar y la red de soporte, es un medio para identificar el nivel de apoyo con el que se cuenta. En efecto, la identificación de las personas que podrían ayudar eventualmente dentro del proceso de tratamiento es importante, en la medida que los puntos de apoyo del entorno inmediato y mediato representan la red que podría soportar a modo de amortiguación los problemas frecuentes inherentes al tratamiento (abandono, recaída, etc.)

Consideraciones básicas a tener en cuenta en la intervención telefónica con la familia del adicto.

Principales pautas y prescripciones.

- a. La decisión de la familia de llamar por teléfono o acudir a un determinado servicio, donde recibirán información, consejo y orientación telefónica, podría significar un primer paso en la eventual interrupción del consumo dentro de un proceso de tratamiento.
- b. Teniendo en cuenta que la dependencia al alcohol y otras drogas es un fenómeno de naturaleza progresiva, la misma que gradualmente se cronifica, la familia deberá comprender que la enfermedad adictiva puede ser tratada desde diversos modelos y concepciones. Todas son lícitas en la medida que se respeten los derechos fundamentales del paciente y reciba un abordaje humano.
- c. A partir del abordaje inicial, si el consejero o especialista nos informa que desafortunadamente nuestro familiar ha desarrollado dependencia a drogas, se recomienda asumir una actitud de calma, dado que ello nos permitirá manejarnos adecuadamente en esta fase de transición.
- d. Luego, agruparnos y sumar esfuerzos así como sensibilizar a nuestro entorno, es otra de las acciones que necesariamente habrá que considerar. En caso que nuestro paciente asume una actitud de resistencia o irritabilidad, incidir en la modalidad de consejería familiar a través de terapia informativa.

Cuando el consumidor presente resistencia al cambio y al tratamiento, orientar a la familia en el sentido que no es condición indispensable la presencia de éste para iniciar el tratamiento. Así mismo, orientarlos en el hecho que conducir al paciente de manera forzada, generalmente resulta contraproducente.

- e. Existen determinadas conductas que son esperadas cuando hay dependencia a drogas. Entre otras, las mentiras sistemáticas, conductas manipulatorias, cinismo, chantaje, agresividad. Estos comportamientos tienden a acentuarse con el paso del tiempo del consumo de drogas; en este sentido, es importante que la familia acepte la presencia de la enfermedad y opten por la uniformidad de actitudes, dado que ello les permitirá comprender y actuar de manera coherente frente al hecho adictivo.
- f. Es importante informarle a la familia que la ingesta de medicamentos de parte del adicto no necesariamente es un requisito para ingresar a un programa de tratamiento.

Considerando que en nuestra realidad existen una serie de mitos y juicios distorsionados respecto a los medicamentos en este campo, es imperioso aclarar que estos -los psicofármacos- en muchos casos son un complemento de tipo temporal, en otros pasará a ser el elemento prioritario en el tratamiento.

Por otro lado, los exámenes médicos de tipo radiológico, electroencefalográfico, tasa de transporte de litio, descarte de SIDA, hemograma, etc., forman parte de la primera fase del tratamiento.

- g. Hacerle saber a la familia que el tratamiento es un proceso de mediano o de largo plazo. Existen varias modalidades, tales como: internamiento custodial, terapia ambulatoria, comunidad terapéutica; clínicas de día, noche o fin de semana, internamiento breve, así como grupos de autoayuda o de soporte.

- i. Cuando se trate de dependencia del alcohol, o a los derivados de la hoja de la coca, incidir en la familia sobre la prioridad de la apertura del tratamiento. Así, actividades como el trabajo, los estudios, viajes, etc., resultan generalmente innecesarias.

Este aspecto viene a ser importante en la medida que el dependiente de alcohol u otras drogas, regularmente se apoya en ello para excusarse y no aceptar recibir ayuda.

- j. Las pautas básicas a emplear con familias involucradas con el abuso y la dependencia a drogas, son: no facilitar dinero al adicto, evitar la ingesta de licor y el fumado de cigarrillos en casa; el establecimiento de normas y reglas claras. Evitar la confrontación y las riñas con el adicto.

Así mismo, tratar de evitar que el consumidor de drogas esté sólo, así como con otros consumidores.

Recordar a la familia que la inactividad laboral y física pueden contribuir en el sostenimiento de la conducta del abuso del alcohol y otras drogas.

Es importante que a la familia le quede claro que cada persona es única y por consiguiente el abordaje es particular para cada caso.

Consideraciones a tener en cuenta en la derivación de casos.

Luego del análisis de la demanda y la identificación de las fortalezas y debilidades, tanto de la familia como las del adicto, podemos proceder a derivar el caso a una instancia de tratamiento o, podemos optar por citar al consultante o familiares.

En el primer caso, luego de haber coordinado con nuestro grupo de trabajo o habiéndonos asesorado, considerando la red especializada de derivación procederá a remitir el caso a una instancia donde el demandante de ayuda recibirá tratamiento. El desenganche del caso se dará de forma gradual, lo cual nos permitirá verificar si el consultante ha seguido las pautas indicadas.

En el segundo caso, se asignará a un profesional quien se hará cargo del caso.

Para el efecto se recomienda considerar los siguientes criterios:

1. Evaluación de recursos humanos y económicos.
2. Características del cuadro clínico.
3. Ubicación geográfica y tipo de llamada (domicilio, calle, trabajo, etc.).
4. Antecedentes de enfermedades psiquiátricas o psicológicas.
5. Antecedentes policiales y/o judiciales.
6. En caso de crisis agudas o intoxicación, informar sobre las alternativas de emergencia, las cuales cuentan con ayuda psiquiátrica y / o psicológica. (Ello, al margen de los hospitales de salud mental estatales y del Seguro Social). Estas alternativas deberán estar relativamente cerca a donde se encuentra el paciente.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, M. (1978).** Contribución al estudio de la historia natural de la dependencia a la pasta básica de cocaína. En: Revista de Neuro-Psiquiatría, Vol. 41, No.2, págs. 44-53.
- CASTRO DE LA MATA, R. (1989).** Aspectos farmacológicos de la pasta básica de cocaína. En: F. R. León y Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína: Un estudio multidisciplinario. CEDRO.
- CEDRO: Rojas y Castro de la Mata (1998).** Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. Monografía de Investigación Científica No. 17. CEDRO.
- CONTRADROGAS-PNUFID (1999).** Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe General. Lima.
- ELSTER, J. (1999).** **Addiction.** Entries and exits. Russell Sage Foundation, New York. 310 pp.
- FREYRE, E. (1997).** La salud del adolescente. Aspectos médicos y psico-sociales. Ed. UNAS, 2da. Edición. Arequipa.
- GOODMAN, A.; GOODMAN, L. y GILMAN, A. (1982).** Las bases farmacológicas de la terapéutica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- GRINSPOON, L. y BAKALAR, J. B. (1997).** Marihuana. La medicina prohibida. Paidós Ed., Barcelona. 205 pp.
- JERÍ, R.; DEL POZO, T. y FERNÁNDEZ, M. (1978).** El síndrome de la pasta de coca. En: Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior, Vol. 39, No.1, págs. 1-18.
- KLEBER, H. and GAWIN, F. (1984).** Cocaine abuse at review of current and experimental treatment. In: Grabowski Ed. Cocaine: Pharmacology, effects and treatment of abuse. NIDA. Research Monograph No. 50, pp. 111-129.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN-PNUFID (1999).** Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condicionantes en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial. Proyecto: Programas de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas en Educación Primaria y Formación Magisterial. Lima
- NAVARRO, R. (1989).** Aspectos clínicos de la dependencia a la pasta básica de cocaína. En: F. R. León y R. Castro de la Mata (Eds.). Pasta Básica de Cocaína: Un estudio multidisciplinario. CEDRO.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2001).** Daley, D. Approaches To Drug Abuse Counseling. Dual Disorders Recovery Counseling. Center for Psychiatric and Chemical Dependency Services University of Pittsburgh Medical Center.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2001).** Hoffman, J. A.; Jones, B.; Caudill, B. D.; Mayo, D. W. and Mack, K. A. Approaches To Drug Abuse Counseling. The Living in Balance Counseling Approach.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). (2001)** Sipe, F. Approaches To Drug Abuse Counseling. A Counseling Approach.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2001). Washton, A. M. Approaches To Drug Abuse Counseling. A Psychotherapeutic and Skills-Training of Drug Addiction. The Washton Institute.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). (2001). ÉXTASIS. Infofax.

NIZAMA, M. (1979). El síndrome de la pasta básica de cocaína. En: Revista de Neuro-Psiquiatría, No. 2, pp. 114-134.

NIZAMA, M. (1985). Sociedad, familia y drogas. MARSOL, Ed.

OLIVER, E. (1987). Estudio en hijos de fármaco-dependientes a la pasta de coca. Tesis de Doctor en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

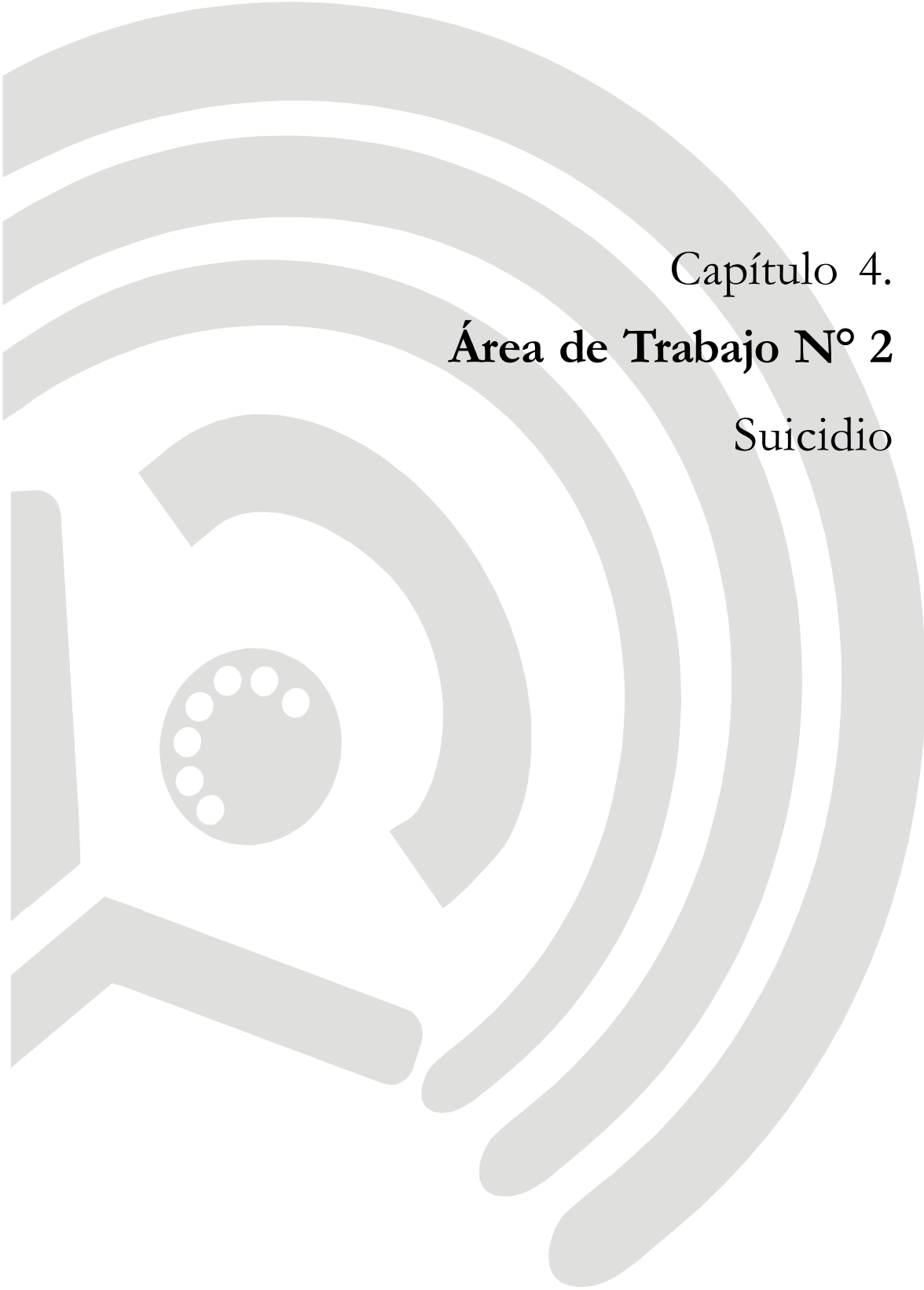
PALY, D.; VAN DYKE, C.; JATLOW, P.; JERÍ, F. R. y BYCK, R. (1980). Niveles plasmáticos de cocaína en indígenas peruanos masticadores de coca. En: F. R. Jerí. Cocaína 1980. Pacific Press. Lima

