

ADICCIONES

EL CRECIENTE DESAFÍO



Cátedra de Investigación
Dr. Jorge Larrea Espinosa
en Educación en Adicciones

ADICCIONES
EL CRECIENTE DESAFÍO

Primera edición: 2022
ISBN: 978-607-546-419-0

© 2022 Agencia Promotora de Publicaciones, S. A. de C. V.
Eugenio Garza Sada 2245 sur
Colonia Roma, Monterrey, N. L., C. P. 64700

Textos:

Jorge Larrea Espinosa, Igor Koutsenok, Roberto Karam Araujo, José María López Landiribar, Enrique Chávez León, Jorge Sánchez Mejorada Fernández, Jessica Ángeles Riquelme, Mark A. Schuckit, Carmen Fernández Cáceres, Miriam Carrillo, Beatriz León Parra, Toffie Sasson Hamui, Ricardo Sánchez Huesca, Liliana Berenice Templos Núñez, María Elena Medina-Mora Icaza, Jorge Villatoro, Clara Fleiz Bautista y Tania Real Quintanar.

Corrección de estilo:
Lidya Arana Lagos

Traducción de textos: Iván Ríos Gascón
Genes and alcoholism: a review
Historical perspectives of substance use and explanatory models of the substance related problems

Diseño editorial:
María Luisa Medina Ayala y Dulce N. Vásquez Vizcaya

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reproducción gráfica y el tratamiento informativo, la fotocopia o la grabación, sin previa autorización de los autores, propietarios o poseedores de los derechos y del editor.

Impreso y editado en México / Printed and edited in Mexico



La Cátedra de Investigación
Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación
en Adicciones agradece a la
Cátedra Dr. Jesús Kumate Rodríguez
por su valiosa contribución para la
realización de este libro.

Índice

6. Introducción

Cipriano Sánchez García, L. C.

9. Unidos por la vida, la ciencia y el amor

Jorge Larrea Espinosa

49. Perspectivas históricas del consumo de sustancias y modelos explicativos relacionados con los problemas de uso

Igor Koutsenok

91. La historia de Alcohólicos Anónimos cumple 87 años

Roberto Karam Araujo

105. La experiencia de la Universidad Anáhuac México en la formación e investigación en adicciones dentro de la educación superior

José María López Landiribar

Enrique Chávez León

161. Antecedentes históricos y la difícil realidad

Jorge Sánchez Mejorada Fernández

187. La familia y las adicciones

Jessica Ángeles Ríquelme

205. Genes y alcoholismo: Una revisión

Genes and Alcoholism: A review

Marc A. Schuckit

253. Modelos de prevención de adicciones basados en evidencias científicas

Carmen Fernández Cáceres

Miriam Carrillo

Beatriz León Parra

283. Psicoterapia y adicciones

Toffie Sasson Hamui

299. Telesalud mental. Tratamiento en línea para adictos a las drogas

Ricardo Sánchez Huesca

Carmen Fernández Cáceres

Liliana Berenice Templos Núñez

335. Situación actual de las adicciones en México

María Elena Medina-Mora Icaza

Jorge Villatoro

Clara Fleiz Bautista

Tania Real Quintanar

375. Historia de David

387. Historia de Magui

402. Acerca de los autores

Introducción

Cipriano Sánchez García, L. C.

Rector de la Universidad Anáhuac México

En la actualidad, las adicciones representan un problema de salud pública lamentablemente creciente y presente a más temprana edad; están vinculadas al desarrollo de enfermedades físicas, trastornos mentales, afecciones psicológicas y dificultades que trastocan a la persona, la familia, la comunidad y la sociedad en sus diferentes dimensiones.

Las adicciones suponen el sufrimiento de la persona que las padece y de los familiares y amigos cercanos a ésta; implican el enfrentamiento al estigma social y, frecuentemente, el transitar un camino arduo que a menudo entraña más obstáculos que soluciones, más desolación que entusiasmo y una percepción orientada a la desilusión y la desesperanza. Los vínculos comunitarios pueden fragmentarse y el tejido social, desvanecerse.

Sin embargo, precisamente en ello radica la relevancia del esfuerzo incesante de profesionistas expertos en diferentes disciplinas abocados a la prevención, evaluación e intervención integral de las adicciones, especialistas que atiendan el cuerpo, pero también el alma; que, sin dejar de lado la visión científica, promuevan el respeto

a la dignidad ontológica de la persona, su autorrealización y trascendencia, y que reconozcan el amor, la esperanza y el compromiso social que rodea a esa noble labor.

El libro *Adicciones: el creciente desafío* está escrito por profesionistas con estas características; a través de los capítulos, los autores nos acercan a una visión integral y humanista de las adicciones.

Destaco particularmente la labor de Jorge Larrea Espinosa, quien al frente de la Clínica Monte Fénix y el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix ha evidenciado el amor al prójimo, la sociabilidad y la subsidiariedad.

A Jorge y a la Universidad Anáhuac los une la pasión por la educación, la responsabilidad social y el genuino interés de hacer el bien; la Cátedra Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones, cátedra de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México, fundada por el doctor Jorge Larrea Espinosa y su esposa Carla Velasco de Larrea, es testimonio vivo de esto.





Unidos por la vida, la ciencia y el amor

Jorge Larrea Espinosa

Entre más quiero hacer algo, menos lo llamó trabajo. Richard Bach

Pienso que para tener éxito en la vida necesitas tener perseverancia pero también un poco de suerte. Creo que he tenido ambas en mi carrera en el mundo de las adicciones. Mi abuelo Manuel Espinosa Yglesias y mi mamá Guadalupe Espinosa Ruggarcía fundaron la clínica Monte Fénix en la Ciudad de México en 1979. Viéndolo en retrospectiva fue un acto visionario y valiente porque fue la primera clínica privada para alcoholismo en México. Digo para alcoholismo porque el primer alcohólico con problemas de adicción a drogas llegó a Monte Fénix en 1986.

Nacidos para ayudar

Cómo han cambiado las cosas. La clínica la fundó mi familia porque mi abuelo estaba muy impactado por el problema de adicción que tuvo mi abuela. Por otro lado, mi bisabuelo Ernesto Espinosa Bravo sentía una verdadera compasión por el alcohólico. Además de haber sido alcalde

de la ciudad de Puebla, fue empresario, médico y abogado y su tesis de titulación fue *Ligeras consideraciones relativas a la embriaguez*. Es un documento histórico, avanzado para su época y cuyo texto original se encuentra en la biblioteca del Congreso de Washington.

En dicha tesis, el médico Espinosa trata todos los castigos y las consecuencias negativas que habían sufrido los alcohólicos a través de los siglos. Habla de cómo hace muchos años a los alcohólicos se les forzaba a beber plomo ardiente si se emborrachaban. Mi bisabuelo no estaba de acuerdo. Comparó que los conocimientos médicos que él observaba eran incongruentes con las leyes. Y vio el daño injusto al alcohólico, porque cuando bebía no estaba en su juicio; al alcohólico, concluye la tesis: no hay que castigarlo, hay que ayudarlo.

Ayuda, pero sin castigo

Y fue con esa filosofía con la que empezó Monte Fénix en 1979: ayudar, tratar de dar oportunidad al alcohólico, no castigarlo y esto perdura en Monte Fénix el día de hoy. Ahí no se juzga al adicto, se le ama, porque está enfermo. Juzgar al adicto es lo mismo que juzgar a un diabético o a un hipertenso.

Siempre recuerdo una plática, en la que estuve presente, entre mi abuelo y el padre Raymund Cosgrave, un legionario de Cristo que fue un gran capellán en Monte Fénix por muchos años. Los pacientes se formaban para confesarle sus vidas. Un día, el padre Raymund le preguntó a mi abuelo: “don Manuel, ¿por qué fundó usted Monte Fénix?”. Mi abuelo se le quedó viendo seriamente y le dijo: “para rescatar cerebros mexicanos”.

Una tesis iluminada

El día de hoy cuando reflexiono sobre estas palabras, pienso en la tesis de mi bisabuelo Ernesto, cuando decía que al alcohólico había que ayudarlo por no estar en su juicio. Obviamente el juicio es función de la mente, los mexicanos de los que mi abuelo estaba hablando que había querido rescatar a través de Monte Fénix son los mismos que mi bisabuelo Ernesto había querido ayudar a través de su tesis, pero mi abuelo hizo mucho más que tener una buena idea, una gran intención, le pidió a mi mamá Guadalupe Espinosa Rugarcía que lo ayudara a poner una clínica: no había esfuerzo que no se fuera a hacer.

Tenía que ser una clínica de vanguardia y mi abuelo a través de la fundación que formó con aportaciones propias, se encargaría de financiar la creación del proyecto. Entonces mi mamá hizo algo vanguardista y acertado. Al darse cuenta que no había clínicas privadas buenas para alcohólicos en México, fue a asesorarse a Estados Unidos de América con un especialista: John Caban, para importar un modelo de vanguardia para alcohólicos a México, y adaptarlo a la realidad nacional, pero pasó algo que es probablemente el punto medular de este capítulo: cuando hablamos de adaptar tecnología por el bien del paciente estamos hablando de crear modelos científicos nuevos. Me explico: me encontraba haciendo un trámite personal y contacté a mi buen amigo y científico de la Universidad de California en San Diego: era una aplicación para una visa. Igor Koutsenok sin titubear me dijo que aplicara como científico. Me llamó mucho la atención porque yo siempre me había considerado un educador o un empresario pero nunca un científico. Me explicó que hay una rama de la ciencia llamada traslacional y tiene que ver con tomar modelos y adaptarlos.



Nuevas técnicas en beneficio del adicto

Mi mamá y los pioneros de la clínica Monte Fénix adaptaron los procesos de rehabilitación y de las clínicas en Estados Unidos de América, fortaleciendo el área familiar. Les quedaba muy claro que no era lo mismo una familia anglosajona que una mexicana o latina, las cuales son más unidas, complejas y grandes, pero también eran un factor de protección fundamental para el adicto. Crearon un nuevo modelo para alcohólicos mexicanos tomando lo que se hacía en Estados Unidos y agregando un componente familiar muy importante. Cuando tomé el control de Monte Fénix en diciembre de 1992, el área terapéutica para pacientes y el área familiar eran igual de grandes. Desde mi punto de vista esta adaptación fue la primera iniciativa de ciencia traslacional en adicciones en la historia de México.

Como se verá en este capítulo, mi equipo directivo y yo hicimos ciencia traslacional una y otra vez, ya fuera implementando medidores de calidad, midiendo la rehabilitación, importando modelos corporativos exitosos, importando mejores prácticas y muchos otros. No conozco otra clínica o institución a nivel mundial donde se haya dado tanta ciencia traslacional como Monte Fénix.

Unidos por el mismo propósito

Mi abuelo se encargó de financiar el arranque de Monte Fénix. Encotraron una casa en la calle de San Bernabé (que tengo entendido fue de Porfirio Muñoz Ledo) donde hoy está la clínica Claider (un



modelo de bajo costo y alta efectividad en tratamiento de adicciones que mi equipo y yo desarrollamos en el año 2000), y se pusieron manos a la obra en la creación de este modelo para tratar alcohólicos en México. Me comentaron que mi mamá al principio, a la clínica le quería poner Ave Fénix por el pájaro que renace de sus cenizas pero se dio cuenta que la casa quedaba encima de un monte y por eso le puso Monte Fénix.

Para mi mamá esto de Monte Fénix ha sido todo un apostolado. Me acuerdo de chiquito ella estando muy al pendiente de la clínica. La clínica triunfó en San Bernabé, el tratamiento era un éxito y había listas de espera para entrar. La tropicalización de los modelos estadounidenses había sido un éxito, y desde 1986-1987 se trataban adicciones múltiples de alcohol y drogas. Mi abuelo, viendo el éxito de “la clínica” como se le decía afectuosamente, quiso expandir las operaciones. Él tenía un buen amigo, alguien que mi abuelo estimó mucho: don Pablo Aramburuzabala, el socio mayoritario de la Cervecería Modelo de México.

En busca de ayuda para ayudar más y mejor

Don Pablo se comprometió con mi abuelo para donar unos terrenos en San Ángel para que la clínica se ampliara. Mi abuelo, como era su costumbre en filantropía, se comprometió con don Pablo para contribuir con las mejores instalaciones para hacer una clínica de vanguardia. Mi mamá se encargó personalmente de supervisar toda la construcción.

En este momento de la historia es donde entro yo. En 1988, mi abuelo me invitó a vivir con él (yo tenía 19 años). Vivimos juntos hasta 1997, fueron algunos de los años más felices de mi vida. A mi abuelo lo admiré y quise muchísimo. Fue mi maestro y mi amigo. Falleció en el 2000 y lo echo de menos todos los días.

Un tema que era muy importante para mi abuelo era mi educación. Me puso como condición para que viviéramos juntos que estudiara una licenciatura y me puse manos a la obra para estudiar Relaciones Internacionales y algunos años después terminé una maestría en Desarrollo Organizacional.

Acababa de terminar mi licenciatura en 1992 y no sabía qué hacer con mi vida, siempre he sido muy inquieto y estaba casi arañando las paredes de las Flores 50 (la casa de mi abuelo) al no saber qué hacer.

Inspirado por la sapiencia de mi querido abuelo

Mi abuelo se dio cuenta y como mi gran maestro y amigo vino al rescate: “¿por qué no manejas Monte Fénix?”, me dijo con ese gesto de inteligencia que siempre lo caracterizó. Así, mi abuelo con su gran visión y humanismo definió mi vida profesional. Inicié mi carrera como adictólogo. Llegué a finales de 1992 como “observador” y así estuve varias semanas hasta que acepté la dirección general en enero de 1993. Fue un día muy importante en mi vida, ¡hasta recuerdo el traje que llevaba puesto!

Pero en mis primeros días hubo un momento todavía más importante. Un instante que aseguró mi vocación de adictólogo. Un paciente procedente del estado de México había recaído, yo lo había visto irse de Monte Fénix después de acabar el tratamiento y lo



vi que se iba hecho pedazos, pero lo volví a ver afuera de la Unidad Amparo (llamada así por mi abuela), estaba de visita, meses después, le vi la cara, los ojos y vi a alguien completamente transformado. Recuerdo que me dije: eso quiero, que la mayor cantidad de mexicanos y mexicanas que sufren el flagelo de la adicción tengan eso, esa transformación. Por primera vez tenía muy clara mi visión de vida: que la mayor cantidad de adictos que sea posible tengan un despertar espiritual.

La importancia del apoyo espiritual

La enfermedad de la adicción básicamente radica en la mente y el adicto acaba con todo: su familia, sus amigos, su trabajo, sus finanzas, su profesión, su salud y la adicción es una enfermedad que conlleva mucha incomprendión y resentimiento alrededor del adicto. Básicamente radica en la mente pero la solución es espiritual, es el programa de los 12 pasos (como los que practican en Alcohólicos Anónimos desde 1935). Y lo que vi en esta persona fue el principio de la experiencia espiritual a través de los pasos y me di cuenta que si me dedicaba a esto y ayudaba a que la mayor cantidad de gente tuviera esta experiencia, iba a ayudar a crear mejores familias, mejores empresas, mejores sociedades, un mejor país.

Creo mucho en los 12 pasos, para mi manera de ver las cosas es la mejor opción para los problemas de adicción y tipos de adicción que conozco. Claro que existen otras alternativas pero nunca he encontrado una mejor a nivel mundial, los mejores centros de tratamiento tienen como filosofía los 12 pasos, o sea que una enfermedad en la cual los recursos son tan limitados, pienso que los recursos deben ser asignados a lo que mejor funcione.

“Los 12 pasos”: la mejor filosofía

Es mi opinión personal. Monte Fénix ha sido muy exitoso porque el tratamiento está centrado alrededor de los 12 pasos. Lo médico, físico, psicológico y espiritual están enfocados a que el paciente practique los pasos y los resultados han sido buenísimos. Ha habido centros de tratamiento que han tratado de hacer las cosas de otra manera, y los resultados no han sido tan buenos, con todo respeto.

Eso no significa que si el adicto tiene un problema psiquiátrico no deba de ir al psiquiatra o si tiene un problema médico no deba de ir al médico. Pero desde mi punto de vista, la mejor manera de contrarrestar la enfermedad de la adicción es por medio de los 12 pasos.

El mejor cliente que tuvimos cuando estuve al frente de la institución fue la empresa DuPont, ellos midieron su rehabilitación y nos hicieron saber que de los empleados tratados con nosotros, 60% estaban sobrios y muchos de ellos habían sido promovidos a mejores puestos en la empresa. Tratamos a 184 empleados de DuPont y la empresa analizó 100 casos y se dio cuenta que la mayoría estaba bien.

La misión por ayudar me alienta más

Este es el ejemplo de lo que estoy hablando: al recuperarse se unen parejas, familias, se recupera la salud, las valiosas amistades. Cómo se puede influir en la productividad en una empresa o hasta en un país, fue lo que vi con la rápida transformación del paciente que les comentaba del estado de México. La vida me estaba dando la oportunidad para poner un granito de arena en la creación de un mejor país,



una oportunidad única para ayudar. No solo en el cambio cuantitativo sino también cualitativo en la vida de las personas.

Mi abuelo siempre tuvo la manera de situarme en la realidad y esta era, cuando llegué a Monte Fénix en 1993, que se estaba perdiendo cantidades de dinero importantes en la nueva instalación de la calle Las Flores 439. Mi abuelo quería que la operación de la clínica fuera totalmente autosustentable, me lo hizo saber y me pidió hablar con todo el personal.

Mi abuelo había donado todos los edificios y quería que Monte Fénix subsistiera en las buenas y en las malas, para lograr eso, la autonomía financiera era fundamental, para él era vital para asegurar la supervivencia de una obra tan importante.

Problemas por resolver

Sentí un gran compromiso para lograrlo, estaba muy agradecido con mi abuelo por la confianza y por el reto, también quería garantizar que subsistiera la obra de mi mamá, pero se veía complicado. El meollo del asunto era que Monte Fénix era autosuficiente en la casita, como le decían afectuosamente a la clínica de San Bernabé, pero no lo era en la instalación más grande y con más costos fijos de la calle Las Flores. Pero ese no era el único problema. El tratamiento costaba una ganga, como 10 o 20% de un tratamiento similar en Estados Unidos de América. De entrada percibí el problema de los costos fijos, pero también el del precio.

Cuando llegué a Monte Fénix había 16 terapeutas y 12 pacientes. Con una nómina tan alta, pocos pacientes, costos fijos altos y cobrando

poco, lo veía complicado. Un día se me ocurrió una idea que ayudó a transformar a Monte Fénix sin descuidar su esencia. Si Monte Fénix tenía pocos pacientes en un país con muchas decenas de millones de personas, entonces el problema era de educación. Se me hacía obvio. Me quedaba claro que la mayoría de la gente y, sobre todo, de los profesionistas en el área de salud no tenían ni idea acerca de esta enfermedad. Y si yo quería una clínica llena, iba a tener que educar.

En busca de prontas e inteligentes soluciones

Fue un gran momento en mi vida, un momento de claridad, y lo comenté a mis directivos. Mucho mayores que yo, no los vi ni ligeramente emocionados con el tema, me di cuenta que iba a necesitar un equipo más joven, dinámico, que tuviéramos la misma manera de ver las cosas. Les soy franco, en Monte Fénix tuve un gran equipo. Cada uno de ellos y ellas increíblemente capaces en sus áreas. Sin ellos, sin ellas, lo que se hizo de 1992 a 2002 hubiera sido imposible.

Llevaba como seis meses en Monte Fénix muy inquieto con estas ideas, cuando me llegó una noticia que iba a cambiar a la clínica para siempre (menos su esencia, con la que se fundó, profundamente humanista y espiritual). Resultaba que, por primera vez, después de 15 o 16 años de existir, Monte Fénix iba a tener competencia real, y por los rumores, la cosa no pintaba nada bien.

Nos enteramos en junio o julio de 1993 que una institución de rehabilitación muy conocida y prestigiada en Estados Unidos de América venía a México, pero además había firmado un convenio



con Televisa y ésta les iba a pagar 20 camas perpetuas y les iba a dar 14 millones de dólares de publicidad gratuita al año. También se hablaba de personalidades del mundo empresarial que iban a estar como consejeros.

Como es bien sabido, no vino una clínica extranjera a México, sino que se fundó Oceánica usando el modelo Betty Ford, y lo de las camas y los 14 millones de dólares al año en publicidad gratis, Televisa los cumplió. Sin embargo, yo firmé un convenio con un muy buen socio estratégico como voy a comentar a continuación. Esta asociación fue lo mejor que nos pudo haber pasado.

Todavía no tenía muy bien aterrizadas mis ideas de cómo íbamos a competir, pero me daba cuenta que íbamos a tener que hacer las cosas de una manera muy diferente.

La competencia nos obligó a ser mejores

En realidad siempre voy a estar agradecido con Oceánica. CNN tenía un comercial olímpico de una competencia feroz entre dos patinadores de hielo y uno le da las gracias al otro porque por él estaba sacando lo mejor de sí mismo para competir. Eso pasó con nosotros, con esa institución tuvimos que sacar lo mejor de nosotros mismos. Fue un esfuerzo muy grande, por mucho tiempo llegaba a la oficina desde las 8 de la mañana y salía a las 9 de la noche, acondicioné un departamento ahí porque acababa tarde, pero valió la pena, no hay como la sana competencia.

Para mí era fundamental conseguir un socio estratégico, alguien que sobre todo aportara conocimientos que permitieran hacer bien



las cosas. Contactamos a Scripps Health, una de las cadenas de hospitales más importante de California y su clínica de adicciones, el McDonald Center.

Me comuniqué con el área de negocios internacionales y me contactaron con el director del área, Steve Goe. Tuve mucha suerte en que Steve estuviera ahí, en él encontré alguien dinámico, abierto y con mucho sentido común. Hablamos por teléfono varias veces y nos pusimos de acuerdo para que fuera a conocer al presidente de Scripps, Martin Bucer. Nos íbamos a reunir un lunes a las 10 de la mañana en sus oficinas en California.

Ligeros contratiempos

Yo tenía la firme intención de descansar el fin de semana y salir el domingo para San Diego pero las cosas no fueron así. Ese fin de semana mis amigos iban a ir a Acapulco. Iban todos. Pensé: qué tiene de malo, me regreso el domingo en la mañana y me voy a San Diego en la tarde. Hay que tomar en cuenta que entré a Monte Fénix a los 23 años y a esa edad era normal estar en Acapulco con los amigos. Era sábado, comimos y comimos mariscos y salimos en la noche. Por ahí de las 12 de la noche empecé a sentirme pésimo, me había intoxicado con los mariscos.

Un médico fue a verme en la mañana del domingo, tenía mucha calentura, me inyectó cortisona, no podría volar a San Diego el domingo. Pero había un vuelo que salía de la Ciudad de México a las 6 de la mañana el lunes, si lo tomaba llegaría a la cita, a esa junta que era por mucho la más importante de mi vida profesional hasta ese momento.

Fui a la Ciudad de México y pagué un cuarto en un hotel del aeropuerto. Me desperté a las 4 de la mañana, fui al aeropuerto, hice la revisión de mi equipaje, todavía me sentía mal, tomé el vuelo, llegué a San Diego y no llegaron mis maletas, no lo podía creer.

Estaba en pants y lleno de granos en la cara por la intoxicación. Llegué al hotel y pregunté a qué hora abrían las tiendas de ropa, me dijeron que a las 11:00. Mi junta, como ya lo comenté, era a las 10:00. Había de dos: o me disculpaba con Steve explicándole lo mal que me sentía o iba como estaba. Tomé un taxi y fui.

Mi ímpetu fue recompensado

Llegué al edificio, estaba tenso. Steve me vio llegar, se impresionó al verme y me pasó a la oficina de Martin Bucer que era un hombre de edad avanzada. Le conté todo lo que me había pasado para llegar ahí, se me quedó viendo a los ojos y me dijo: en verdad quieres esto. Mi peor pesadilla se había vuelto mi mayor bendición, al presentarme así, le había demostrado a mi socio que tenía un verdadero sentimiento de urgencia de que la relación funcionara, que lográramos juntos cosas para que más adictos pudieran salir adelante, recuperándose de las garras de la adicción.

Después de esta junta todo fluyó muy bien. Steve Goe y yo concluimos la negociación en México y para celebrar lo invitó al San Ángel Inn.

Una cláusula del convenio que siempre me ha dado mucho orgullo es la que me dejaba usar la marca Scripps siendo Monte Félix, la primera institución fuera de Estados Unidos de América a la cual le permitían hacerlo. En realidad no la usamos nunca porque

preferimos fortalecer la nuestra, creo que fue una buena decisión. Quise escribir lo que hice para firmar con Scripps para hablar de mi actitud y de la actitud de nuestro cuerpo directivo y de toda la institución. Íbamos a hacer lo imposible para trascender a la competencia. Sentíamos la responsabilidad de ser custodios de un legado de nuestros pioneros de amor por el adicto, e íbamos a proteger ese legado con todas nuestras fuerzas.