PERKINSON, R. R. (1997). Chemical dependency counseling. A practical guide. SAGE Publications. 431 pp.

RUBIO, G. y ÁLAMO, C. (1998). ÉXTASIS: Una droga para la controversia. Colección: Psico-biología y Salud. Promolibro, Valencia.

THOMBS, D. L. (1999). Introduction to addictive behavior. The Guilford Press. New York, pp. 304.

WASHTON, A. M. (1995). La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Paídos Ed. Barcelona. pp. 307.



Capítulo 4.

Área de Trabajo N° 2

Suicidio

Capítulo 4.

Área de Trabajo N° 2

Sucidio

ANTECEDENTES

En el año 1971 un Comité específico de nomenclatura y clasificación mencionó el término “Suicidalidad” (Beck, 1971) englobando a “ideadores”, “intentadores” y “consumadores” de suicidio como grupos superpuestos; señalándose el alto riesgo de los intentadores que lo elevan hasta cien veces el de su población de referencia el año siguiente al intento (Barraclough, 1974; citado por Vásquez, 1999). No obstante, la distinción entre suicidio e intento aún sigue siendo compleja

Son cada vez más los estudios que indican que el intento de suicidio es precursor del suicidio consumado, y es tal vez el mayor indicador de riesgo para el acto fatal. Algunas fuentes indican que el 6,4% de pacientes que realizaron un intento serio de suicidio lo consumarán alguna vez en los siguientes 5 años; así como se ha determinado tasas específicas de intento suicida en trastornos de ansiedad, esquizofrénicos y depresivos.

En estos últimos el riesgo de reiteración del intento es mayor dentro de los tres meses siguientes al primer intento y se asocia la depresión tanto a los intentos como al suicidio mismo. En general, se ha calculado que alrededor del 10% de pacientes que intentaron suicidarse lo logran en el lapso de 10 años (Vásquez, 1997; Wolk y Weissman, 1996).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 se han registrado alrededor de 800,000 suicidios en todo el mundo. En países europeos, el suicidio es considerado un problema de salud pública dado que se encuentra entre las diez primeras causas de muerte entre la población general (Malone et al., 1995, citado por Durand et al., 1999)

Por otro lado, un número no despreciable de sujetos, incluyendo niños, púberes y adolescentes (Wolk y Weissman, 1996) que intentan suicidarse o logran el suicidio, advirtió de su intención a familiares o amigos. Se ha reportado que casi la mitad de suicidas, consultaron con un médico, psicólogo, consejero, etc. y hasta ¼ de ellos lo hicieron con un especialista (PAHO, 1985; Bech, 1975; citado por Vásquez, 1997)

En lo que se refiere a investigaciones que dieron grandes aportes al campo del suicidio se encuentra el estudio ya clásico de San Diego, California (Miller, 1991) desarrollado entre los años de 1981 y 1983. Se trata de uno de los estudio más detallados sobre suicidio. Para el efecto se investigaron 283 suicidios consecutivos; uno de los

hallazgos fue la ocurrencia de mayor consumo de drogas psicoactivas en el 58% de los suicidas.

Ello dio la pauta para comprender que la adicción a sustancias jugaba un rol importante como condicionante para los suicidios en todas las edades. La adicción propiamente dicha fue el principal diagnóstico en el 39% de los casos. El equipo de investigación concluye que el 58% de las adicciones en casos de suicidio reportados por este estudio, representa un incremento del riesgo en la población en general.

Ahora bien, en nuestro medio la prevalencia e incidencia del comportamiento suicida es complicado de estimar, dado que hay déficit de estudios de vigilancia epidemiológica y escasa información sistematizada, aún siendo el suicidio ya un problema social preocupante.

No obstante, entre los pocos reportes tenemos el de **Perales et al. 1996**, quienes llevaron a cabo una investigación en el distrito de Magdalena con 200 adolescentes. El tema fue la salud mental; los jóvenes manifestaron algunas conductas violentas intencionales, como la presencia de ideación y/o conductas auto / hetero agresivas. En general, el 16% de los adolescentes hizo referencia a ideación suicida; el 3% a haber tenido ya intento de suicidio; y 1,5% a ideación homicida. En la comparación por subgrupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Vásquez (1997-a), a través de un estudio prospectivo estudió a 29 pacientes con intento de suicidio, los mismos que fueron atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En el se consideró un proceso de valoración propuesto por el autor junto al equipo multidisciplinario del servicio.

Dicho proceso se resume en 10 preguntas: 5 principales o específicas buscando la real intención del paciente, si se proponía morir, los problemas que afrontaba, el diagnóstico psiquiátrico y si disponía de recursos psicológicos útiles. Las otras 5 subsidiarias o complementarias evaluaron: planteamiento del acto, toma de precauciones, búsqueda de ayuda, peligrosidad del método y si existió un acto final.

Dada la valoración, se correlacionó 2 preguntas principales, 2 subsidiarias y la toma de decisión de internamiento. Si el paciente intentador se proponía morir (37,9%) y si carecía de recursos psicológicos útiles (31,0%), se decidió la hospitalización inmediata en 34,5% de los pacientes, significando buen nivel de correlación.

Asimismo al correlacionar 2 preguntas subsidiarias: planificación del intento y uso de métodos peligrosos, con el 31,0% y 37,9% respectivamente, se dispuso internamiento en 34,5% de pacientes, apreciándose también buen nivel de correlación entre sí, y cifras similares en las dos áreas evaluadas para determinar la hospitalización; el porcentaje restante, 66,5% fue objeto de manejo ambulatorio.

Se reportó un solo caso de reiteración del intento en la muestra, a lo largo de 4 semanas.

El mismo autor, **Vásquez (1997-b)**, lleva a cabo un estudio descriptivo-retrospectivo en 255 casos de intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en el lapso 1994-1996, con el objeto de ampliar la información obtenida en la investigación anterior, identificar y registrar variables demográficas, sociales y clínicas mediante una ficha especial, y propiciar la

aplicación de programas preventivos del suicidio por su cada vez más estrecha relación con el intento de suicidio y algunas consideraciones comunes encontradas para ambos fenómenos en varias latitudes y en nuestro medio.

Entre otros datos, destaca la afectación predominante en este estudio, de la población joven (15-34 años) y fundamentalmente femenina (relación de 3.4/1). Los motivos que condujeron al intento de suicidio fueron con mayor frecuencia sentimentales, conyugales y familiares. Los métodos más utilizados fueron los químicos, con sobredosis de psicofármacos (ansiolíticos principalmente) así como insecticidas; en el sexo masculino se apreció el uso frecuente de métodos mecánicos, generalmente violentos.

Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos depresivos, ya sea reactivos, depresión mayor o distimia, seguidos de trastornos psicóticos, de personalidad y otros. Se observó reiteración de intentos suicidas en más de la mitad de la población muestral.

En una investigación llevada a cabo por el equipo de **Anticona et al. (1999)** del hospital Víctor Larco Herrera, respecto a la epidemiología del intento de suicidio registrado en el servicio de emergencia del mencionado nosocomio, de un total de 880 atenciones psiquiátricas, se registraron 94 pacientes con intento de suicidio (10,7%), de los cuales 29 fueron hospitalizados.

Se determinaron que los problemas familiares (61,9%) era el factor más importante dentro del grupo de edades (10-17 años) constituido por los púberes y adolescentes. Los conflictos de pareja (39,2%), los trastornos de tipo psiquiátrico, así como el ser mujer, eran, igualmente, potenciales factores de riesgo en la población estudiada.

En los pacientes hospitalizados solteros (70%), desocupados (52%), ingresos económicos bajos (0-399 soles, 44%).

El método más usado fue la ingesta de fosfatos orgánicos (46,8%). La depresión (28%) fue el diagnóstico más frecuente en el total de pacientes y la Esquizofrenia (48%) en los hospitalizados.

Asimismo, se evidenciaba un espectro en relación con relación a la severidad del intento de suicidio teniendo en un extremo a los Trastornos de Adaptación, que fueron tratados en forma ambulatoria y en el otro a los Trastornos Esquizofrénicos, que necesitaron ser hospitalizados.

Últimamente **Duran et al., 1999**, desarrollaron una investigación transversal, descriptiva y analítica de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza". Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas; la primera constó de tres partes: filiación, episodio actual y antecedentes; y la segunda fue el CIE-10 (DSMIV).

Se determinó las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia del episodio depresivo mayor en la población de estudio.

Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis

de psicofármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41,9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con el sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

4.1. Conceptos Básicos

La conducta suicida ha convivido con la conducta humana desde los albores de la civilización. Sin embargo, no existen elementos suficientes para establecer perfiles y extrapolarlos con los patrones actuales; aunque pareciera que el comportamiento casuístico actual del fenómeno del suicidio se estaría inscribiendo dentro de una curva ascendente, ello debido a un indeterminado número de factores como la situación económica recesiva, la crisis moral, familiar, pobreza extrema, desempleo, elevado número de casos de alcoholismo crónico y otras drogadicciones, entre otras problemáticas sociales.

Con relación a los estresores psicosociales mencionados, Levi (1988) y Vásquez (1997,a-b) dicen que la estructura social y los procesos sociales actúan como estímulos psicosociales sobre el ser humano, quien responde de acuerdo a su programa psicobiológico individual. Cuando tal ajuste fracasa el organismo tiende a reaccionar con diversos mecanismos desadaptativos, sea en el ámbito cognitivo, afectivo, conductual o fisiológico, los mismos que sumados a determinadas variables ínter actantes, pueden provocar la aparición de intentos de suicidio y de comportamiento suicida propiamente dicho.

En este contexto, podemos considerar, del mismo modo, algunos otros factores, como: la carencia de oportunidades de estudio u otros espacios de progreso para la población joven, la insatisfacción de necesidades básicas, la falta de información respecto a alternativas de tratamiento en caso de enfermedades crónicas; así como la aparente asociación entre la variación estacional y el suicidio (Retamal et al., 1997).

En efecto, el equipo de trabajo del mencionado autor recopiló información de los Anuarios de Estadística del Servicio Médico Legal de Chile entre los años 1979 y 1990, y que corresponde a las autopsias realizadas por esa institución.

El equipo de Retamal et al. (1997), determinó que para la región de Santiago, los suicidios de 1979 a 1990 separados según mes; se observa que el mayor porcentaje de suicidios se produce en el mes de diciembre: 11,04%, respecto del total de muertes (3,685 casos).

En octubre 9,58%, en noviembre 9,39% y en enero 8,9%. Se observa una disminución de suicidios en abril, mayo, junio y julio, y aparece una importante diferencia entre el total de casos en los meses cálidos (1,334 suicidios) y los meses más fríos (1,045 suicidios), en tanto que en los meses restantes queda un valor intermedio (1,206 suicidios). Finalmente, los autores sugieren que estas variaciones estacionales probablemente forman parte de los ritmos biológicos que en general exhiben las enfermedades afectivas.

Ahora bien, considerando que la población púber y adolescente constituye en el Perú aproximadamente el 25% de la población total, diversos investigadores han identificado para estas etapas de crecimiento y desarrollo tareas evolutivas que se

vinculan, por un lado, al inicio de la pubertad y sus acelerados cambios físicos, incluyendo el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios; y por otro, a la maduración intelectual y consolidación de la personalidad.

Se ha señalado al desarrollo del sentido de la identidad relacionado estrechamente con el éxito alcanzado en el establecimiento de la confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad, proceso facilitado por la identificación con los padres y sustitutos adecuados. El sentido de identidad implica, además, el sentimiento de solidaridad con las ideas y valores del grupo social al cual pertenece.

Para **Perales et al. 1996**, la adolescencia, con todos los cambios que le son inherentes, puede dar lugar a una pubertad atípica en el sentido de precocidad o retardo de la maduración física, la cual, a su vez, puede conducir a sentimientos de inferioridad, autoestima inadecuada; dando lugar en no pocos casos a un círculo vicioso de conducta perturbada que, precedida de inseguridad o ansiedad, puede transitar de la angustia a la idea de suicidio, y de ésta a la determinación fatal.

Freyre (1994) informa que en las estadísticas de mortalidad en adolescentes en los Estados Unidos y Latinoamérica, suicidios, homicidios y accidentes es la primera causa de muerte en esta población, no siendo, obviamente el Perú, una excepción de este hecho.

Consecuentemente, estos períodos de desarrollo psicosocial constituyen etapas de la vida sujetas a múltiples riesgos asociados a un macro ambiente poco favorable. Particularmente en nuestro país, las variables psicosociales, económicas y políticas de la salud mental impactan en estos grupos etáreos a través de varias vías.

Entre ellas, los relacionados a la posibilidad de ingreso a la Población Económica Activa (PEA), ya en forma inmediata, para lo cual debe enfrentar el agudo problema de la falta de oportunidades de empleo y su nulo adiestramiento para competir en el mercado laboral; o mediata, a través de la capacitación universitaria que elija, para lo cual deberán competir con muchos otros adolescentes en un proceso de ingreso cada vez más exigente pero reducido.

La presión económica sentida en los hogares, especialmente en aquellos de escasos recursos, tiene un límite real de tolerancia; en tal situación, el adolescente joven en particular, es cada vez más presionado(a) a producir lo que sea y cómo sea, con lo cual no solamente aumentará su tensión sino que, con frecuencia, generará conflictos de opinión entre los padres u otros miembros de la familia.

En la vertiente económica y necesidad productiva cabe recordar que, con relación al desempleo juvenil como factor de riesgo para los diversos comportamientos de riesgo, se señalaban tasas de 2,3 a 3 veces mayor que las del desempleo total, llegando en algunos barrios de extrema pobreza al 70% (**INEI, 1998**).

En el Perú, la tasa es más alta en el grupo de 14 a 24 años, 15,8%, que la del desempleo global, 9, 4%, siendo el subempleo en los primeros de 76%. Es evidente, por tanto, que una consideración adecuada de la variable socioeconómica resulte elemento indispensable en la comprensión de la conducta suicida, entre otros comportamientos riesgosos.

4.1.1. Suicidio.

Asumimos al suicidio como el acto auto inflingido que termina en la muerte y que es llevado a cabo con pleno conocimiento de sus consecuencias.

Dependiendo del país o región, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte entre los jóvenes varones de 15 a 24 años y el cuarto lugar en las mujeres de esas edades.

Los métodos usados para el suicidio varían en función del país, sexo, condición económica, etc. Aparentemente, los varones recurren más a las armas de fuego y las mujeres al envenenamiento, mientras que la sofocación es más o menos similar en ambos sexos.

Freyre (1994) describe cuatro fases en el proceso evolutivo por el que atraviesa el acto suicida, obediendo ello a un sin número de factores:

- a. Se ha podido observar que en adolescentes con antecedentes de intento de suicidio, priman vivencias conflictivas y de crisis durante su infancia y niñez, pudiendo ello ser un factor predisponente a incrementar su vulnerabilidad. Dentro de estos podemos encontrar: conflictos parentales, ausencia emocional o física de uno de los padres, alcoholismo, maltrato, etc.
- b. *Fase de escalada adolescencial*: la problemática ocurrida durante las fases anteriores, se incrementa en la adolescencia con relación a las vicisitudes del proceso adolescente y a la conciencia que se hace en esa época de los problemas sufridos antes. En la medida que los intentos compensatorios fracasan o la problemática persiste, el adolescente puede sentirse aislado de su familia y afectarse su desenvolvimiento social.
- c. *Aislamiento social progresivo*: el joven se aísla más de sus padres, y pierde la capacidad para comunicarse con ellos y para expresar sus sentimientos con palabras. Si sus mecanismos adaptativos fallan, se va aislando progresivamente de sus amigos, se deprime y tiende a adoptar conductas riesgosas. La depresión suele ser progresiva.
- d. *Fase final*: cuando la depresión y/o aislamiento se incrementa, así como también la autoestima, autoconcepto y autovaloración se encuentren afectadas y disminuidas, surge primero la idea suicida, lo que lleva luego al intento suicida.

4.1.2. Intento de Suicidio.

Conocido también como acto suicida va a denotar una supuesta intención de terminar con la vida pero con un resultado no mortal. Esta conducta puede estar caracterizada por ingerir sustancias tóxicas capaces de llevar a la muerte, hacer cortes en zonas vitales del cuerpo, lanzarse de los edificios, etc. Estas acciones en ocasiones resultan no ser fatales.

Habría que considerar que todo intento suicida implica un riesgo potencialmente alto que puede terminar en muerte segura; muchas veces sin tener esta intención.

4.1.3. Riesgo de Suicidio.

Es la posibilidad de que ocurra la muerte en función a ciertas circunstancias previas o actuales.

4.2. Factores de Riesgo

2.2.1. La Edad.

Los grupos de edades más vulnerables al comportamiento suicida vendrían a ser la adolescencia, el climaterio y la edad avanzada.

La adolescencia, se caracteriza por ser una etapa donde se puede dar la crisis de identidad, la cual lleva a cuestionamientos sobre sí mismo / a y el mundo. Al fracasar en la solución de ciertos conflictos, el chico / a pueden caer en una suerte de vacío existencial, traduciéndose ello en un espacio de alto riesgo.

Por el lado del climaterio, en esta fase se pueden originar ciertos cambios de índole hormonal. Por tanto, la persona está propensa a una serie de cambios a partir de un desequilibrio bioquímico y psicológico, lo cual pone en riesgo al sujeto.

En lo que se refiere al estadio de la senectud, suele encontrarse un estado emocional variablemente debilitado; pudiendo ser la depresión marcada, ello debido a los cambios físico, psicológico y social, manifestada por la pérdida de habilidades psicológicas o físicas, poca o nula atención de los seres queridos o por incompreensión. Todo esto puede inducir a sentir incompetencia y falta de motivación por la vida e incitar, por lo tanto, al suicidio.

4.2.2. Dependencia del Alcohol y otras Drogas.

El consumo compulsivo e incontrolable de drogas psicoactivas pueden originar graves intoxicaciones y en determinados casos, la aparición de cuadros de depresión, psicosis, etc. los cuales se pueden asociar a la autodestrucción de manera lenta o inmediata. En situaciones de cuadros depresivos generadas por el consumo recurrente, el sujeto puede optar por el suicidio dentro de la crisis de depresión, excluyendo el cuadro psicótico.

4.2.3. Desequilibrio Emocional.

El ser humano no asiste a los acontecimientos de la vida de modo neutral ya que toda vivencia tiene un matiz afectivo. El atravesar situaciones conflictivas pueden llevar a las personas a tener emociones tales como miedo, temor o angustia, etc. Si bien la reacción puede favorecer conductas adaptativas, en otras su desproporción cuantitativa y cualitativa puede desorganizar el comportamiento del sujeto (Vallejo,1986).

2.2.4. Problemas Económicos.

La situación económica y social de una sociedad como la nuestra caracterizada por una acentuada crisis valorativa, económica, civil y cultural; constituye un factor de riesgo, ya que merma la motivación en las metas y objetivos de vida de los sujetos, ocasionando así sentimientos de incompetencia, desesperación, angustia o depresión, frustración, conduciendo esto en algunos casos, al suicidio como una salida final.

2.2.5. Problemas Familiares.

La estabilidad del sistema familiar, así como una adecuada dinámica, se consideran necesarias en la salud tanto grupal como individual de sus miembros.

Así, si en el sistema familiar predominan conflictos, desconfianza, agresiones, inadecuada comunicación, incompatibilidad de caracteres, entre otros comportamientos nocivos, estos eventualmente pueden desestabilizar el sistema, con repercusiones en mayor o menor grado en cada uno de sus miembros.

4.2.6. Problemas Sentimentales.

La predisposición a sufrir trastornos depresivos o algún otro cuadro clínico, asociado a la falta de confianza en sí mismo, desesperanza, apatía, etc. puede sensibilizar a una persona a no poder enfrentar adecuadamente decepciones sentimentales o alguna frustración (Ruíz, 1998). Ello, condicionaría, en muchos casos, atentados en contra de su propia vida.