Asesorados por los mejores adictólogos

Nuestra alianza con Scripps nos abrió las puertas para conocer a algunos de los más prestigiosos adictólogos a nivel mundial, sobre todo dos de ellos: David Deitch y Marc Schuckit. Marc fue pionero en la investigación de la genética de los alcohólicos. David fue asesor en adicciones personal de cuatro secretarios de salud en Estados Unidos de América. Honestamente uno no se daría cuenta de lo trascendental que fue su labor en el campo por la sencillez de la actitud de ambos.

Ellos nos ayudaron mucho. A Marc le escribía y hablaba para que me comentara los recientes avances de la ciencia en adicciones. Le consulté mucho acerca de la adicción al tabaco, algo que me interesaba mucho. Su opinión fue fundamental para que hicierámos de Monte Fénix un espacio libre de humo. Con él hicimos nuestro primer simposio al público en general, el cual fue un verdadero éxito y nuestros médicos tuvieron la suerte de discutir casos complejos directamente con él, sobre todo casos de manejo crítico en desintoxicación.



David Deitch fue igual de importante para nosotros, es probablemente uno de los adictólogos más prestigiado de todos los tiempos. Un día me llegó una invitación para una ceremonia en la Casa Blanca en Washington. Era un homenaje para David. Siempre recordaré cómo cuatro exsecretarios de salud se turnaron en el micrófono para elogiar a David porque había sido fundamental una y otra vez para moldear la política en prevención y rehabilitación en su país.

Inolvidable experiencia en la Casa Blanca

Me sentí muy afortunado de contar con él en Monte Fénix. Salí muy impresionado de la Casa Blanca, me costaba trabajo entender qué se sentiría vivir una experiencia así. Décadas más tarde viví una experiencia similar en Palacio Nacional, en México. David influyó mucho en Monte Fénix. Cuando Andrea Pastor era directora del Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, le pidió a David que capacitara al personal una y otra vez. Varios años más tarde, Berta Mejía como directora de Monte Fénix le pidió su ayuda para desarrollar un modelo de rehabilitación para mujeres en la prisión de Santa Martha Acatitla. En un desayuno, las autoridades de la Ciudad de México me comentaron que era el mejor modelo de rehabilitación en una cárcel en México. Obviamente eso tiene que ver con el personal que lo opera, pero también con el hecho de que David presentó a Berta a las personas idóneas para desarrollar el modelo. Además trayendo tecnología de fuera y adaptándola por el bien del paciente. La alianza con Scripps fue una maravilla. No pudimos haber tenido un mejor socio.



La educación en adicciones es algo que ha distinguido a Monte Fénix a través de las décadas, no solo por el bien social que genera la educación sino porque a la institución le permite escoger a los mejores terapeutas y médicos. Cuando empezamos a hablar de educación, no solo dábamos diplomas. En Monte Fénix, en 1993, había un área de Educación interna y otra externa. De la externa, se conoce mucho del Centro de Estudios Superiores Monte Fénix que mi equipo y yo fundamos en 1994. El área interna no era una empresa pero sí era una estrategia fundamental para nosotros. Me explico.

En Monte Fénix, siempre los mejores

Cuando llegué a Monte Fénix pregunté quién era la telefonista que más pacientes internaba. Me dijeron sin titubear que Berta Mejía. La conocí y me cayó muy bien, le pedí que fuera mi asistente personal. A través de décadas sirvió en diferentes capacidades siempre con excelentes resultados. Desde mi punto de vista, es una de las empleadas más valiosas que jamás haya tenido Monte Fénix. Otra historia de mucho éxito de esta área de Educación interna fue la de Miguel Ángel, Mike, como le decimos los que lo conocemos y admiramos. Cuando asumí la dirección general de Monte Fénix, una de mis primeras decisiones fue analizar los cuestionarios de satisfacción del cliente. Me leí todos, quería llegar al fondo de lo que estaba bien y lo que estaba mal en la empresa.

Me di cuenta que los pacientes tenían una excelente opinión de un Mike. Era nuestro profesor de gimnasia. A través del tiempo lo becamos como especialista en nuestro Centro de Estudios, se tituló con un posgrado y fue uno de nuestros mejores terapeutas.



Otro caso es el de Toffie Sasson, quien es por mucho uno de los mejores terapeutas en adicciones del país al día de hoy, desde mi punto de vista. Toffie estudió con nosotros. Me lo presentaron e hizo carrera con nosotros llegando a ser nuestro director terapéutico.

Nuestro mayor éxito: el adicto rehabilitado

Ejemplos así hay muchos, pero mi punto es: para nosotros había una relación íntima entre nuestra escuela y nuestros equipos clínicos. Actualmente, la mayoría de nuestros profesionistas han estudiado con nosotros. Así establecimos un vínculo entre lo educativo y nuestro recurso humano.

Este punto es fundamental porque Monte Fénix estaba empezando a competir con una institución que tenía recursos, y en mercadotecnia esos recursos eran prácticamente ilimitados. Tomamos la decisión que si nos iban a competir a través del *marketing*, nosotros lo íbamos a hacer con calidad, con el mejor recurso humano de Latinoamérica, por ende el mejor tratamiento. Pensamos atinadamente que la publicidad podría funcionar a corto plazo pero lo que vale a largo plazo es el adicto recuperado y la familia recuperada, agradecidos, hablando bien de nosotros.

Nos interesaba capacitar a mucha gente, pero sobre todo queríamos importar las mejores prácticas del mundo a través de la educación para tener el mejor tratamiento. Nunca nos imaginamos la revolución educativa que iba a iniciar nuestro Centro de Estudios en toda la república y los millares de personas que iban a resultar beneficiadas. Como



verán más adelante, fuimos instrumentos de Dios, desde mi punto de vista. Y el tema de la educación no se me iba de la cabeza cuando se empezaron a dar las cosas.

Resulta que quien fue rector de la Anáhuac era nuestro capellán. Ya he hablado de él: el sacerdote Raymund Cosgrave, una de las mejores personas que he conocido en mi vida. A la fecha, mi esposa Carla, mis hijos y yo estamos cerca de él.

Por años, yo iba a misa todos los domingos en Monte Fénix. Por un lado porque me gustaba cómo daba la misa el sacerdote Raymund, pero por otro y muy importante, porque me daba oportunidad para hablar directamente con los pacientes. Oír de ellos cómo estaban, cómo se sentían, en qué los podía ayudar.

Diplomado Monte Fénix-Universidad Anáhuac

Un domingo le dije al sacerdote que me gustaría hacer algo con la Anáhuac. Inmediatamente me contactó con José María López Landiribar, quien estaba a cargo del área de psicología de la Universidad Anáhuac. José María y nosotros nos pusimos de acuerdo para hacer la primera generación del diplomado Monte Fénix-Anáhuac. Poco antes me había contactado con una pedagoga que se llama Jessica Ángeles, ella fue la que desarrolló el diplomado además de ser mi socia original en el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix. Más recientemente me dio mucho gusto que aceptara ser nuestra catedrática en la Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones, en la Universidad Anáhuac, de la cual voy a platicar después.

El diplomado fue un éxito rotundo. El punto de equilibrio para un diplomado en esos tiempos en la Anáhuac era de nueve estudiantes. Nosotros metimos 32, rompiendo todos los récords de los diplomados de todas las facultades de la Anáhuac. Y confirmé mis sospechas de que en el tema de la adicción donde había más potencial por mucho era en la educación.

Estoy seguro que Dios me habla a veces pero también me grita de vez en cuando. Estuve un día en 1994 con nuestro director de Relaciones Públicas, Fernando Díez de Bonilla. Le decía que tomando en cuenta lo que pasó en el diplomado sería increíble para Monte Fénix contar con un posgrado. Era el último año del sexenio de Carlos Salinas. Me dijo que tardaríamos mínimo dos años en hacer los trámites en la Secretaría de Educación Pública.

Sin duda, la ayuda de Dios

Resulta que Fernando salió a dar su habitual ronda para hablar con los pacientes y regresó más pálido que una sábana. Le pregunté qué le pasaba. Me dijo que había llegado una persona y le dijeron que era de la Secretaría de Educación, y que estaba a sus órdenes para ayudarlo. Nos ayudó y nos dieron todos los permisos como Centro de Estudios en tres semanas, pudiendo impartir una especialidad en adicciones en nuestras instalaciones. Había comentado antes que mi equipo y yo habíamos sido solo un conducto de Dios para que este proyecto se diera. Espero que quede más claro a qué me refería.

Por cierto, este hombre que nos ayudó y desde mi punto de vista personal tuvo un rol tan importante en la historia de la institución, fue

al décimo aniversario de nuestro Centro de Estudios. Nada me dio más gusto que verlo ahí. Fundar esta escuela fue de enorme importancia para el país. Este Centro de Estudios capacitaría a gobiernos estatales, haría convenios con universidades, graduados de sus aulas fundaron clínicas, varios trabajan en centros de tratamiento transmitiendo los valores, la filosofía y el modelo de Monte Fénix para que muchos se beneficien. Esa dádiva de vida que existe en la institución desde 1979, espero que haya quedado claro fue un verdadero milagro.

Un posgrado, una acertada decisión

Un punto importante que quiero abordar es que llegó un momento en que nos dimos cuenta que podíamos dar un posgrado, una especialidad, pero era importante ver qué íbamos a enseñar. Éramos pioneros en educación de las adicciones a nivel posgrado en Latinoamérica. No se había intentado antes en ningún lado. Y esa era una gran responsabilidad.

Entonces se nos ocurrió lo que pienso fue algo de lo mejor que hicimos. Escribir nuestro modelo de tratamiento. Éste ya existía desde 1979, pero nunca se había descrito ni escrito. Se nos ocurrió que eso queríamos enseñar. Claro, un centro de posgrado tiene que ser inclusivo y enseñar de todo, pero si queríamos usar el Centro de Estudios para capacitar a nuestra gente y tener nuestro modelo para enseñar, era fundamental.

Pensamos en escribir el Modelo Las Flores, hoy Modelo Las Flores Monte Fénix. Le pedimos a nuestro coordinador terapéutico de entonces, al médico Jorge Sánchez Mejorada que lo escribiera. Se lo pedimos a la mejor persona, desde mi punto de vista. Me dio mucho gusto que Jorge



aceptara ser el titular de la Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones, en la Universidad Anáhuac.

El nombre Las Flores lo escogimos porque Monte Fénix queda en la calle Las Flores 439. Eso es obvio para la gente que ha estado ahí. También quiero dejar claro que siempre nos comparamos con la Hazelden Foundation en Minnesota. Ahí también contaban con un área educativa y un área de publicaciones importante. Quisimos ser el Hazelden de Latinoamérica, por lo que fue natural ponerle a nuestro modelo Las Flores, ya que ellos llamaban al suyo Modelo Minnesota.

Los mejores catedráticos y terapeutas

Nuestra filosofía de enseñanza en el Centro de Estudios era muy sencilla: tener a los mejores profesores para conseguir a los mejores alumnos que podrían trabajar para nosotros o exportar nuestro modelo. Me enorgullece decir que maestros de la talla de Rafael Velasco Fernández, José Antonio Elizondo y Luis Berruecos dieron clases en nuestras aulas. Además de queridos y queridas y muy capaces exterapeutas de Monte Fénix como Claudia Lizardi, Verónica López e Isabel Zepeda. El Centro de Estudios tuvo un papel crucial para posicionar a Monte Fénix al exterior y para nuestro desarrollo como institución y como empresa.

La parte clínica de la fundación es la empresa principal pero la parte educativa es su ventaja competitiva fundamental porque hace que tengamos el mejor recurso humano que se puede seguir mejorando y capacitando en la institución. Desde mi punto de vista es una relación cien por ciento simbiótica.



Hubo un momento que definió al Monte Fénix que viví. Todo empezó cuando Jessica Ángeles, nuestra directora ejecutiva, preocupada por la competencia, me habló de un consultor empresarial. Él tenía 27 años, Jessica 21 o 22 y yo 24. Éramos muy jóvenes, esto acabó siendo una gran ventaja.

Lo menciono porque creo que nuestra juventud ayudó mucho, nos pusimos a soñar, y tuvimos suerte. El consultor resultó ser capaz y entregado y nuestro nuevo equipo directivo era formidable.

Jóvenes idealistas, sagaces y exitosos

Teníamos a Toffie Sasson en el área clínica, Andrea Pastor en el Centro de Estudios. Con ellos, Jessica y yo empezamos a ver qué nos gustaría para Monte Fénix en el futuro.