Ahora bien, según recientes investigaciones, los factores psicopatológicos serían más importantes que los factores ambientales como elementos de riesgo para suicidio.

4.3. Lo que Necesitamos Conocer Sobre el Suicidio.

4.3.1. Mitos sobre el Suicidio

FALSO	CIERTO
1. Personas que hablan del suicidio rara vez se suicidan en realidad.	1. Personas que se suicidan a menudo dan un indicio o una advertencia de sus intenciones. Alguien que piensa o habla del suicidio debe buscar la ayuda profesional.
2. La persona suicida desea morir y siente que no hay un punto de regreso.	2. Las personas suicidas a menudo se sienten ambivalentes acerca de la idea morir.
3. Es mínima la correlación entre el alcohol y el suicidio.	3. Alcohol y suicidio a menudo van de la mano, o sea, una persona quién comete suicidio a menudo está bajo la influencia del alcohol u otras drogas.
4. Un intento de suicidio significa que quien lo intenta siempre tendrá pensamientos de suicidio.	4. A menudo un intento de suicidio se hace durante un período particularmente estresante. Una vez superado este momento adecuadamente, las ideas suicidas tienden a desaparecer.
5. Si usted le pregunta a una persona directamente, «¿Tiene la intención de matarse?» esto conducirá a un intento de suicidio.	5. Preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo aliviará la ansiedad alrededor del sentimiento y actuará como un impedimento al comportamiento suicida.
6. El suicidio es más común entre los ricos.	6. El suicidio afecta a todas las clases sociales, por igual.
7. El comportamiento autodestructor es solamente una acción para recibir atención.	7. Todo comportamiento autodestructor es grave y puede ser letal. Alguien quién se comporte de maneras auto-destructoras se beneficiaría de la ayuda profesional.
8. Mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo suicida se acabó.	8. Cuando una persona suicida empieza a sentirse mejor, él o ella todavía se confrontará con problemas y responsabilidades. Esto puede ser muy difícil y puede conducir a un retorno de los pensamientos suicidas. Puede tomar meses para sentirse sistemáticamente mejor y en control.

4.3.2. Signos de Advertencia del Suicidio

- ☐ *depresión*
- ☐ *desesperación, incapacidad*
- ☐ *ira u hostilidad*
- ☐ *incapacidad para sentir el placer*
- ☐ *culpabilidad*
- ☐ *aislamiento o supresión*
- ☐ *insomnio*
- ☐ *pérdida de apetito*
- ☐ *impulsividad*
- ☐ *preocupación por la muerte*
- ☐ *pensamientos, palabras o acciones centrados en el «fin»*
- ☐ *regalando cosas que se valoran*
- ☐ *terminando relaciones o compromisos significativos*
- ☐ *elevación súbita en el estado de ánimo después de la depresión*
- ☐ *cambio súbito en el comportamiento o comportamiento desestabilizante*
- ☐ *promiscuidad*
- ☐ *explosiones severas del genio*
- ☐ *uso excesivo de sustancias*
- ☐ *ausencia en el trabajo o la escuela*
- ☐ *incapacidad para llevar a cabo las tareas normales de la vida diaria*

4.3.3. Maneras de Ayudarse Cuando Usted Está Sintiendo con Riesgo Suicida

- a. Busque la ayuda de una persona significativa que pueda ayudarlo. Pida apoyo a un consejero, terapeuta, amigo(a), miembro de su familia u otra persona de su confianza.
- b. Manténgase a distancia de cualquier medio de suicidio. Si usted está pensando en tomar una sobredosis, deshágase de cualquier pastilla o de sus medicamentos, o déselos a alguien quien pueda dispensárselos de acuerdo a lo recetado por su médico tratante. Temporalmente remueva todo objeto peligroso de su hogar.
- c. Evite el alcohol u otra droga no prescrita para usted.
- d. No trate de hacer las cosas para las cuales usted tiene probabilidad de fracasar o que encuentra difíciles hasta que usted esté sintiéndose mejor.
- e. Sepa cuales son sus límites y no trate de ir más allá de éstos hasta que usted se sienta mejor. Fije metas realistas para sí mismo(a) y trabaje hacia ellas lentamente, un paso a la vez.
- f. Haga un horario / calendario escrito para sí mismo(a) cada día y sígalo no importe lo que pase. Fije prioridades para las cosas que necesitan hacerse primero. Tache las cosas en el calendario según las realice. Un calendario escrito le da un sentido de predecibilidad y control. El tachar las tareas según usted las completen le da un sentimiento de logro.

Y, mientras usted esté haciendo todo esto, no olvide de programar actividades agradables como algunas de las siguientes:

- Escuchar música alegre
- Buscar compañía grata (amigos, familiares, etc)
- Buscar llamar por teléfono a servicios de consejería.
- Tomar un baño caliente.
- Escribir cosas positivas que le hayan sucedido
- Gozar de un pasatiempo.
- Tocar un instrumento musical
- Respirar profundamente; si Ud. conoce algún método de relajación practíquelo.
- Leer un libro o una revista con énfasis en el entretenimiento.
- Hacer ejercicios físicos
- Salir con compañía grata.
- Si Ud. Está en tratamiento, contactarse con su terapeuta.

- g. Asista a su salud física. Coma una dieta bien balanceada. No salte comidas. Consiga reposo que usted necesite, y haga ejercicios regularmente.
- h. Converse con otra persona. Hable de sus sentimientos o acerca de otro tema probablemente será útil.
- i. Recuerde que esto no es una condición permanente.

4.4. Intervención Telefónica en Casos de Intento de Suicidio.

Es indudable que para abordar este tipo de casos es necesario tener ciertas habilidades y recursos. En efecto, el consejero deberá reunir algunas condiciones, como contar con una personalidad estable, que tenga un adecuado manejo de sus emociones, capaz de poder comprender la problemática del paciente, sin involucrarse en ella.

Así mismo, se deberá tener una formación sólida en el manejo de psicopatología, haber pasado por supervisión clínica, entre otras condiciones.

Ahora bien, el esquema de intervención evidentemente estará caracterizado por dejar espacios razonables para que el sujeto se exprese y sustente sus argumentos; luego, si es necesario, se presentarán alternativas reales a una eventual salida, una de ellas -si no la prioritaria- será el brindarle la posibilidad de una acogida inmediata en el servicio.

Cuando hablamos de estrategias, se deben considerar las circunstancias que desencadenaron las ideas suicidas y no sólo la conducta en sí (**Barreto, 1991**).

Otro aspecto importante es que el consejero no deberá entrar a polemizar o analizar desde el punto de vista ético, religioso o moral, el tema en cuestión; o si está en acuerdo o desacuerdo con esta conducta. Igualmente, se deberá tener en cuenta que esta persona -el suicida- no recibirá críticas a su conducta; más bien espera motivación para evitar el acto.

Es evidente que el trabajo que llevará a cabo el consejero telefónico, al final no sólo lo «moverá» o agotará, sino que experimentará miedo o angustia y algunas veces hasta culpabilidad, quizá por la impotencia de no poder hablar directamente con el consultante. En cualquier caso, es necesario tener presente que la tarea de decisión del

acto siempre estará en manos de la persona que llama, no del consejero.

Finalmente, el consejero o consejera, puede seguir las pautas indicadas en el punto «Maneras de ayudarse cuando Ud. está sintiéndose suicida», a manera de soporte e intentar reducir las probabilidades del acto fatal

4.4.1. Algunas Estrategias.

A. Apertura y Mantenimiento de la llamada.

Un primer punto a alcanzar en la apertura de la llamada será el empleo de la actitud de escucha y secundariamente del diálogo. Para el efecto se tratará de generar confianza, comprensión, empatía; así como respetar escrupulosamente el momento por el que está atravesando el sujeto.

El consejero deberá dedicar todo el tiempo posible o el que demande la persona del otro lado de la línea, sin mostrar un mínimo de apresuramiento, al igual que denotar que se está totalmente dispuesto a escuchar.

El objetivo será que el sujeto alcance a confiar en el consejero; que puede llegar a cierto nivel de seguridad de lo que desea hacer y que entienda que en el otro lado de línea hay una persona capacitada, quien podrá ayudarlo a encontrar alternativas de solución frente al problema planteado.

Finalmente, en lo posible no olvidar de consignar algunos datos personales básicos, como son: teléfono, dirección, nombre; ello, nos podría ayudar en algún momento para trabajar lo referido a la red de apoyo y la eventual inserción de la familia en algún tipo de ayuda.

B. Exploración del Plan del Acto Suicida.

Urge -directa o indirectamente- evaluar si el sujeto está listo / a para poner en marcha el plan suicida. En todo caso, hay preguntas claves para armar alguna estrategia de contención.

Por ejemplo:

¿Está Ud. solo/a?, ¿Ya ha llevado a cabo algún aspecto de su plan?,
¿Ha consumido alguna sustancia en estos momentos?,
¿Porta Ud. arma? y
¿De dónde está llamando?, etc.

C. Estado Emocional o Afectivo.

Se estará atento en dilucidar el estado anímico del sujeto. Sus emociones y la expresión de estas, haciéndole ver que del otro lado de la línea hay una persona que lo está escuchando incondicionalmente. Así también, a través del discurso se podrá seguir la forma cómo hila sus pensamientos, sus emociones y su expresión.

D. Personalidad.

Lo anterior guarda relación con el hecho de inferir cómo se auto valora y cómo se percibe el sujeto.

En este segmento es muy importante el análisis de la demanda dado que, terapéuticamente habrá que valorar y reconocer las fortalezas del demandante para trabajar con ellas.

E. Evaluación del Potencial Suicida.

Para el efecto se tendrán en consideración tres elementos:

1. Noción de los parámetros de la salud mental del sujeto.
2. Circunstancias o activadores que han desencadenado la conducta.
3. Potencial suicida.

En lo que respecta al tópico 1, se estará atento a los signos y síntomas que pueden entrar en juego dentro del discurso del sujeto, los mismos que nos pueden servir como indicadores del nivel de depresión por la que atraviesa el sujeto o de alguna alteración mental que subyace al acto suicida.

Esto implica, así mismo, ubicación en las tres esferas básicas: tiempo, persona y espacio / lugar. Las circunstancias o activadores de la conducta anteriores o actuales (tópico 2), están referidos a evaluar el tiempo de la trama o la reiniciación del acto en términos de ideas y pensamientos de la conducta suicida y el ver cómo las manejó. Finalmente, permite visualizar las condiciones, la situación desencadenante y, sobre todo, los recursos y el apoyo externo con los que cuenta el sujeto.

El tópico 3 apunta a explorar y evaluar las posibilidades de que el individuo ejecute la acción o tome esa decisión. Para tal efecto, existen factores que pueden ayudar a dilucidar el potencial suicida (**Barreto, 1991**)

De acuerdo con **Barreto (1991); Fincik (1986) y Ruíz (1998)**, se deben explorar y evaluar, los intentos previos de suicidio, la edad, la modalidad o forma del intento, etc.; el grupo comprendido entre los 15 y 25 años pareciera ser que es el más sensible o permeable. De otro lado, la existencia de una enfermedad crónica o irreversible; carencia de familiares o amigos; stresores psicosociales, el estado emocional de la persona, que podría estar asociado a la pérdida de un ser querido, abandono, apreciación de su imagen, frustración, presión o despido laboral, problemas económicos, etc.

Es decir, la forma cómo ha planificado el acto y la claridad con que lo percibe, aumenta el potencial de la acción.

Hasta este punto, si bien no se tendrá un acercamiento discreto del potencial suicida, sí se tendrá una noción más o menos estructurada del comportamiento y probabilidades de la toma de la decisión fatal; así, los últimos pasos en el mapa del consejero serán:

- a. Sobre la base de una pirámide de necesidades, priorizar y evaluar las quejas y problemas.
- b. Ayudar al sujeto en la identificación de alternativas considerando su realidad y la relación socio-familiar, laboral y de salud.
- c. Incidir, reforzar y encausar los recursos propios del sujeto (con ideas de suicidio), relevando el hecho que a través de sus recursos- es viable encontrar una salida a su determinación.

Al hablar de recursos o potencialidades innatas o adquiridas estamos hablando de sus aptitudes, habilidades, creatividad, inteligencia, fuerza laboral, capacidades, etc.

F. Algunas Consideraciones Finales

- Tener en cuenta la posibilidad de acogerlo en consulta.
- El hecho que haya llamado la persona nos indica la gran posibilidad que finalmente, el acto no se lleve a cabo.
- Estas llamadas generalmente tienen una larga duración en tiempo (de una hora como promedio).
- Se deberá asumir algún grado importante de compromiso, en términos de comprensión, confidencialidad, amabilidad y de apoyo, de tal forma que si se repitiera la llamada, en lo posible, deberá atenderlo la misma persona.

4.4.2. Abordaje Telefónico con la Familia del Suicida

Es obvio que el asesoramiento a la familia de aquel que intenta suicidarse es complejo y requerirá de toda una sinergia de acciones, manejo de información e igualmente, capacidad de escucha y empatía.

Los pasos a seguir tendrán un contenido más o menos similar al sugerido para la llamada del suicida:

- a. Recordar que por el hecho que puede suceder, o ya sucedió, estas familias se encuentran bajo una tensión emocional muy marcada y en un estado de crisis.
- b. Por lo tanto se tendrá que tratar de contrarrestar esos y otros estados emocionales con el auxilio de algunas técnicas, como: ejercicios de respiración, relajación, repetición de oraciones o frases que motiven a retomar la tranquilidad y la frialdad de los actos, etc.
- c. Sugerir al consultante la pronta búsqueda de ayuda profesional, tanto para el demandante como para su grupo de convivencia.
- d. Se tendrá a mano toda una red de apoyo inmediato de emergencia, con énfasis en aquellos que brindan este servicio durante las 24 horas con apoyo psiquiátrico o psicológico.

La presencia de cuadros de pánico, angustia o tensión es esperada, amén de una reacción muy marcada en el sentido de culpa. Es necesario, pues, trabajar este aspecto; en términos de precisar que no cabe debatir sobre culpables con relación al hecho; en todo caso aclarar que hay una gama de elementos facilitadores pero no una causa, sobre todo en el ámbito familiar.

Aquí se debe entender que el que tomará o ya tomó la decisión es el suicida, inclusive al margen de los factores inherentes al sujeto.

Desdichadamente, si el acto ya se llevó a cabo, el duelo del familiar se tendrá que trabajar con un objetivo claro, con respecto a la aceptación de la pérdida y el dolor.

En este nivel también es característico encontrar, del mismo modo, la culpa, la depresión, pérdida del equilibrio u homeostasis del funcionamiento familiar, etc.

Al respecto se pueden ensayar algunas respuestas, en todo caso una de las más adecuadas será hacer la remisión a una instancia especializada, o acogerlos en los consultorios del servicio.

4.4.3. Elementos básicos a tener en cuenta para la derivación

A. Con el Consultante:

- Remarcar la necesidad de recibir ayuda profesional (terapéutica) luego de haber cumplido con la tarea de contención emocional e inicio de la motivación.
- Presentarle, en todo caso las distintas alternativas de apoyo con la que puede contar.

B. Con la Familia

- Del mismo modo motivarlos para la iniciación de un proceso de terapia.
- Brindarles información básica y actualizada, además de la red de grupos de autoayuda, centros de terapia familiar y servicios de emergencia.

REFERENCIAS

ANTICONA, C.; USCATA, L.; FUENTES, M. y AGUIRRE, E. (1999). Epidemiología del intento de suicidio: Servicio de Emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera". En: Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental, V(3), No.1, págs. 11-22.

BECK, A. (1971). Suicidio. Comité de Nomenclatura y Clasificación. Filadelfia. USA.

DURAND, D.; MAZZOTTI, G. y VIVAR, A. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. En Revista de Neuro-Psiquiatría, No. 62, págs. 226-241.

FREYRE, E. (1994). La salud del adolescente. Aspectos médicos sociales. CONCYTEC, Lima.

LEVI, L. (1988). Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. En: Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. R. Kalimo, M.A.-Batawi & G.L. Cooper (Eds.). OMS - Ginebra

MILLER, N. (1991). Comprehensive Handbook of drug and alcohol addiction. M. Dekker, Inc. New York, pp.663-679.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (1985). The health of adolescents and youth in the americas. Scientific Publication No. 489, PAHO/WHO, Washington D. C.

PERALES, A.; SOGI, C. y SALAS, R. E. (1996). Salud mental en adolescentes del distrito

de Magdalena. Serie: Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Víctor Larco Herrera.

RETAMAL, P.; ORIO, M.; RESZCZINSKI, CI. Y HUMPHREY, D. (1997). Variación estacional del suicidio en Chile. En: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, No.43, V(2), págs. 118-121.

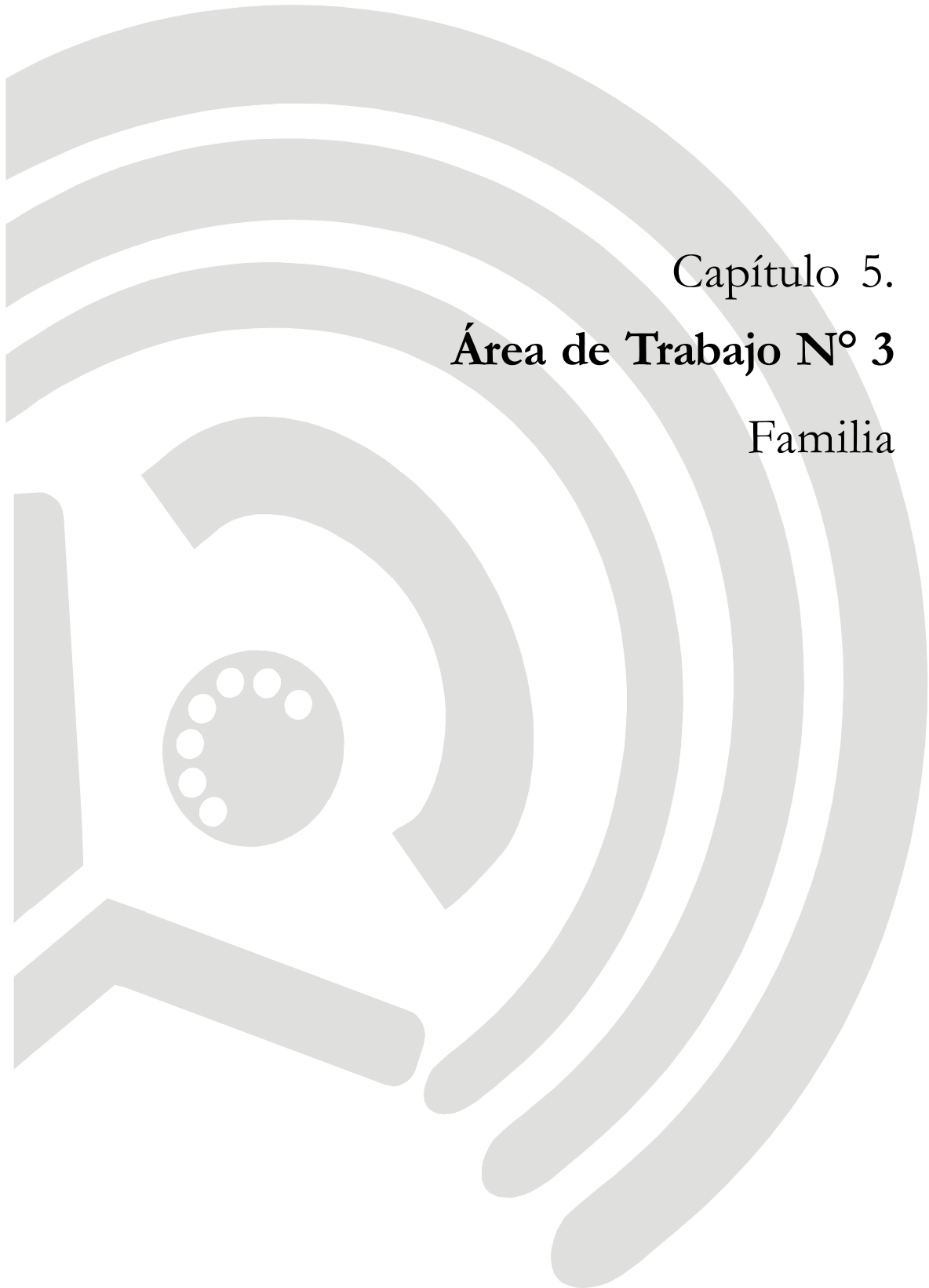
RUÍZ, A. (1998). Cómo ayudarse a uno mismo. Aplicaciones de la terapia cognitiva, para superar los problemas emocionales de la vida diaria. Editorial Instituto de Terapia Cognitiva & San Pablo. Santiago de Chile.

VALLEJO, J. (1986). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat Editores, S. A.

VÁSQUEZ, F. (1997-a). Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" 1994-1996. En: Anales de Salud Mental, XIII, Nos. 1-2, págs. 59-85.

VÁSQUEZ, F. (1997-b). Valoración del intento de suicidio, una aproximación para el manejo y tratamiento. En: Anales de Salud Mental, XIII, No. 1-2, págs. 37-57.

WOLK, S. I. and WEISSMAN, M. M. (1996). Suicidal behavior in depressed children grown up: Preliminary results of a longitudinal study. In: Psychiatric Annals, No.26, V(6), pp.331-335.



Capítulo 5.

Área de Trabajo N° 3

Familia

Capítulo 5.

Área de Trabajo N° 3

Familia

5.1. Fundamentos Básicos. Perspectiva Sistémica.

Ensayar un acercamiento al tema familia siempre ha sido complejo existiendo, incluso, posiciones encontradas sobre todo en lo que respecta a su conceptualización y a las teorías.