Llegamos a la conclusión que queríamos que Monte Fénix fuera un centro de influencia, creímos en lo que hacíamos y queríamos transmitirlo a cuanta gente pudiéramos. Además, entre más lográramos influir, más fuertes seríamos ante cualquier competencia. Concluimos que dejaríamos de ser una clínica y nos convertiríamos en un centro de influencia. Ese concepto fue crucial. Trataríamos pacientes y educaríamos para prevenir la enfermedad de la adicción, todo centrado en un eje llamado influencia: para influir en las personas, las comunidades, las familias y en el país. Recordé a ese paciente del estado de México por el que quise quedarme y me di cuenta que estábamos poniéndonos de acuerdo como equipo para ser el centro de influencia en adicciones más relevante en Latinoamérica.

Máximo orgullo: preservar su esencia

Los directores hablamos con el personal y les pedimos que ya no le dijeran Clínica Monte Fénix, que desde ese día pensaran en Monte Fénix como un centro. La gente lo captó inmediatamente. Monte Fénix iba a ser un centro de influencia a través de preservar su esencia con la que fue fundado en 1979 pero especializándose aún más, teniendo recurso humano de excelencia a través de la educación.

Dice Warren Buffett que a él le gusta invertir en empresas con fosas muy anchas. ¿Qué quiere decir esto? La fosa es el cuerpo de agua que rodea a los castillos e impide el ataque del enemigo. Monte Fénix siempre ha usado la ciencia translacional como fosa para sobrevivir. Implementamos muchas cosas para asegurar la supervivencia de este gran proyecto en el que estoy seguro está la mano de Dios. El Centro de Estudios fue nuestra primera fosa pero trajimos otras, por ejemplo un sistema de calidad total, una manera de medir los resultados en rehabilitación científicamente y un modelo de corta distancia y alta efectividad para que las personas que no podían pagar en Monte Fénix, tuvieran adónde ir. En este artículo voy a plantear más a profundidad estas fosas desde un punto de vista empresarial.

Prevenir las adicciones: nuestro cometido

Un día muy importante para mí fue cuando todos los directores nos pusimos de acuerdo en nuestra primera y obviamente mi consentida misión corporativa. Fue el 18 de mayo de 1994 y dice así:

“Ser una institución de servicio en el mundo hispanoamericano especializada en la rehabilitación de quienes padecen la enfermedad de la adicción, la transmisión de conocimientos y valores que permitan prevenirla y la formación de profesionales en este campo generando nuestro propio desarrollo integral y contribuyendo al de nuestro país”. ¡Esta es nuestra misión! Esta misión en particular me gusta mucho porque define muy bien lo que hace Monte Fénix.

Unidos para hacerlo mejor

Ya teníamos nuestra Misión y nuestra Visión y estábamos contentos. Fui por toda la institución, hablé con cada integrante del personal para que adoptara esta nueva manera de ver las cosas. Para que esto funcionara, para que este nuevo paradigma se aceptara, íbamos a necesitar el apoyo de todo el personal y lo tuvimos.

Como lo mencioné, cuando llegué a Monte Fénix estaba permitido fumar en todos lados. No me hacía ningún sentido. Pero era normal. Era 1992 y todo el mundo fumaba.

Estando en contacto con Scripps, hablé con el médico Marc Schuckit para que me actualizara en los recientes descubrimientos acerca del tabaquismo. Siendo una clínica de adicciones no podíamos tener a la mayoría del personal fumando, por normal y aceptado que fuera en México. Éramos una clínica de adicciones y el cigarro es adictivo. Tomé la decisión de disminuir el consumo de tabaco de manera muy importante pero pensé en hacerlo de manera gradual. Empecé por prohibir fumar tajantemente en mi oficina. Después fui prohibiendo el consumo de tabaco poco a poco en diversas áreas.

Poner el ejemplo no fue fácil

Entendía perfecto la situación de los fumadores. Yo dejé de fumar hace décadas y es lo más difícil que he hecho en mi vida hasta la fecha. Fuimos pioneros siendo una institución de salud mental creando espacios libres de humo.

Y en otros muchos sentidos también fuimos pioneros. Aceptamos a un seropositivo con problemas de adicción cuando nadie más lo hacía. La última vez que coincidimos, años después de su internamiento, seguía sobrio y vivo, y nunca desarrolló el sida. También aceptamos a un hombre que llevaba 50 internamientos en otras instituciones, y salió adelante. Cuando manejaba Monte Fénix, la edad mínima era de 14 años, pero una vez llegó uno de 13 que mostraba madurez y muy buena actitud. El equipo terapéutico quiso que entra- ra y me dio mucho gusto verlo sobrio, dos años después.

Se internó una pintora. No tenía con qué pagarme y me pagó con tres cuadros. Los cuadros siguen colgados en el comedor de la institución.

Una vez fui a una bodega en Azcapotzalco para rescatar a un conocido que tenía que internarlo. Sigue sobrio, gracias a Dios. Otro día, estaba en mi oficina y vino alguien a pedir ayuda, le dije que se internara, me dijo que le hacía falta ropa, le dije que mandaba a mi chofer por ella. Se internó. Está sobrio hasta el día de hoy, por la gracia de Dios.

Tenemos vocación y convicción

Comento estos casos de experiencia personal no para colgarme medallas sino porque esa es la esencia de Monte Fénix. Muchos colabo-

radores nuestros tienen historias similares. En Monte Fénix creemos que la situación no es complicada, si el enfermo y la familia desean recuperarse. Y los colaboradores de Monte Fénix tienen vocación de servicio en todos los niveles porque creemos en la institución.

Nosotros damos importancia a las personas que nos envían porque nos están dando su confianza. Cuando llegamos a la institución, a cada persona que nos refería a alguien, le mandamos una carta que decía algo como: "Gracias a ti porque nos estás ayudando para salvar una vida". Ese año nos anunciamos en revistas y un editor de una de las principales revistas de México nos habló muy contento con su carta.

Como a los cinco o seis años de estar trabajando en Monte Fénix, se me ocurrió estudiar una especialización en negocios. Me sirvió muchísimo. Y Andrea Pastor que manejaba el Centro de Estudios entró al año siguiente.

ISO 9000: eficiencia y eficacia

Aprendí de todo y hubo enseñanzas que me llevaron el ISO 9000 a Monte Fénix, por ejemplo por la importancia del manejo estadístico de los resultados de una operación. El ISO 9000 es calidad total en procesos productivos, es una norma de calidad europea. Tener procesos en Monte Fénix nos ofrecía que el personal, capacitado por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, tuviera una forma lógica y coherente de operar. Y a nosotros nos permitía estar menos metidos en la operación y enfocarnos en ser un centro de influencia nacional como lo planteamos desde el principio.

Me interesaba tanto obtener el ISO 9000 que busqué en internet si había otra clínica de adicciones que lo tuviera y encontré una



que estaba en Escocia. Traté de comunicarme pero no contestaban el teléfono. Andrea Pastor logró entrar en contacto y vio que tenían certificados administrativos, a nosotros nos interesaban todos, pero sobre todo los clínicos.

Un logro más para Monte Fénix

Decidimos hacer el ISO por nuestra cuenta. Empezamos en 1999 y terminamos en 2002. Tres años. Valió la pena. Obtuvimos el ISO 9000 para Monte Fénix, el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix y Clínicas Claider, de las cuales voy a comentar a continuación.

Clínicas Claider es un proyecto muy cercano a mi corazón. En Monte Fénix recibíamos como 3 mil llamadas al año de personas buscando ayuda. Es un mundo de gente, pero había un problema: la mayoría no podía pagar el tratamiento de Monte Fénix. Pensé que en México había dos extremos: clínicas demasiado caras y centros que no ofrecían atención de calidad.

Como he comentado, creé mucho en los 12 pasos y recordé que el “Libro Grande” dice que para que un alcohólico esté libre de su compulsión física para beber, se necesita un proceso hospitalario antes de que las medidas psicológicas surtan su máximo beneficio.

Recordé que en los inicios de AA se lograba la recuperación de 75% de pacientes con una desintoxicación llevada a cabo por un médico que supiera de la enfermedad, como el médico Silkworth, el pequeño doctor que amó a los borrachos, como afectuosamente le dicen en Alcohólicos Anónimos.

La importancia de comprender al enfermo

Pensé que podíamos rehabilitar con un modelo médico de costos más bajos y de menos días. Así nacieron las clínicas de atención y desintoxicación, una de mis grandes satisfacciones personales, no solo porque por sus puertas ha pasado un porcentaje muy importante de los pacientes atendidos por la fundación en su totalidad, sino por sus admirables índices de rehabilitación. Soy franco, si hubiera considerado qué tan exitoso iba a ser Claider, tomando en cuenta lo que cuesta, hubiera pensado que el porcentaje de rehabilitación sería bajo, pero, como en todos los proyectos de Monte Fénix, está la amorosa mano de Dios.

Como en todo lo que hacíamos, propuse esto de Claider al equipo directivo. Quiero dejar clara una cosa: creo que tuve a las mejores personas en ese equipo y se la rifaron conmigo, siempre se los voy a agradecer, todo lo que hice al frente de Monte Fénix de 1992 a 2002 hubiera sido imposible sin ellas.

Cuando empezamos a planear Claider no nos dimos cuenta que iba a ser el proyecto más complejo y que ocuparíamos más horas-hombre. En el caso del Centro de Estudios era una escuela que se podía manejar con una buena estructura pedagógica, pero Claider, ¿pues qué era Claider? Era la idea, el deseo que teníamos de que cualquier persona que llamara a Monte Fénix, o al menos una parte importante, tuviera ahora la esperanza de recibir un tratamiento de calidad. Pero no existía nada de desintoxicación de bajo costo y alta efectividad, era un concepto nuevo. Nos tardamos un año en hacer toda



la planeación, pero valió la pena. Fue difícil al principio. Pasaban los meses y no avanzábamos. El líder del proyecto al que le encargamos Claider no estaba al nivel de lo que le estábamos pidiendo. He hablado de la espiritualidad, los pasos, proyectos y de la importancia de amar al paciente, pero también éramos estrictos y tomábamos decisiones cuando era necesario. En este caso así fue. Le pedimos a Berta Mejía que asumiera la responsabilidad del proyecto.

CLAIDER: un proyecto eficaz y exitoso

Berta nunca me había fallado ni como mi asistente personal ni cuando le encargué el área terapéutica. Tenía una manera muy cálida pero inteligente y eficiente de operar. Se puso manos a la obra y Claider fue todo un éxito, por ahí han pasado 4 mil pacientes.

Por otro lado, para mí los números son muy importantes. Entender a profundidad la rehabilitación era vital, para mí es muy sencillo. A más rehabilitación, más satisfacción, más gente habla bien de nosotros y entran más pacientes. Mi mamá y los pioneros lo sabían bien, ellos daban buen tratamiento y no se preocupaban por publicidad ni cosas así, entendían que un rehabilitado iba a traer más pacientes. Yo quería entender ese fenómeno a profundidad, porque además se me hacía muy importante el área clínica, saber qué tan efectivo estaba siendo el tratamiento. De hecho, todas las áreas porque todas tienen que ver con la rehabilitación de un hombre o una mujer.



El despertar espiritual del adicto nos recompensa

En 2001, yo sabía que en Estados Unidos de América se rehabilitaba 65% de los pacientes, en promedio. Mi asombro fue cuando Pearson me reportó que Monte Fénix rehabilitaba a 76% y Claider a 72%. Estaba lleno de orgullo. Pocos días me he sentido tan satisfecho.

He hablado aquí de los modelos y cómo lo que hizo mi mamá al fundar Monte Fénix y lo que hicimos de 1992 a 2002 fue ciencia traslacional. Desde mi visión, tenemos un modelo original: Las Flores, un modelo educativo: el Centro de Estudios, un modelo de calidad total: el ISO 9000-2000, un modelo de medición de resultados de Pearson y un modelo de bajo costo. Todos los modelos se interrelacionan y están enfocados a que la mayor cantidad de adictos tenga despertares espirituales para crear un mejor México y mejorar el tejido social.

También he escrito acerca de las fosas. Las fosas y los modelos son lo mismo. Los modelos son fosas protegiendo a Monte Fénix, como en este ejemplo: Desde el principio mencioné que queríamos ser un centro de influencia para ayudar al país. ¿Qué logramos? Creo que algo. Bajo nuestra dirección, Monte Fénix se convirtió en miembro del NAATP, la asociación de clínicas privadas más prestigiosa a nivel mundial. En 1994 y 1995 participamos en la primera y segunda conferencias binacionales entre Estados Unidos de América y México negociando con las contrapartes estadounidenses por el bien del país. (Ver apéndice 1.)



Presentes en la tragedia de Nueva York

También en ese tiempo, Monte Fénix recibió a todos los representantes de presidentes de la Organización de Estados Americanos en Adicciones, a petición del Consejo Nacional Contra las Adicciones. Por cierto, cuando ocurrió la tragedia del 11 de septiembre de 2001, llamé al Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones y le ofrecí a nueve terapeutas para que fueran a dar contención en crisis a los sobrevivientes mexicanos en Nueva York. Afortunadamente aceptó mi petición y así lo hicimos.

Por otro lado, apoyamos a Ninfa Sada para iniciar el programa Vive sin Drogas en TV Azteca, ahora se llama Vive. Obtuvimos 15 millones de dólares de publicidad gratuita para Monte Fénix en los eventos Recuperar Para Recuperar con Emmanuel, Mijares y María del Sol. Ayudamos al gobernador José Antonio Álvarez Lima para el mejor proyecto a nivel estatal contra adicciones en Tlaxcala. El patronato de la Quinta Santa María nos pidió que les enviáramos pacientes por dos o tres años, asegurando su supervivencia. Han crecido mucho. Hoy hay cuatro Quintas.

Ayudamos y encauzamos a otros

Monte Fénix participó en la elaboración de la primera Norma de adicciones en México, la nom 028. Ayudamos a Sinto Espresate a lanzar su novedosa revista *LiberAddictus*, comprándole la cuarta de forros

hasta que la revista fuera autosuficiente. Con el aval del Consejo Nacional Contra las Adicciones asesoramos al estado de Veracruz para abrir su primer centro estatal en contra de las adicciones.

Y aún más. Asesoramos a Roberto Durán un líder chavo banda pacifista que quiso y logró hacer un movimiento de expandilleros unidos para dejar de lastimarse y de drogarse. El día de hoy hay 30 pandillas afiliadas y Roberto ha recibido premios en todo el mundo.

Aparte, en varios estados del país, el Centro de Estudios hizo diplomados e impartió conferencias de adictólogos de talla mundial como Marc Schuckit, que vinieron a México por primera vez a exponer su sabiduría para ayudar al adicto.

Era 2001 y muchas cosas habían pasado. Mi abuelo Manuel había fallecido. Siempre creyó en mí, me ayudó más de lo que puedo expresar en palabras y su muerte me había dolido como nada en mi vida.

Vencer obstáculos, nuestra gran labor

Por otro lado, en Monte Fénix las tres empresas operaban con pérdidas financieras, las cuales cubría con recursos propios. La visión que tuvo mi abuelo al juntarse con el personal y pedir autosuficiencia, solamente se había cumplido durante dos años. Creo que fue en 1995 y 1996 cuando las tres empresas en su totalidad salieron en punto de equilibrio. El Centro de Estudios Superiores Monte Fénix fondeaba las pérdidas de la parte clínica de Monte Fénix.

Los otros ocho años en los que estuve al frente cubrí las pérdidas con recursos propios. Eso incluía todos los costos de inicio del Centro



de Estudios, Claider, así como fondear los conciertos de Recuperar Para Recuperar.

Lo menciono porque cuando mi abuelo falleció, mi mamá y yo nos pusimos de acuerdo para que ella tomara el control de Monte Fénix. Me dio muchísimo gusto.

En realidad, ya me sentía un tanto retirado de esto del gremio de la adicción. Qué equivocado estaba. Por la generosa idea de un buen amigo, iba a presidir un ambicioso proyecto, Amesad, la Asociación Mexicana sobre la Adicción, que representa al sector privado en adicciones en México.

El lanzamiento fue en Palacio Nacional, con Margarita Zavala, entonces Primera Dama, el secretario de Salud, el comisionado nacional, mi familia, incontables adictólogos y un sinnúmero de amigos.

A Dios gracias siempre he salido avante

Fue uno de los días más significativos de mi vida. Llegó un momento durante el evento que me di cuenta de la magnitud del suceso. Nunca había pasado antes en la historia de México. Nunca se habían juntando todos los líderes en adicciones para firmar un acta. Tengo que ser honesto, me sentí algo abrumado antes de dar el discurso, pero como siempre, Dios me echó la mano.

Fundar la asociación valió la pena. Cuenta con la membresía de diversos líderes en el campo de las adicciones y de cientos de adictólogos de todo el país. El Facebook de Amesad consta de 57 mil personas a las que les damos información de calidad acerca de las adicciones.



El gobierno de México y la Organización de las Naciones Unidas me invitaron como presidente de la asociación a representar a México en las reuniones de alto nivel que se llevaron a cabo en Viena (UNGASS), firmamos un convenio con la Unión de Padres de Familia a la cual le dimos capacitación gratuita, instruyendo a 3 mil familias en prevención. Lo hicimos *online*, siendo pioneros en la capacitación en adicciones por este medio.

Firmamos un convenio con el Consejo Nacional contra las Adicciones mediante el cual capacitamos a 200 centros en toda la República. José Castrejón, como vicepresidente de Amesad, sugirió al Congreso se designara un día nacional sin alcohol, el cual, por iniciativa nuestra, se hizo ley y se celebra cada 15 de noviembre. Ayudamos al gobierno federal asesorándolo en las nuevas normas federales para regular instituciones, siendo nuestra aportación principal la necesidad de que se practiquen los 12 pasos en las mismas.

Elogios, reconocimientos y gratitud

Además, Amesad promovió los primeros premios nacionales para adictólogos, mediante los cuales el mismo gremio reconoció a los líderes nacionales en el tema, personalidades de la talla de María Elena Medina Mora, y los médicos Rafael Velasco Fernández y Jesús Kumate por sus importantísimas contribuciones.

Hablando de Velasco Fernández, nos pidió que le publicáramos su último libro: *El debate sobre la marihuana*; para la asociación fue un honor y lo hicimos con mucho gusto. Amesad es plural, consta de 300 miembros, 120 son instituciones.



La fuerza de la asociación fue evidente en un congreso que hicimos en la Universidad Anáhuac Campus Norte. Me impactó la cantidad y calidad de gente que logramos convocar, han de haber asistido unas 110 o 120 instituciones. Me queda claro que cuando queremos, nuestro gremio puede ser muy unido. Me sentí muy agradecido.

Un proyecto que me tiene muy entusiasmado es el de la Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones que Carla Velasco y yo tenemos con la Universidad Anáhuac.

Enfoqué la cátedra a la educación porque para mí ese debe de ser el tema prioritario que debemos de abordar los mexicanos como país para hacer algo acerca de esta enfermedad que afecta a tantos.

El 7% de los mexicanos es adicto a algo, son como 10 millones de personas y no creo que haya 2 mil especialistas en adicciones, teniendo un especialista por cada 5 mil enfermos.

Por eso, Carla mi esposa y yo quisimos hacer nuestra aportación para cerrar aunque sea un poquito la brecha.

Dos universidades en la lucha contra las adicciones

Acercamos a dos grandes líderes educativos en salud mental para ayudar a nuestro México. Se trata de la Universidad Anáhuac y de la Universidad de California en San Diego, la cual es la número seis en Estados Unidos de América en psiquiatría y número uno en adicciones.

Las dos universidades firmaron un memorando de entendimiento en la Universidad Anáhuac conmigo como testigo, y concluyeron en



hacer una maestría *online*. UCSD aportaría a los mejores especialistas en adicciones a nivel mundial y la Universidad Anáhuac pondría a los mejores estudiantes de psicología.

La Universidad Anáhuac tiene muchos campus y mi esperanza es que algún día muchos estudiantes tomen esta maestría y otro tipo de productos educativos que ambas universidades hagan juntas. Si logramos esto, México se convertirá en líder educativo en adicciones a nivel mundial no solo por la calidad de la educación sino por la cantidad de los educandos que aportaría la Universidad Anáhuac.

Este libro es otro proyecto de la cátedra. Estoy muy agradecido con todos y cada uno de los autores, tuvimos el apoyo de todos los adictólogos convocados, esto habla de la inmensa vocación de servicio que tienen.

Con mi entrega total rindo tributo a mi abuelo

Un día estaba mi abuelo Manuel hablando con un médico de DuPont, que en mi tiempo fue el mejor cliente de Monte Fénix. Creo que fue durante el concierto de Emmanuel de Recuperar Para Recuperar. Mi abuelo le dijo: “mi nieto está dedicado a esto en cuerpo y alma”. Esa era la genialidad de mi abuelo, su profundidad que a la vez era sencillez. Ese concierto fue hace más de 20 años y aquí sigo, dedicado a esto de las adicciones, en cuerpo y alma.



Apéndice 1



MODELOS FOSAS

CLÍNICA
MONTE
FÉNIX
(1979)





CLAIDER

MEDIDORES

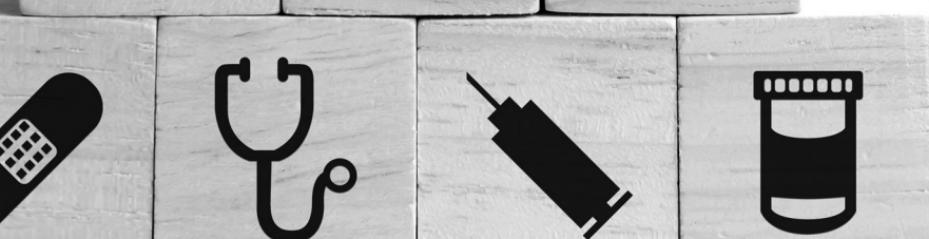
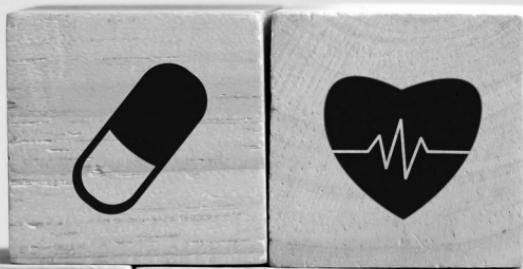
PROCESOS

CENTRO DE
ESTUDIOS

CENTRO
MONTE
FENIX



**FUNDACIÓN
MONTE
FÉNIX
(2002)**





Perspectivas históricas del consumo de sustancias y modelos explicativos relacionados con los problemas de uso

Igor Koutsenok

En nuestros esfuerzos por desarrollar un enfoque más racional del uso de sustancias psicoactivas y de los trastornos por consumo de las mismas, una perspectiva histórica es críticamente necesaria. Las sustancias psicoactivas se han usado mucho en la historia de la humanidad, pero han estado sometidas a diversas formas de regulación: los efectos psicoactivos se utilizaban en los rituales religiosos, en la preparación de la caza y la lucha, como medicamentos para el tratamiento de enfermedades, para modificar el estado de conciencia y eliminar la inhibición.



Reglas para el uso de sustancias psicoactivas

El uso restringido estaba bajo el control de autoridades religiosas, autoridades comunitarias y políticas, ancianos y profesionales de la salud. También estaba regulado en cuanto al establecimiento, la dosificación, la forma de asumirla y sus reglas. Solo en algunos períodos de la historia de la humanidad, las limitaciones impuestas al uso de drogas psicoactivas se atenuaron, y se extendieron a gran parte de la población con consecuencias muy problemáticas para salud, seguridad y desarrollo. En algunos casos, esta propagación se permitió por razones político-económicas, con el propósito de obtener ganancias financieras o control social y desarrollo deficiente.

Se estima que unas 4 mil plantas producen sustancias psicoactivas, y unas 60 de estas sustancias químicas han sido utilizadas constantemente en algún lugar del mundo y a lo largo de la historia, predominando *cannabis*, opio, coca, té, café, tabaco y alcohol. El término “perspectiva” del título significa el intento de observar las cosas en su verdadera relación o importancia. Como tal, el título refleja la esperanza de que contribuya a una visión más realista de la dinámica del uso de sustancias mediante el estudio del pasado.

Nuestros conocimientos actuales sobre el uso de sustancias son significativos; sin embargo, también están llenos de inexactitudes, conceptos erróneos, mitologías y programas políticos.

Investigaciones y confusiones

Con mucha frecuencia, los encargados de formular políticas no son lo suficientemente críticos (o pueden estar dotados de conocimientos) en el manejo de la fecha “histórica”, confiando en gran medida en “autoridades” secundarias sin fundamento y empleando la “verdad” histórica para apoyar argumentos controvertidos. Este uso indebido de la historia ha contribuido de forma significativa a las confusiones en torno de este tema. Analizada adecuadamente, la historia puede ayudar a dilucidar esas mismas confusiones de maneras no disponibles en otras disciplinas. Al permitir que las experiencias del pasado instruyan el presente y al aclarar la relación entre ambas, la historia puede en buena medida ampliar nuestro conocimiento de algunas de las cuestiones más fundamentales acerca del uso de drogas.