En este contexto, encontramos un amplio abanico de escuelas que tratan el tema en cuestión, como es el caso de la escuela Sistémica, enfoque que se apoya en la teoría general de los sistemas.

Tomando como base la corriente sistémica se intentará hacer una breve revisión de los conceptos esenciales que comprenden a la familia. Así como se tratará de dar información, pautas de educación y otros alcances a padres de familia, educadores, consejeros y personas deseosas de informarse y tener nociones básicas de orientación y asesoramiento.

Ahora bien, desde esta perspectiva la familia es un todo, compuesto por partes o subsistemas, que se determinan entre sí. Viene a ser una organización por definición, dirigida hacia un estado, una meta (**Minuchin, 1984**).

Asimismo, todo grupo organizacional se rige por principios ordenadores que determinan su curso y que además provienen de «afuera» y de «adentro» (**Bertalenffy, 1976**).

Si seguimos esta línea, un sistema es un todo unitario, donde las partes están interrelacionadas entre sí influyéndose mutuamente (**Bertalenffy, 1976**). Así, dentro de la familia la conducta de cada sujeto, estará relacionada e influenciada con la de los otros miembros. Los patrones comportamentales de cada sujeto, en todo caso, serán sostenidos y reforzados por el sistema. (**Watzlawick, 1981, 1983**).

5.1.1. Retroalimentación y Homeostasis.

La retroalimentación viene a ser un proceso circular, en el cual parte del mensaje es remitido de nuevo con información sobre el resultado preliminar de la respuesta, reiniciándose, nuevamente, en la entrada; haciendo, de esta manera, que el sistema se autorregule, sea en el sentido de mantener determinadas variables o de dirigirse a una meta deseada.

Watzlawick et al, 1983, por su parte, añade que la retroalimentación positiva es la información destinada a modificar la meta inicial, produciendo así una nueva movida (cambio en la interacción) diferente a la establecida permitiendo el cambio, la pérdida de equilibrio o estabilidad.

Para entender a la familia como sistema auto regulador pensemos en una situación en crisis. En estos casos la adaptación a una situación cambiante del entorno es necesaria, ya que se lleva a cabo, en la medida del potencial de reserva de los recursos propios de cada familia.

En este sentido, el sistema movilizará sus mecanismos reguladores para adaptarse al cambio. Ahora, si los mecanismos movilizados no son del todo efectivos para recuperar el equilibrio, el sistema deberá recurrir a otros diferentes que le den estabilidad.

En todo caso, las familias permanecen unidas gracias a cierto grado de retroalimentación negativa (proceso auto-correctivo por el que se contrarresta la desviación inicial de la retroalimentación, vale decir del detonante de la dificultad).

La evolución de los miembros de una familia la va a sensibilizar a cambios del sistema y su respectiva dinámica (**Watzlawick, 1983**). Si bien en toda familia es normal la existencia de diferencias entre todos sus integrantes, lo usual es que halla una actitud en común: conformar una organización que tienda al equilibrio y que satisfaga las necesidades de quienes componen dicho sistema (**Minuchin, 1995**)

Es sabido que la familia es un sistema auto regulado bajo sus propias reglas, las que variarán de acuerdo a las diferentes circunstancias y crisis de su desarrollo. Ello permite que el sistema se mantenga como una organización más o menos estable; garantizando así su estabilidad y permanencia.

Por otro lado, para que una estructura social se distinga de otras, es necesario el agrupamiento en torno a determinados individuos. El sistema familiar se diferencia de otros sistemas de acuerdo a características propias, al formar una nueva familia el individuo va a conformar un subsistema con el cual se interrelacionará más no así la pareja, quién conformará otro subsistema con su familia de origen. Por consiguiente mantienen un subsistema conyugal y un subsistema parental no interviniendo, ni siendo conductor de este último uno de los cónyuges y viceversa (**Minuchin, 1995 y Lidz, 1963**). Esta jerarquización de las funciones de la familia es un pre-requisito para su funcionabilidad (**Haley, 1980 y Minuchin, 1995**).

5.1.2. Comunicación Humana.

Los principios generales del uso del signo y su procesamiento sobre el fundamento de la teoría de la comunicación y de la teoría de la información, son piedras angulares en la interacción social humana, dado que ésta se ocupa de las interacciones de los seres humanos, debido a que el vehículo de las manifestaciones de las personas es el acto de comunicación.

Watzlawick et al. (1983) propone al respecto, que para poder fusionar los sistemas humanos dependen del intercambio y procesamiento de los signos, es decir la información.

El estudio de la comunicación puede dividirse en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática. Esta última comprende a aquella comunicación que afecta a la conducta. En todo caso, es la que suele interesar más a los terapeutas o consejeros de familia.

Si tomamos como base lo planteado, se puede decir que todo acto lleva en sí mismo muchos elementos de comunicación. Los sistemas humanos para poder funcionar requieren de intercambio y procesamiento de los signos, lo cual se logra a través de la comunicación. Este es el elemento articulador y facilitador de cualquier organismo o sistema vivo (**Bateson et al, 1976**).

Es básico decir que el proceso de comunicación puede ser dividido en dos tipos: Analógico y Digital, los cuales se hallan asociados a diferentes tipos de signos y señales.

El **Digital** se basa en signos y dígitos los cuales no tienen relación directa entre el signo utilizado y su significado, por ejemplo al utilizar la palabra ratón, la persona podrá comprender a que nos referimos si tiene codificado el significado del término y así entender lo que intentamos emitir. En un sentido más simple, nos estamos refiriendo al lenguaje verbal (**Bateson et al. 1976**)

En la **Analógica** existe una similitud fundamental entre lo que se expresa y la manera en que es expresado. Esta comunicación se observa en la interacción humana a través de la conducta no verbal, incluyendo las reacciones del lenguaje como son el tono, tiempo, ritmo, etc. Para **Watzlawick (1997)**, si bien son dos niveles diferentes de comunicación humana, ambas se superponen y retroalimentan.

Ahora bien, la comunicación se realiza de acuerdo a los comunicantes en dos niveles: **Simetría y Complementariedad (Bateson et al, 1976)**.

La simetría designa un patrón de relación que está basado en una búsqueda de igualdad y de minimizar las diferencias entre los comunicantes.

Al respecto, **Watzlawick (1997)** dice que la conducta de uno de los participantes tiende a igualar a la del otro y viceversa. En este sentido los participantes buscan igualar su conducta recíprocamente.

Por otro lado, los patrones de relación simétrica y complementaria se estabilizan mutuamente entre dos personas y así, se constituyen en importantes mecanismos homeostáticos (**Minuchin, 1995**).

5.1.3. La Estructura Familiar.

Para **Minuchin (1995)** la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Por su parte **Jackson (1976)** sostiene que la familia es un sistema gobernado por reglas, sus miembros se consideran entre sí de una manera organizada y repetitiva y esta estructuración de las conductas puede ser considerada como un principio que preside la vida familiar.

Por otro lado, cuando existen situaciones de desequilibrio, si éste va más allá del umbral de la tolerancia del sistema, éste incitará nuevos mecanismos para restablecer el nivel habitual (**Haley, 1980: a-b**).

En virtud a la dinámica del mecanismo que contribuye a la resistencia al cambio (morfogénesis), se observa que es posible alcanzar modificar el sistema familiar sin alterar la estructura de la misma, dado que esta -el sistema- tiene capacidad para adaptarse a los cambios circunstanciales. Ello demuestra que el sistema familiar a partir de las fortalezas innatas y de la activación de las mismas, pueden contribuir decisivamente en la amortiguación de las crisis y la resolución de los problemas rutinarios (**Bikel, 1982**).

De esta manera se podría decir que la familia como sistema, constantemente activa sus dos mecanismos que son los que en última instancia le permiten su perdurabilidad: por un lado, viene a ser flexible al cambio y; por otro, mantiene su estructura básica para no perder continuidad.

Al respecto **Lidz (1963)** añade que para cumplir con sus funciones divergentes o caóticas que comprenden generalmente conflictos, la familia ha desarrollado en cada cultura una organización y una estructura determinada.

Así, la familia sirve a tres grupos de funciones que se relacionan entre sí. Es posible que estas funciones relacionadas con la adaptación del ser humano, las que se dan dentro del sistema, no se cumplirán por separado, debiéndose fusionar en la familia:

1. La familia dirige y refuerza el desarrollo de la personalidad.
2. Forman un grupo de personas que la sociedad trata como una entidad.
3. Crea una red de relaciones de parentesco, proporciona status, incentivos y roles para sus miembros dentro de sistemas más amplios.

Es importante considerar que el núcleo de la familia está formado por los padres (o padre/madre) que permiten sentido de pertenencia y estabilidad de la familia de referencia.

Sin embargo, los tres grupos de funciones de la familia, con relación a los niños, los esposos y la sociedad, aunque interrelacionados y complementarios, pueden entrar en conflicto y cierto grado de crisis entre ellos, es inevitable.

5.1.4. Funcionabilidad y Disfuncionabilidad Familiar.

La polémica con respecto a la definición de «normalidad» y «anormalidad» así como de «salud» y «enfermedad», data de muchos años. Aún hoy es un tema en constante debate. Es en este sentido, que para entender a las familias hablaremos en adelante de funcionabilidad y disfuncionabilidad, pues son términos que se adaptan a la familia como sistema y que permiten entender la patología (**Haley, 1980: a y b**).

La Familia Funcional.

Se considera al familiar que está continuamente abierto al crecimiento y al cambio (auto-actualización). En cualquier caso, el crecimiento y el cambio para los miembros y para la familia como un todo, puede ser estimulado desde dentro o desde fuera de esta (**Walsh, 1981**).

De esta manera, el ajuste familiar a las presiones externas e internas, depende en gran parte de los recursos del sistema. La habilidad para resolver problemas es vista como un recurso de la familia (**Haley: 1980-a**).

Ackerman (1981) por su lado, dice que la estabilidad de la familia y sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. En todo caso, el logro de una homeostasis funcional, es posible mediante una adecuada readaptación y revisión de las reglas de interacción, en función tanto de los cambios internos (crisis de crecimiento), como del contexto.

En ese movimiento, el subsistema de mayor nivel jerárquico (padres) debe centralizar la organización funcional dentro de la familia y de las interrelaciones con el medio.

Así, de acuerdo a cómo esté organizado jerárquicamente el sistema y de la claridad relacional que resulte de una optimización de dicha organización en el logro de su función básica, que es el desarrollo y crecimiento de sus miembros, verificaremos la existencia de límites claros y flexibles entre los subsistemas.

Desde el punto de vista de la clínica se observa que la disfunción suele brotar cuando no se cumplen una o varias de las premisas mencionadas.

Pero también la disfunción, por otro lado, puede aparecer detenida en un momento evolutivo, por alguna traba en la negociación de las reglas por lo que hace que la familia funcione con viejos clichés (argumentos) frente a nuevas situaciones, tornándose inoperativos y difíciles de resolver.