El estudio de la historia de las drogas también puede ayudarnos a distinguir entre los efectos farmacológicos directos de una sustancia y los factores externos que influyen en la experiencia de un individuo con una droga, la difusión de su uso y la respuesta de la sociedad. Puede ayudar a identificar qué cambios en una sociedad afectan a las modificaciones en el uso de sustancias, qué poblaciones son más susceptibles al uso de ciertas sustancias y en qué condiciones, por qué ciertas drogas han afectado a diferentes sociedades de manera diferente, y por qué el uso de drogas se propaga en ciertos lugares y en otros no.

Cronología sobre las drogas

A continuación se presenta una breve cronología de la muy larga y compleja interacción entre el ser humano y las diferentes clases de sustancias psicoactivas.

Historia del Opio

5000 antes de nuestra era (a. n. e.)

El opio es conocido en Mesopotamia y mencionado en textos médicos asirios. Los sumerios usaban el opio, lo que sugiere el hecho de que tienen un ideograma para él, traducido como *hul*, cuyo significado es júbilo o regocijo.

2500 a. n. e.

Evidencia histórica temprana del consumo de semillas de amapola entre los moradores del lago en Suiza.

1500 a. n. e.

Es usado como anestésico por los médicos egipcios.

Hacia el siglo VII

La semilla de opio es llevada a China vía Medio Oriente e India.

1200

Es usado en Medio Oriente como medicina e intoxicante.

1546

Paracelso, alquimista suizo, introduce el láudano y se hace popular en todas partes de Europa.

1650

Fumar opio se hace frecuente en China.

1762

Thomas Dover, médico inglés, introduce su prescripción para un polvo diaforético que recomienda sobre todo para el tratamiento de la gota. Rápidamente llamado “Polvo de Dover”, este compuesto fue la forma más extendida de uso del opio durante los siguientes 150 años.

1805

Friedrich Wilhelm Adam Sertürner, un químico alemán, aísla la morfina del opio y describe sus propiedades.

1825

La morfina se utiliza por primera vez como analgésico y se cree que es una cura para la adicción al opio.

1839-1842

Guerra del opio entre China e Inglaterra.

1853

Se presenta la aguja hipodérmica y es usada para inyectar morfina.

1866

El uso de morfina durante la Guerra civil en Estados Unidos de América genera aproximadamente a 400 mil adictos.

Década de 1870

La guerra franco prusiana en Europa genera un gran número de adictos a la morfina. Las ventas de medicamentos patentados que contienen opio proliferan en Europa y América.

1912

La Primera Convención de Opio Internacional se reúne en La Haya y recomienda varias medidas para el control mundial del comercio de opio. Las subsecuentes Convenciones de Opio se llevan a cabo en 1913 y 1914.

Década de 1930

El abuso de opio es casi completamente sustituido por la heroína.

1931

Se firma en Bangkok el acuerdo para el Control del Consumo de Opio en el lejano oriente.

1946

Irán prohíbe el cultivo de opio.

1948

La Organización Mundial de la Salud se hace responsable del control de narcóticos. Solo algunas naciones tienen permitido cultivar opio para su exportación.

1951

Veinte mil libras de opio, trescientas libras de heroína y varios dispositivos para fumar opio son quemados públicamente en Cantón, China. Treinta y siete consumidores de opio son ejecutados en el suroeste de China.

1961

Se adoptan convenciones únicas sobre estupefacientes, incluido el opio en la Lista I.

Historia de la heroína

1874

La heroína es aislada de la morfina.

1906-1920

La legislación regula el cultivo y la distribución de opio, prohíbe prescripciones de narcóticos a adictos e impone penas criminales.

Década de 1920

Debido a su mayor potencia y disponibilidad ilícita, la heroína se ve favorecida sobre la morfina.

1924

Estados Unidos de América prohíbe la fabricación de heroína.

1952

Se consigue la síntesis completa de la morfina.

1961

Se adoptan convenciones únicas sobre estupefacientes; la heroína se incluye en la Lista I.

Historia del *cannabis*

Hacia 2737 a. n. e.

Referencia del *cannabis* en el tratado de farmacología chino.

Hacia 2000 a. n. e.

Se hallan referencias al *cannabis* en la India.

Hacia 500 a. n. e. - 1500

Urna que contiene marihuana es encontrada cerca de Berlín, Alemania. Tela hecha de *cannabis* en Europa.

1545

Planta de *cannabis* introducida en Chile.

1611

El *cannabis* es cultivado por los primeros colonos en Virginia.

1800

El ejército de Napoleón, al volver de Egipto, introduce el *cannabis*



(hachís, marihuana) en Francia. En París, los artistas *avant-garde* y los escritores desarrollan su ritual de *cannabis*, conduciendo, en 1844, a la creación de “Le Club de Haschischins”.

1841

El médico Jacques Joseph Moreau usa el hachís en el tratamiento de enfermos mentales en Bicetre, Francia.

1850

La farmacopea estadounidense enlista al *cannabis* como una medicina reconocida.

Hacia 1875

Se establecen “Casas Hasheesh” en Europa y Norteamérica.

Décadas de 1920-1930

El comercio del *cannabis* para uso recreativo comienza a aumentar durante la prohibición de alcohol en Estados Unidos de América. Las “almohadillas de té” surgen en las principales ciudades. El *cannabis* se vincula a la ola delictiva de la década de 1930.

1925

Se aprueba una Convención de Opio Internacional perfeccionada, que amplía su alcance al *cannabis*.

1950-1960

El uso crece en los años 1950 y se extiende en muchas áreas del mundo en la década de 1960, en particular en campus universitarios y preparatorias.

1961

Se adoptan Convenciones Únicas en Medicinas Narcóticas, que incluyen al *cannabis* en la Lista I.

1970-1980

Se extiende el uso en todos los segmentos de la sociedad y aumenta cada año hasta 1978-79.

Historia de la cocaína

Hacia 1532

Pizarro descubre que los incas mastican hojas de coca en Perú.

1750

Especímenes de coca clasificados como coca de *Erythroxylon*.

1844

La cocaína, el alcaloide principal en hojas de coca, es aislada.

1863

Una preparación de hojas de coca y vino llamada “Vin Mariani” cobra popularidad en Europa.

1878

La cocaína es usada para el tratamiento de la adicción a la morfina.



1883

Los soldados bávaros usan cocaína para abatir la fatiga.

1884

Sigmund Freud estudia a la cocaína como medicamento psicoactivo para tratar la depresión y la fatiga. Karl Koller usa cocaína como anestésico tópico en operaciones del ojo. Guillermo Halstead inyecta cocaína en troncos nerviosos como anestésico regional.

1885

El médico Albrecht Erlenmeyer advierte contra el uso de cocaína para curar la adicción a la morfina.

1886

Coca Cola, que contiene extracto de coca, entra al mercado.

1902

Richard Willstätter sintetiza la cocaína.

1906

La Ley de Pureza de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos de América prohíbe el envío interestatal de comida y soda que contenga cocaína. La Coca Cola Company cambia a hojas de cola “descocaneizadas”.

1961

Se adoptan Convenciones Únicas en Medicinas Narcóticas, que incluyen a la cocaína en la Lista I.

Décadas de 1970-1980

El uso de la cocaína se extiende a todos los segmentos de la sociedad global.

Décadas de 1980-1990

El crack de cocaína se torna disponible en muchas áreas del mundo.

Historia de las anfetaminas

1887

Las anfetaminas son sintetizadas por vez primera.

1927

Primer uso médico de anfetaminas como estimulante y descongestionante nasal.

1932

Se venden como pastillas de Benzedrina e inhaladores.

1937

Primer uso médico para calmar a niños hiperactivos.

Década de 1940

Los gobiernos americano, británico, alemán y japonés dan anfetaminas a los soldados para contrarrestar la fatiga, aumentar la resistencia y elevar el humor. Se reporta el uso de anfetaminas por atletas y



hombres de negocios a principios de los años 1940. Comienza el mercado negro de “estimulantes” para uso de estudiantes y camioneros.

1949

La fabricación de inhaladores de Benzedrina es discontinuada debido al peligro de sobredosis.

Década de 1950

Primera ola de abuso. Los soldados americanos en Corea y Japón mezclan anfetaminas con heroína para crear los primeros “speedball” de aplicación intravenosa.

Anfetaminas hasta para la belleza estética

Se prescriben anfetaminas para narcolepsia, fatiga crónica y como anoréxico. Las amas de casa americanas y europeas comienzan a abusar de las “pastillas para adelgazar”. Las anfetaminas son combinadas con barbitúricos (Dexamyl) y prescritas para la depresión.

Década de 1960

Comienza el abuso extendido. Los “speedfreaks” inyectan dosis masivas de metanfetamina (Metedrina).

1971

Se adopta la Convención de 1971 en Sustancias Psicotrópicas, que incluye a las anfetaminas en la Lista III.



Décadas de 1970-1980
El abuso extendido continúa y aumenta.

Historia del LSD

1933

Los médicos Albert Hofmann y W. A. Stall, químicos de los Laboratorios Sandoz (Baser, Suiza) descubren el ácido d-lisérgico dietilamida, mientras experimentan con el hongo ergot.

1943

El médico Hofmann absorbe accidentalmente un compuesto sintetizado de la serie ácido lisérgica y experimenta “visiones fantásticas”. Más tarde, se autoadministra deliberadamente el LSD, y otra vez experimenta visiones.

1949-1954

El LSD es estudiado ampliamente para su uso en el tratamiento de trastornos mentales, epilepsia y alcoholismo.

1956-1960

Uso recreativo temprano del LSD por parte de la comunidad médica y psiquiátrica y de sus amigos.

1962

Los médicos Timothy Leary y Richard Alpert del Centro de Investiga-



ción de la Personalidad Humana de Harvard, tratan a presidiarios en el Reformatorio de Massachusetts.

1963

El gobierno estadounidense investiga a Leary y Alpert, quienes abandonan Harvard bajo una nube de escándalo y mucha publicidad nacional. Comienza el mercado negro de LSD de alta calidad en Estados Unidos de América y Europa.

1967

Se reporta que el LSD daña cromosomas de glóbulos blancos en pruebas de laboratorio.

1968

Los incidentes de “viajes malos” y “flashbacks” aumentan el pico de uso de LSD a finales de los años 1960.

1971

Se adopta la Convención en Sustancias Psicotrópicas, que incluye al LSD en la Lista I.

Décadas de 1970-1980

El uso constante disminuye y se estabiliza en los años 1970. A principios de los 1980 muestran un creciente interés en el LSD, pero hay pocas evidencias de un aumento real en su uso. Las tasas prevalentes no cambian significativamente a finales de la década de 1980.



História de los barbitúricos

1864

Dos científicos alemanes, Van Mering y Fischer, sintetizan el barbital, derivado o ácido barbitúrico.

1903

El barbital es introducido en la medicina bajo el nombre comercial de Veronal.

1912

El fenobarbital, un segundo derivado, es introducido bajo el nombre comercial de Luminal.

Década de 1930

Los barbitúricos son ampliamente prescritos en Estados Unidos de América y Europa Occidental.

Década de 1940

Los estudios muestran que los barbitúricos son estupefacientes adictivos, y que los síntomas de abstinencia aparecen cuando se interrumpe el uso.

Década de 1950

El abuso de barbitúricos los convierte en una de las principales drogas en Europa Occidental y en Estados Unidos de América.

Década de 1960

El abuso se extiende a la juventud global.

1971

Se adopta la Convención en Sustancias Psicotrópicas, que incluye a los barbitúricos en las Listas III y IV.

Décadas de 1970-1980

Los barbitúricos todavía son ampliamente prescritos y persiste el abuso. El gobierno estadounidense estima que 20% de los barbitúricos legalmente manufacturados se desvía hacia canales ilícitos.

Como se pudo observar, las sustancias psicoactivas han estado presentes en todas las etapas de la historia de la humanidad. Históricamente se han usado en ceremonias religiosas y culturales, o con objetivos medicinales. Un parámetro importante era el nivel de aculturación de una droga y el control social sobre su consumo. A lo largo de varios siglos, mientras el consumo de drogas ha sido parte de rituales culturales y prácticas religiosas, el uso mismo estaba bajo un control social muy estricto, permitido solo dentro de parámetros rituales, y era desaprobado con severidad si se llevaba a cabo fuera de las normas sociales establecidas.¹

1. Vetulani J. "Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and present." *Pol. J. Pharmacol.* 2001; 53:201-214.

Las drogas: una amenaza sin freno

Sin embargo, la historia ha mostrado que, por diversas razones, las reglas y medidas de control social no fueron suficientemente poderosas para limitar el uso de sustancias psicoactivas fuera de las normas sociales aceptadas, y el consumo de drogas se extendió sin control alrededor del globo. Cada vez más, la gente comenzó a usar drogas, creando así una gran cantidad de problemas sanitarios, sociales y políticos, que en un punto se convirtieron en una amenaza global para la comunidad del mundo entero.² Por consiguiente, la comunidad global decidió restituir el control sobre la producción, distribución y el uso de las drogas a las Convenciones de las Naciones Unidas.

Cronología de un siglo de control internacional de drogas

1909

La primera conferencia internacional de drogas, la Comisión de Opio, se reúne en Shangai.

1912

El primer tratado de control de drogas internacional del mundo, la Convención de Opio Internacional, se traslada a La Haya.

2. Berrios G., Porter R. (eds.). *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Mental Disorders*. London, UK: The Athlone Press, 1995:656.

1914

La Primera Guerra Mundial lleva a niveles rápidamente crecientes de consumo de drogas en varios países.

1919/20

La Convención de Opio Internacional forma parte de los Tratados de Paz de la Primera Guerra Mundial, alentada su ratificación por muchos países.

1920

Se establece la Liga de las Naciones. La Liga se convierte en el custodio de la Convención de Opio.

1925

Se aprueba una Convención de Opio Internacional mejorada, ampliando su alcance al *cannabis*.

1931

La Convención para Limitar la Manufactura y Regular la Distribución de Drogas Narcóticas pretende restringir el suministro de drogas narcóticas a cantidades necesarias con objetivos médicos y científicos.

1936

La Convención para la Supresión del Comercio Ilícito de Drogas Peligrosas se convierte en el primer instrumento internacional para hacer de ciertas infracciones con narcóticos delitos internacionales.

1946

El control internacional de drogas se transfiere de la Liga de las Naciones a la recién creada Organización de las Naciones Unidas (ONU). El Consejo Económico y Social de este organismo establece a la Comisión de Drogas Narcóticas (CDN) como el cuerpo rector de la política central de la ONU en asuntos relacionados con las drogas.

1948

El Protocolo Narcótico Sintético entra en vigor, colocando una serie de nuevas sustancias bajo control internacional.

1953

Se firma el Protocolo de Opio, limitando la producción y el comercio de opio a necesidades médicas y científicas.

1961

La piedra angular del régimen de control de drogas internacional de hoy, la Convención Única en Medicinas Narcóticas es adoptada, combinando acuerdos de control de drogas existentes. La Convención Única pone todas las sustancias controladas en una lista y crea el International Narcotics Control Board (INCB).

1971

La Convención en Sustancias Psicotrópicas es aprobada en respuesta al incremento en el uso de estas drogas en varios países.

1972

La Convención Única es enmendada por un Protocolo para subrayar la necesidad de proporcionar prevención adecuada, tratamiento y servicios de rehabilitación.

1988

La Convención contra el Comercio Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas es aprobada para enfrentar la amenaza de seguridad planteada por el narcotráfico en varias regiones.

1991

Se establece en Viena el Programa de Control de Drogas Internacional de Naciones Unidas (UNCPD, por sus siglas en inglés).

1998

Sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas para reforzar el esfuerzo de los países miembros en reducir la demanda y el suministro de drogas.

2002

La Oficina para Drogas y Delito de Naciones Unidas adopta su nombre actual.

2003

La Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Trasnacional entra en vigor, reforzando la capacidad internacional para contraatacar al crimen organizado, incluido el narcotráfico.

2008

Revisión del progreso conseguido hacia la reunión sobre los objetivos de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés) de 1998.

2009

Se adopta la Declaración Política y el Plan de Acción en la Cooperación Internacional hacia una Estrategia Integrada y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de Drogas de Naciones Unidas.

2016

Sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de drogas.

Historia del desarrollo de modelos explicativos de desórdenes en el consumo de drogas

Tanto históricamente como en la actualidad, hay una diversidad de perspectivas desde las cuales ver el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias. Una revisión literaria revela un gran número de marcos conceptuales que intentan comprenderlos y, por tanto, la teoría y la intervención están atrapadas en un laberinto de contradicciones. La mayoría de las teorías recoge algunos elementos importantes de lo que entendemos que constituyen los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, casi todas ellas solo dan cuenta de algunos aspectos concretos del fenómeno, pero no de otros.



Para entender la conducta del hombre

El modelo más actual y completo para entender los trastornos por consumo de sustancias es la perspectiva biopsicosocial de la salud, que se describe a continuación. Se resumen todas las demás perspectivas, por la importancia de comprender las distintas formas en que los miembros de nuestra sociedad piensan en estos problemas, porque la manera de conceptualizar el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de éstas, definirá y determinará los enfoques para abordarlos.

Perspectiva moral

El modelo moral de los trastornos por consumo de sustancias ha sido históricamente una tentativa para comprender la naturaleza del problema en su momento, cuando no había ciencia disponible. Este modelo considera que el consumo de drogas es una elección llevada a cabo por individuos con bajos estándares morales.

Las personas que consumen drogas se caracterizan como personas intrínsecamente malas que hacen cosas malas impulsadas por sus valores. El modelo moral considera el consumo de drogas como una violación voluntaria de las normas sociales.

En consecuencia, la conducta de demanda de drogas debe ser castigada y los valores morales deben ser restaurados a través de la presión y reeducación.

El error acerca de la manera de tratar al adicto

A la vista del desarrollo científico actual en el ámbito de la clínica de las adicciones, es evidente que el modelo moral no ofrece una buena explicación del fenómeno del consumo de sustancias ni de las formas eficaces de abordarlo. En lugar de la ciencia moderna, la idea de que los individuos afectados deben ser castigados en vez de atendidos, tiene poco valor terapéutico, porque ignora factores como la vulnerabilidad biológica, los efectos fisiológicos de las drogas, la personalidad y los antecedentes sociológicos, la comorbilidad psiquiátrica y muchos otros factores de crítica importancia.

Sin embargo, los elementos del modelo moral, en especial el enfoque en la moralidad y espiritualidad, no deben ser totalmente ignorados, porque proporcionaron algunas ideas sobre los enfoques para comprender e intervenir mejor con los individuos afectados.

Desde la perspectiva moral, se considera que el individuo es capaz de tomar decisiones conscientes.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
El consumo de drogas como pecado	Espiritualidad, buena voluntad
El consumo de drogas como delito	Responsabilidad personal

Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Dirección espiritual	Clero
Persuasión moral	Agentes de la ley
Sanciones sociales	

Perspectiva de aprendizaje social

La perspectiva de aprendizaje social es un modelo integrador relativamente complejo que se basa en los principios del condicionamiento clásico y operante. Esta perspectiva considera los trastornos por consumo de sustancias como un comportamiento socialmente aprendido que implica procesos cognitivos e influencias de modelado.

Influencias nocivas que involucran a muchos

El modelo de aprendizaje social pone un mayor énfasis en las interacciones persona-ambiente en el desarrollo del consumo de sustancias. Destaca la influencia de los procesos de socialización, los modelos de conducta y la imitación del comportamiento simbólico y observado. Estas perspectivas también hacen hincapié en la influencia familiar, de los compañeros y grupos de referencia significativos, así como en los procesos cognitivos y las habilidades de afrontamiento.

Un enfoque familiar que utiliza una perspectiva de aprendizaje social considera que el comportamiento relacionado con las drogas tiene sus raíces en las interacciones familiares negativas. En general, los factores más significativos de la familia son los estilos de crianza, modelos de conducta y déficits de socialización que se producen como resultado de la falta de habilidades del cuidador y del abuso de drogas. Se ha encontrado que el papel de las experiencias interactivas familiares tempranas negativas es una variable etiológica significativa en el desarrollo de conductas relacionadas con las drogas.

La percepción en las conductas del enfermo

En años recientes, se ha prestado mayor atención al papel de los procesos cognitivos en el aprendizaje de las conductas relacionadas con las drogas. Esta perspectiva también recalca que el consumo de drogas se puede considerar una estrategia de afrontamiento para manejar situaciones problemáticas, para alterar el estado psicológico propio o para mejorar las interacciones con la comunidad. La dependencia de una droga para ese propósito se define como dependencia psicológica. El modelo de aprendizaje social ha dado lugar a una serie de técnicas de intervención. Entre ellas se encuentra la prevención de recaídas, que hace un énfasis en los procesos cognitivos para evitarlas.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
Trato familiar	Déficit de socialización
Tratamiento cognoscitivo	Modelado
Prevención de la recaída	Déficits de habilidad
Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Objetivos apropiados	Formación de habilidad
Modelos alternativos apropiados	Formación de autocontrol
Reestructuración cognoscitiva	

Perspectiva caracterológica o de personalidad

La perspectiva caracterológica considera el consumo de sustancias como una expresión de patrones específicos de la personalidad del individuo. Se cree que quienes consumen drogas tienen rasgos de personalidad o de comportamiento predisponente, es decir, una “personalidad adictiva”. La creencia es que las personas con esa personalidad tienen una serie de defensas inadecuadas y la resolución de los problemas de drogas implica la reestructuración de su personalidad.

La frustración influye y atrapa

Los rasgos de conducta asociados al desarrollo de problemas de drogas son problemas de control de los impulsos; conductas antisocia-

les; baja autoestima; conflictos de rol sexual; dificultad para afrontar el estrés, especialmente problemas de tolerancia a la frustración; patrones de conducta pasivo-dependientes; egocentrismo con conductas manipuladoras y exigentes; y afán de poder y control de quienes se sienten incapaces.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
<ul style="list-style-type: none">-Psicoanálisis-Mecanismo de defensa inadecuado<ul style="list-style-type: none">-Dificultad para controlar los impulsos-Personalidad antisocial-Problemas de tolerancia a la frustración-Egocentrismo con comportamiento manipulador, exigente<ul style="list-style-type: none">-Sentimientos de incapacidad o carencia de poder	Rasgos de personalidad o (¿“personalidad adictiva”?)

Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Psicoterapia	Psicoterapeutas
<ul style="list-style-type: none"> -Identificación de riesgo -Modificación de la autoimagen o del autoconcepto -Habilidades interpersonales, enfocadas en control de los impulsos, respuestas alternativas a la frustración, autodefensa mejorada -Reducción de la dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajadores sociales con experiencia práctica avanzada

La perspectiva de la enfermedad

La perspectiva de la enfermedad de los trastornos por consumo de sustancias la desarrolló en la década de 1930 Alcohólicos Anónimos (AA). La aserción principal de esta perspectiva es que el problema del consumo de sustancias se observa mejor como una condición o enfermedad única y progresiva. Esta condición es cualitativa y cuantitativamente diferente de la salud “normal”.

La creencia es que el individuo químicamente dependiente es incapaz de consumir drogas con moderación. Se cree que la enfermedad es irreversible. El individuo no puede ser curado, pero la progresión de la enfermedad se puede detener, y los síntomas del uso compulsivo pueden controlarse.

No prejuzgar al que consume sustancias

Este modelo constituyó una intuición temprana fundamental destinada a desestigmatizar a las personas que sufren trastornos por consumo de sustancias (ya que la implicación es que no son responsables de su condición). Sin embargo, si se interpreta de forma restrictiva, no toma en cuenta la multifactorialidad que caracteriza el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
Alcohólicos Anónimos (AA)	Anormalidad del individuo
Drogadictos Anónimos (DA)	
Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Identificación y confrontación	Adictos en recuperación
Abstinencia de por vida	Apoyo de los compañeros

La drogadicción es comparable a una enfermedad

Las críticas al estricto modelo de enfermedad provienen de la comunidad dedicada a su tratamiento y de los propios afectados. Hay pruebas innegables de que el trastorno por consumo de sustancias es un problema de salud, equivalente a muchas otras enfermedades crónicas, pero esto no significa que no se pueda hacer nada por las personas afectadas. Los trastornos por consumo de sustancias pueden prevenirse y tratarse si se tienen en cuenta las pruebas científicas.



La prevención y el tratamiento de este problema de salud tienen grandes implicaciones y no deben considerarse estrictamente como una intervención farmacológica. La familia es importante; la pobreza y la delincuencia son importantes; las oportunidades y los amigos influyen; las enfermedades mentales subyacentes son importantes (especialmente la depresión). El modelo de enfermedad tiende a “medicalizar” demasiado el problema. Sin embargo, ha tenido un impacto positivo en la prestación de atención a las personas afectadas y ha proporcionado el camino hacia enfoques más humanos.

La ciencia y sus nuevos métodos

Como resultado de esta forma de pensar, la actitud de los profesionales de la medicina ha pasado de la ignorancia total y la evitación, a una mayor atención y servicios a los individuos afectados. De hecho, el desarrollo del modelo de enfermedad fue un hito muy importante en la formulación del modelo biopsicosocial integral, el modelo explicativo científico actualmente aceptado de los trastornos por consumo de sustancias.