Ahora bien, las crisis evolutivas normales pueden funcionar como inputs (entrada) demasiado intensos que produzcan desajustes. Ello puede hacer sensible a la familia a la aparición de algún síntoma el que jugará el papel de regulador del equilibrio del sistema.

En tal sentido, un miembro sintomático se convierte así en el centro del sistema, como consecuencia de una alteración en el orden jerárquico, quedando los padres en una posición diferente a la funcional sobre todo respecto de los otros hijos.

En términos de investigación clínica de la familia, muchos han intentado esbozar tipologías de familias para facilitar la comprensión del sistema familiar, y, poder realizar evaluaciones de diagnóstico que facilitaran la terapia con familias disfuncionales. No obstante las orientaciones divergentes, los terapeutas y teóricos familiares concuerdan en algunos puntos.

En la investigación clínica de la familia han habido ensayos de aproximación para definir tipologías, con la finalidad de comprender al sistema familiar.

Uno de ellos tiene que ver sin duda con los conceptos de Adaptabilidad y Cohesión familiar, destacados por **Olson et al, (1983)**. Estos conceptos son dimensiones de la conducta familiar o grupal, que emergen de un grupo de nociones que intentan describir la dinámica familiar y marital. Estas dimensiones son articuladas por **Olson et al, (1983)**, para dar origen al Modelo Circunflejo en el diagnóstico familiar.

En nuestro medio se han llevado a cabo investigaciones basadas en el Faces, instrumento elaborado por Olson (**C. Francis; F. Malamund; M. Cañavera**), el primero en satisfacción familiar y los siguientes en el área de la dependencia a drogas. Los resultados han sido considerados como aportes valiosos para comprender a las familias.

Pasando a otro punto, en el ciclo de la vida familiar, pueden distinguirse algunas fases. Según **Bikel (1982)** y **Minuchin (1995)**, estas son:

A. El adulto Joven Soltero.

La imposibilidad de asumir la independencia de los hijos, sensibiliza a estos en la internalización de comportamientos riesgosos y eventuales problemas.

B. La Constitución de la Pareja.

En esta fase de inicio, es esperado el surgimiento de posiciones encontradas entre la pareja, dado que en este período de asentamiento marital, la pareja ensaya la negociación de ideas personales, los mismos que descansan en cada uno de sus principios y estilos de vida.

En este sentido, los estados de stress y ansiedad en la familia de origen, suelen darse como una respuesta a una nueva forma de vida y a la necesidad de abrirse a un «extraño», quien es ahora miembro/a oficial del círculo íntimo (**Ackerman, 1961: a y b; Lidz, 1962 y Minuchin, 1995**).

C. El Nacimiento de los Hijos.

Este estadio comprende la creación del subsistema parental mencionado anteriormente. Esta etapa de transición es fundamental, toda vez que la relación pasa de diádica a tríada; de tal forma que los padres van creando y modificando diferentes pautas de relación e interacción a medida que los hijos vayan creciendo (**Lidz, 1982**). Al nacer otro hijo, surge el subsistema fraterno (**Walsh, 1982**).

D. La Familia con Adolescentes.

Se trata sin lugar a dudas de la etapa más difícil para muchos padres, ya que implica una nueva definición de los hijos dentro de la familia y de los roles parentales con relación a estos.

Estas familias deben establecer límites cualitativamente diferentes de las familias con niños pequeños. Estos límites deben ser permeables y flexibles; los padres ya no pueden mantener la autoridad completa, los adolescentes pueden llegar (y de hecho lo hacen) a abrir a la familia a una gran variedad de nuevos valores (**Lidz, 1963**).

E. La Familia con Hijos Adultos y la Separación.

Sin duda que viene a ser otra etapa conflictiva. Los problemas de esta transición pueden conducir a los padres a intentar retener a los hijos con ellos, o pueden conducirlos a sentimientos de vacío y depresión con respecto a su rol parental (**Ackerman, 1980**).

Minuchin (1995) denomina a esta etapa como de nido vacío. La característica fundamental de la etapa está dada por las entradas y salidas de los miembros de la familia del sistema.

F. La Familia en la Etapa Final.

En esta etapa final los padres han envejecido y deben adaptar nuevos roles, esto es el de los abuelos, o bien modificar sus interacciones con sus hijos que quizá han constituido una familia (**Minuchin,1995**).

Ahora bien, durante todas las etapas del ciclo de vida familiar, se presentan crisis, en las cuales los miembros de la familia tienen clara percepción de que las reglas con que se venían manejando ya no son útiles y que aún no han surgido de ellos, otras que las reemplacen (**Lidz, 1962**).

En general podría señalarse de acuerdo a **Minuchin (1995)** que la familia se transforma a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando.

Los límites entre los subsistemas deben ser firmes pero al mismo tiempo flexibles para permitir el cambio cuando las circunstancias se modifiquen y por último, una familia se adapta al stress de modo tal que puede mantener la continuidad a la vez que su estructura. Si la familia reacciona al stress rígidamente se pueden manifestar pautas disfuncionales.

En lo que se refiere a los prototipos de familias **Olson et al, (1983)**, las clasifica en:

- a. Balanceados**, que comprende a las categorías: flexiblemente separados, flexiblemente conectados, estructuralmente separados y estructuralmente conectados.
- b. De rango medio**, correspondiendo categorías como: flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinadas, caóticamente separados, caóticamente conectados y estructuralmente dispersas, estructuralmente aglutinadas, rígidamente separadas y rígidamente conectadas.
- c. Extremos**, que comprende a las categorías: caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersas y rígidamente aglutinadas.

Así, los 16 tipos de parejas se describen combinando las características correspondientes a las variables de Cohesión y Adaptabilidad.

En el primer caso **-Cohesión-** está relacionado con: vínculos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, toma de decisiones, intereses y recreación, espacio. En el segundo **-Adaptabilidad-** está relacionado con: asertividad, liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

ADAPTABILIDAD.- Esta dimensión esta relacionada con:

Caótica.

- Liderazgo limitado y/o ineficaz.
- Cambios frecuentes de reglas, las cuales se hacen cumplir de manera inconsistente.
- Hay falta de claridad en los roles, existiendo inversión o alternancia.
- Las decisiones son tomadas de manera impulsiva.
- La disciplina no es severa, transgrediéndose las normas constantemente, sin que existan sanciones efectivas.

COHESIÓN.- Comprende a:

Dispersa

- Hay una extrema separación emocional.
- No existe lealtad hacia los miembros de la familia.
- Hay un escaso involucramiento y/o interacción entre los miembros del sistema.
- Hay distancia emocional padres-hijos.
- Existe predominantemente una separación personal.
- La separación personal es predominante.
- Dificilmente se comparte el tiempo con los otros.
- Necesidad de separación de espacios.
- Las decisiones se toman independientemente.
- El interés está centrado en lo ajeno a la familia.
- Las amistades personales son frecuentadas a solas.
- Existen diferentes intereses personales.
- Se busca la recreación individualmente.

Aglutinada

- Existe una extrema cercanía emocional.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- Hay un involucramiento casi simbiótico.
- Existe una gran dependencia afectiva de los miembros entre sí, lo cual se expresa claramente.
- Hay una intensa reactividad emocional.
- Se da una tendencia hacia las coaliciones padres-hijos.
- Los límites generacionales son difusos.
- Hay escasa separación personal.
- La mayor parte del tiempo se pasa con la familia.
- No se permiten tiempo y espacio privados.
- La toma de decisiones se realiza en virtud del deseo del grupo.
- El interés está centrado en la familia.
- Se priorizan las amistades de la familia antes que las personas ajenas a la familia.

Estructurada

- El liderazgo inicialmente es autoritario, siendo en ocasiones igualitarias.
- La disciplina no es severa y sus consecuencias son predecibles.
- Es democrática en determinadas situaciones.
- Son los padres quienes toman las decisiones.
- Existe estabilidad en los roles, y éstos pueden compartirse.
- Las reglas se hacen cumplir firmemente, y raras veces se modifican.

Rígida

- Existe un consistente control parental, siendo el liderazgo autoritario.
- La disciplina es estricta y su aplicación es rígida.
- Es autocrática.
- Las decisiones son impuestas por los padres.

- Los roles están claramente definidos.
- Las reglas se cumplen rígidamente, sin existir la posibilidad de cambio.

Flexible

- El liderazgo es democrático y permite cambios.
- La disciplina es a veces severa, pero su aplicación es negociable.
- Generalmente es democrática.
- Hay consenso en las decisiones.
- Los roles son compartidos.
- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad pudiendo modificarse.
- La creación se da en conjunto por mandato de reglas y normas.

Conectada

- Existe cercanía emocional.
- Se espera que halla lealtad familiar.
- Se prioriza el involucramiento, pero se permite la distancia personal.
- Se buscan las interacciones afectivas.
- Los límites entre los subsistemas son claros y flexibles.
- Se respeta la necesidad de separación aunque es poco valorizada.
- Se da importancia al tiempo que se pasa en familia.
- Se respeta el espacio propio.
- Se prefiere la toma de decisiones en conjunto.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Los amigos personales son compartidos con la familia.
- Se prefieren los intereses comunes.
- Mayor preferencia hacia la recreación compartida.

Separada

- Hay separación emocional.
- a lealtad familiar es esporádica.
- Se acepta el involucramiento aunque se prefiere la distancia personal.
- En ocasiones se manifiesta la afectividad.
- Los límites generacionales son claros, con alguna cercanía parento-filial.
- Se permite cierta separación personal.
- Se pasa parte del tiempo en familia aunque el tiempo individual es importante.
- Se priorizan los espacios separados, compartiendo el espacio familiar.
- La toma de decisiones es individual, siendo posibles las decisiones conjuntas.
- El interés se centra fuera de la familia.
- Las amistades personales muy rara vez son compartidas con la familia.
- Los intereses son distintos.
- La recreación es llevada a cabo mayormente separada que compartida.

Cabe enfatizar que el período de la adolescencia es la etapa en que mejor se testimonia la flexibilidad de la organización familiar. El adolescente con problemas, miembro sintomático refleja la conflictiva conyugal, o bien puede desencadenarla. No obstante en última instancia focalizan la atención sobre sí mismos de manera tal que los demás conflictos pasan a segundo plano.

Esto se complica aún más con la inestabilidad propia de la adolescencia, pues en algunos casos se comportan como adultos y en otros casos como niños (**Cañavera, 1988**). Esta volubilidad impide a la díada parental mantener un comportamiento constante hacia el hijo (**Ackerman, 1980-a**).

Para **Cañavera (1988)** el consumo y la dependencia a drogas, por ejemplo, suelen situarse en la etapa del ciclo de vida familiar de la adolescencia de los hijos o bien en la etapa de separación y alejamiento de los mismos.

5.2. Algunas pautas para la familia que tiene dificultades de interacción y convivencia

1. Tratemos de ser directos, claros y francos con nuestra pareja e hijos.
2. Esforcémonos por tener una actitud de transparencia, claridad y franqueza con nuestra pareja e hijos.
3. El compartir nuestras emociones en grupo, es decir disfrutar familiarmente de nuestras alegrías, triunfos y éxitos, así como de nuestros fracasos, frustraciones o penas, fortalecen los lazos y refuerza la fluidez de la comunicación y la interacción.
4. Si los hijos nos confían sus problemas o intimidades, debemos de reaccionar con cautela, guardando celosamente sus confidencias.
5. Si percibimos que nuestro(a) hijo(a) no suele confiar en nosotros, es momento de cuestionar nuestra actitud y trato frente a él o ella. Si ocurre ello, es posible que necesitemos orientación o consejo para redefinir nuestro comportamiento.
6. Desde el punto de vista terapéutico, las mejoras y cambios en el paciente identificado, estarán asociadas a las mejoras y cambios que permita el sistema familiar. El efecto deseado, por tanto, está en función de la apertura y participación de ambas partes dentro del proceso de terapia.
7. Ahora bien, es importante que la familia incentive entre los miembros del sistema valores como respeto, honestidad, etc., lográndose esto por medio del ejemplo y refuerzo a estas conductas.
8. Promover en los miembros del sistema familiar la práctica del autocontrol relacionado con la formulación de metas a corto, mediano y largo plazo.
9. Incentivar en los integrantes de la familia las conductas de auto cuidado por medio de los hábitos de higiene, práctica de deporte así como de adecuados hábitos alimenticios.

10. Respetar las ideas y opiniones de los miembros de la familia. Tener en cuenta que cada uno de ellos merece respeto y consideración.
11. Si enfrentamos «grupalmente» los problemas cotidianos, tenemos mayores posibilidades de encontrar salidas, toda vez que el apoyarnos mutuamente fortalece a la familia.
12. No siempre tenemos razón con respecto a nuestras ideas y concepciones. Ser extremista en nuestras actitudes no es lo más adecuado. La flexibilidad o la tendencia al equilibrio actitudinal puede ayudarnos a tener una fluida relación entre padres e hijos y viceversa.
13. Si algún miembro de la familia se equivoca o suele cometer errores, lo razonable es no criticar; más bien debemos reflexionar y aceptar que todos hemos pasado por situaciones similares. Ridiculizar, castigar, o comparar con alguno de los otros miembros, no es lo correcto.
14. Si nos enfrentamos con el caso de no poder resolver un problema, debemos considerar la posibilidad del apoyo de un profesional (psicólogo, psiquiatra, sacerdote o consejero), quien si bien no tiene recetas, podría aclarar dudas, hacer un diagnóstico del sistema, o brindar consejería especializada.
15. El comportamiento humano en buena cuenta es aprendido; en tal sentido la familia tiene una cuota grande de responsabilidad en la estructuración de la personalidad del púber y adolescente.
16. Es necesaria la protección hacia nuestros hijos; sin embargo, pasar a una sobreprotección (simbiótica), resulta dañina, incentivando comportamientos inadecuados en el niño, púber o adolescente.
17. Los adolescentes y jóvenes deben de tener sus propias experiencias (donde los errores son esperados). Sin embargo, los consejos, actitudes, modelos y experiencias de los padres, resultan valiosos en la medida que los comprendamos en el sentido amplio de la palabra y sepamos introducirnos en el mundo de ellos.
18. Toda familia debe tener normas y reglas claramente establecidas y delimitadas. Las mismas deben ser cumplidas en primera instancia por los mayores.
19. La vocación por tal o cual profesión, parte del púber o adolescente. Podemos sugerir ideas al respecto, más no imponer apoyándonos en lo lucrativo de la profesión o por el hecho de haber tenido relativo éxito en la nuestra.
20. Los padres deben llegar a acuerdos y negociaciones, exponiendo argumentos sólidos y «escuchando», igualmente, al adolescente o joven.
21. La toma de decisiones de los padres debe ser asumida por ambos. La descalificación de uno de los padres hacia el otro genera confusión y manipulación del hijo.

REFERENCIAS

- ACKERMAN, N. (1961-a).** Familia y conflicto mental. Editorial Hormé. Buenos Aires.
- ACKERMAN, N. (1961-b).** Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Editorial Hormé, Buenos Aires.
- BATESON, G.; JACKSON, D.; HALEY, J. and WEACKLAND, J. (1976).** Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Bateson, G.: Pasos Hacia una Ecología de la Mente. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires.
- BERTALANFFY, L (1976).** Teoría general de los sistemas. Fondo de la Cultura Económica. México.
- BIKEL, R. (1982).** Las etapas de la vida familiar: Transición y cambio. Terapia familiar, Vol (5), No. 9. Buenos Aires.
- CAÑAVERA, M. (1988).** Diada marital disfuncional y fármaco-dependencia a la pasta básica de cocaína. Tesis para Optar el Grado de Bachiller en Psicología. PUC, Lima.
- HALEY, J. (1980-a).** Terapia para Resolver problemas. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- HALEY, J. (1980-b).** Tratamiento de la familia. Ediciones Torey S. A. Barcelona.
- JACKSON, D. (1976).** El estudio de la familia. En: Ackerman et al. Grupoterapia de la familia. Ediciones Hormé. Buenos Aires.
- MINUCHIN, S (1995).** Familias y terapia familiar. Editorial Gedida, Barcelona, 349 pp.
- OLSON, D.; RUSSELL, C. and PRENKLE, D. (1983)** The circumplex model of marital and family systems. VI Theoretical update. In: Family Process, Vol(22).
- LIDZ, T. (1963).** The family and human adaptation: Three lectures. International University Press, New York
- WALSH, F. (1983).** Normal Family Processes. Conceptualization of normal family functioning. The Guilford Press, New York.
- WATZLAWICK, P. (1981).** Es real la realidad. Editorial Herder, Barcelona.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1983).** Teoría de la comunicación humana. Editorial Herder, Barcelona

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENCIÓN



Apellidos y nombres del (de la) consumidor(a):

TELÉFONO: RECEPCIONÓ: HORA:

PROCEDENCIA: Departamento: Provincia: Distrito:

LLAMADA: C COMPLETA I INCOMPLETA VISITA A PIE

TIPO DE ATENCIÓN : A) Se brindo información B) Se deriva a otra institución C) Se fijó cita

Fecha: / / Profesional: Hora: Personas citadas:

MOTIVO DE LA VISITA O LLAMADA:

A) Información especializada B) Consejería C) Emergencia D) Otros , especifique

PERSONA QUE VIENE:

A) Consumidor B) Madre C) Padre D) Hermano E) Hermana F) Esposo G) Esposa H) Otros

USO DEL SERVICIO: A) Primera Vez B) Segunda vez C) De tres veces a más

OBSERVACIONES:

Qué lo motivó a buscar ayuda

.....

Conciencia del problema

.....

Personas con quien convive

.....

Red de apoyo familiar

.....

Aspecto físico

.....

Descripción de la conducta actual

.....

Antecedentes policiales

.....

DATOS COMPLEMENTARIOS

.....

DATOS DEL(DE LA) CONSUMIDOR(A): Edad:..... Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: / /

ESTADO CIVIL: A) Soltero/a B) Casado/a C) Divorciado/separado D) Conviviente
E) Madre soltera F) Padre soltero G) Otro H) No reporta

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

A) Pre-escolar B) Primaria Incompleta C) Primaria Completa
D) Secundaria Completa E) Secundaria Incompleta F) Técnica Incompleta
G) Técnica Completa H) Superior no universitaria completa I) Superior no universitaria incompleta
J) Superior universitaria incompleta K) Superior universitaria completa L) Otro
M) No Reporta N) Sin instrucción o analfabeto(a)

OCUPACIÓN:

Cuál es su profesión:

Cuál es su actividad laboral actual:

ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- A. DROGAS LEGALES:** A1) Alcohol (licor) A2) Tabaco (cigarrillo) A3) Café
- B. DROGAS ILEGALES:** B1) Marihuana B2) PBC+Cigarrillos «Tabacazos»
B3) Clorhidrato de Cocaína B4) PBC+THC «Mixtos» B5) Opio
B6) Heroína B7) L.S.D. B8) Extasis
- C. DROGAS INDUSTRIALES** Sust. Inhalables
- C.1. PRESCRITAS (MEDICAMENTOS)**
C.1.1. Analgésicos C.1.2. Sedantes C.1.3. Hipnóticos
- C.2. NO PRESCRITAS (INHALANTES)**
C.2.1. Pegamentos C.2.2. Gasolina C.2.3. Pintura
- D. FOLKLÓRICAS**
- D.1. Hoja de coca D.2. Alucinógenos D.2.1. Ayahuasca D.2.2. San Pedro
- E. Otros:** _____ **F. No Reporta**

RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS

Droga de inicio: **Edad de inicio:** **Droga problema:** **Asociado a:**
(La que consumió o consume con más intensidad)

TIEMPO PROMEDIO DE CONSUMO (mencione la droga problema).
Semanas Meses Años No Reporta

CON QUE FRECUENCIA CONSUME (mencione la droga problema).
Diario No. veces x semana No. veces x mes

CANTIDAD MÁXIMA DE CONSUMO

(Promedio de consumo de la droga problema, tabulado por sesión de consumo/8-24 horas)

«Tronchos» «Tabacazos» No. de Ketes por «tabacazo» Gramos (cocaína) No Reporta

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL: 95 No Reporta...

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE TABACO: 95 No Reporta...

ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO POR F.D.

TRATAMIENTO ACTUAL: S. Si N. No X. No Reporta

TRATAMIENTO ANTERIOR: S. Si N. No X. No Reporta

Número de veces que ha recibido tratamiento: **LUGAR:**

- A. Servicio de Emergencia B. Hospital, Clínica C. Consultorio Externo
D. Cen. de Rehabilitación E. Hosp. Psiquiátrico F. Consultorio Particular
G. Comunidad Terapéutica H. Otros I. No Reporta

COMO SE ENTERO DEL SERVICIO «LUGAR DE ESCUCHA»

- A. Amigos/Familiares B. Servicio Profesional C. Radio/Televisión
D. Prensa/Revista E. Otros (especifique)

TIPO DE FAMILIA: C. Completa I. Incompleta

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ALCOHOLISMO:

- A. Abuelo/a B. Madre C. Padre D. Hermano/a

2. OTRAS DROGAS*

- A. Abuelo/a B. Madre C. Padre D. Hermano/a

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS:

-
A. Abuelo/a B. Madre C. Padre D. Hermano/a

4. NO HAY ANTECEDENTES FAMILIARES ()

* use el código de la tabla de drogas para referirse a cualquiera de ellas.

Esta obra se terminó de imprimir en los talleres
del Centro de Ediciones de CEDRO. Setiembre del 2002
Roca y Boloña 271. San Antonio. Miraflores
446 6682 - 447 0748

Impreso en equipos donados por:



JAPÓN
Asistencia Oficial para el Desarrollo