Perspectiva educativa

El principal supuesto en el que se basa la perspectiva educativa es que los problemas evolucionan a partir de déficits de conocimiento, es decir, de la falta de información precisa. La creencia es que cuando a los individuos se les presenta una información adecuada, eficaz y sustantiva sobre los peligros o riesgos de las sustancias psicoactivas, moderarán o cesarán de consumir drogas.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
Conferencias	Falta de conocimiento
Educación efectiva	Falta de motivación

Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Educación	Educadores

La ciencia actual no apoya este modelo explicativo, aunque algunos elementos razonables del enfoque educativo se siguen utilizando eficazmente como componentes de la prestación de atención integral.

Perspectiva social

La perspectiva social señala el papel de la sociedad y las subculturas en la configuración de las pautas de uso y abuso de drogas de los individuos y grupos. Enfatiza factores sociales y culturales; creencias y comportamientos compartidos. La mayoría de teóricos o investigadores socioculturales distingue entre factores etiológicos o predisponentes o precipitantes.

Los primeros son de naturaleza genética o biológica. Los segundos suelen ser ambientales o culturales. Esta distinción es especialmente relevante respecto a los objetivos de prevención o intervención. Una de las contribuciones de los investigadores y profesionales que se centran en las normas subculturales es ayudar a desarrollar estrategias de prevención e intervención culturalmente apropiadas que no destruyan los puntos fuertes y la singularidad de la subcultura sin dejar de abordar sus problemas de drogas.

Las drogas a disposición de todos

La importante aportación de esta visión sobre los trastornos por consumo de sustancias es la noción de que la mayor disponibilidad de sustancias psicoactivas está directamente relacionada con su uso con propósitos no médicos; es decir, cuanto mayor sea la disponibilidad de drogas, mayor será la probabilidad de que se produzcan problemas.

Ejemplos	Factores causales enfatizados
Control del consumo a través de disponibilidad limitada	Ambiental
	Normas culturales

Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Intervención en reducción del suministro	Cabilderos y legisladores
Políticas sociales	Formuladores de políticas sociales
Cambio de actitud social hacia el consumo de drogas	-Minoristas -Expertos en servicios sociales -Practicantes en servicio

Perspectiva de salud biopsicosocial

Este modelo generalmente postula que la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, en lugar de en términos puramente biológicos. Aplicada a los trastornos por consumo de sustancias, la perspectiva de salud biopsicosocial entiende la naturaleza del trastorno como resultado de la interacción de tres factores causales principales: la sustancia, el individuo y el entorno. El modelo biopsicosocial del trastorno por consumo de sustancias es un intento de explicar cómo se produce y continúa el problema, y ofrece un marco de comprensión del mismo de forma que la prevención y el tratamiento puedan ser más eficaces.

El medio ambiente influye en el adicto

Este modelo identifica los factores biológicos, personales y sociales y las experiencias del aprendizaje, y muestra su papel único y pode-

roso en el inicio y la continuidad del consumo de drogas. También muestra que los factores sociales e individuales pueden influir en las consecuencias del consumo de drogas. El modelo biopsicosocial es tanto una filosofía de atención clínica como una guía clínica práctica.

La perspectiva biopsicosocial de la salud es única porque pone un fuerte énfasis en estos tres componentes de los problemas de drogas. También ofrece expectativas de integrar lo que hasta ahora han sido perspectivas aparentemente incompatibles.

Ejemplos	Actores causales enfatizados
Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito	Interacción del individuo, la sustancia y el ambiente
OMS	
Intervenciones implícitas	Agentes de intervención apropiados
Enfoque voluntario, exhaustivo y multifacético en salud	Interdisciplinario y derechos humanos

Todos los modelos explicativos, descritos con anterioridad, hacen énfasis en algunos de los factores importantes, generalmente descartando los demás. Por ejemplo, la perspectiva educativa habla del poder destructivo de las propias drogas. Las perspectivas moral, de la personalidad y biológica hacen mucho énfasis en los factores individuales del usuario; y las perspectivas del aprendizaje social, de los sistemas generales y sociológicos que se concentran en el entorno.

Descifrar el fenómeno de la droga: compromiso de la ciencia

El modelo biopsicosocial integra las mejores características de cada perspectiva, toma en cuenta los factores que se ha comprobado que influyen en la aparición de los problemas relacionados con las drogas, y los integra en una visión global y respaldada por la ciencia del trastorno como problema de salud multifacético. La búsqueda por parte de las sociedades y los científicos para comprender el complejo fenómeno del consumo de drogas continúa, y con cada pieza adicional de conocimiento, se desarrolla una mejor comprensión.

A medida que la investigación continúa, es probable que los conocimientos y conceptos actuales se amplíen, modifiquen o rechacen. Tal vez se desarrollen nuevas hipótesis.

Sistema internacional de control de drogas

Una mejor comprensión de la situación actual del consumo de drogas en todo el mundo no será lo suficientemente completa sin conocer mejor la historia de los intentos de la comunidad global por controlar el consumo de sustancias mediante la aplicación de determinadas políticas. Las medidas internacionales para controlar el consumo de drogas se iniciaron a principios del siglo XX, con la convocatoria de la Comisión Internacional del Opio en Shanghai (China) en 1919.

En los años siguientes se firmaron varios tratados multilaterales y el sistema internacional de control de drogas se modernizó con la

Convención Única sobre Estupefacientes, adoptada en 1961 y posteriormente ampliada y reforzada por el Protocolo de 1972.

Drogas para enfermos mentales, el inicio de las adicciones

Cuando surgieron problemas adicionales debido a la introducción de nuevas drogas psicoactivas sintéticas que se utilizaban ampliamente para el tratamiento eficaz de enfermedades mentales, pero que a menudo iban acompañadas del desarrollo de abuso y dependencia, la comunidad internacional negoció y adoptó el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas en 1971, que amplió el sistema de control internacional de drogas para incluir algunas de estas nuevas drogas.

La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 se introdujo para prevenir y actuar eficazmente contra el creciente tráfico ilícito de drogas.

Las convenciones internacionales de control de drogas de la ONU están diseñadas para garantizar el uso seguro de sustancias psicotrópicas potencialmente peligrosas. Los tratados reconocen que estas sustancias suelen tener usos científicos y medicinales legítimos que deben protegerse, pero que su abuso genera problemas de salud pública, sociales y económicos. Se requieren medidas energéticas, que impliquen una estrecha cooperación internacional, para restringir su uso a propósitos legítimos.



El control de drogas, deber de todas las naciones

Las Convenciones enumeran las sustancias controladas en diferentes listas con diferentes niveles de control, dependiendo del equilibrio entre la utilidad terapéutica y el riesgo de abuso. Los países que se adhieren a las Convenciones están obligados a adoptar la legislación adecuada, introducir las medidas administrativas y de ejecución necesarias, y cooperar con los organismos internacionales de control de drogas y con otros grupos de las Convenciones. De este modo, los países miembros traducen las medidas internacionales en controles nacionales dentro de sus sistemas legales.

La convención única sobre estupefacientes (1961)

La Convención Única establece un control estricto del cultivo de la adormidera, el arbusto de coca y la planta de *cannabis* y sus productos que, a efectos de la Convención, se califican de “estupefacientes”, aunque la cocaína es una droga estimulante y no induce el sueño.

Las partes de la Convención Única se comprometen a limitar producción, manufactura, exportación, importación, distribución, existencias, comercio, uso y posesión de los estupefacientes controlados para que se utilicen exclusivamente con propósitos médicos y científicos. La producción y la distribución de drogas están autorizadas y supervisadas de manera que se puedan hacer estimaciones e informes estadísticos anuales a la Junta Internacional de Fiscalización de



Estupefacientes (JIFE) sobre las cantidades de droga necesarias, manufacturadas y utilizadas.

Sustancias exclusivas para la ciencia médica

Esta normativa, cuya aplicación es supervisada por la Junta, garantiza el equilibrio entre oferta y demanda de opioide para el tratamiento de pacientes que lo necesitan. Al mismo tiempo, se protege al público de los efectos del uso ilícito y no médico.

El protocolo de 1972 que modifica la convención de 1961

El Protocolo de 1972 refuerza la Convención de 1961 y subraya tanto la necesidad de prevenir la producción, el tráfico y el uso ilícitos de estupefacientes, como la de proporcionar servicios de tratamiento y rehabilitación a las personas afectadas por el consumo de drogas.

El Protocolo invita a los gobiernos a considerar la posibilidad de utilizar el tratamiento, la educación, atención continua, rehabilitación y reinserción social en lugar (o además) de la prisión en casos de personas afectadas por el problema del consumo de drogas que hayan cometido un delito punible.

Asimismo, el Protocolo de 1972 reforzó el papel de la JIFE, al encargarle la responsabilidad de garantizar el equilibrio entre oferta y demanda de estupefacientes para propósitos médicos y científicos.



El convenio sobre sustancias psicotrópicas (1971)

El Convenio de 1971 entró en vigor en 1976 y amplía los mismos principios de control que los de la Convención Única para abarcar drogas como los estimulantes del sistema nervioso central, hipnóticos, sedantes y alucinógenos. Sobre la base de la experiencia adquirida con el sistema de previsiones de la Convención Única, también se ha desarrollado un sistema de previsiones para las sustancias psicotrópicas con el objetivo de evitar que se desvíen de la manufactura y el comercio legítimos. Debido a ello, se ha reducido cuantiosamente el desvío de estas drogas hacia el mercado ilícito.

La Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988

Esta Convención proporciona un marco global de actuación contra el tráfico ilícito de drogas. La Convención define al narcotráfico y, por primera vez, contiene disposiciones para evitar lavado de dinero y uso fraudulento del sistema bancario. La Convención también controla los precursores, es decir, las sustancias químicas que se utilizan en la fabricación ilícita de drogas. Según esta Convención, los países miembros deben tipificar estas actividades como delitos criminales y prever penas adecuadas a la seriedad de su naturaleza.





La historia de Alcohólicos Anónimos cumple 87 años

Roberto Karam Araujo

Alcohólicos Anónimos (AA) empezó sus actividades el 10 de junio de 1935, como resultado de una reunión entre Bill W., agente de bolsa de Nueva York y el médico Bob S., cirujano residente en Akron, Ohio, ciudad donde inició esta agrupación. Ambos considerados algún día “alcohólicos sin esperanza”, advirtieron que un alcohólico necesita de otro para mantener su sobriedad, lo que dio lugar a este movimiento considerado de gran importancia en el siglo xx.

El encuentro de dos hombres

No obstante, toda historia tiene un inicio, antes de que se escribieran los principios de AA y su “Libro Grande”, nadie se imaginaba que Bill W. y el médico Bob S., transmitirían el mensaje de vida a millones de personas enfermas de ese mal: la “alergia física y

la compulsión por beber”¹ manifiesta en muchos de ellos, sin que hubiera un tratamiento para su cura, tendría solución en esa fecha, cuando inició esta agrupación, con el encuentro de estos dos hombres.

Henrietta Seiberling, persona no alcohólica del Grupo Oxford, fue quien reunió a Bill W. con el médico Bob S., por primera vez el 12 de mayo de 1935 en Akron, Ohio. Con el deseo de trabajar, Bill “había comenzado a visitar Wall Street y a través de una persona que conoció casualmente, logró que una agencia comisionista le diera la representación para una asamblea, en la cual se buscaba el control de una pequeña industria de juguetes. En mayo de ese año fue con varias personas a Akron tratando de obtener el control de la compañía, pero al momento de la votación, la parte contraria resultó con mayor número de votos”.²

En busca de otro alcohólico

Sus acompañantes desanimados, lo dejaron en el hotel Mayflower, donde al pasear nervioso por el vestíbulo sintió el deseo de beber, y súbitamente reflexionó en que hablar con otros alcohólicos le había mantenido sobrio varios meses. Buscando establecer contacto con otro alcohólico fue al directorio del hotel, donde eligió al azar el

1. El médico William D. Silkworth, profesional relacionado con el alcoholismo que trató a Bill W., en el Hospital Towns de Nueva York, desarrolló una teoría basada en el concepto de que el alcoholismo era la combinación de una “alergia física y la compulsión por beber”.

2. *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de AA*, México, AAWS/CMSGAA, 2014, pp. 70-71.

teléfono del reverendo Walter Tunks, quien le dio una lista de personas, y una de ellas lo puso en contacto con la señora Seiberling.

Bill se identificó con ella como miembro del Grupo Oxford y alcohólico de Nueva York, por lo que Henrietta lo invitó a su casa. En ese tiempo, ella estaba tratando de ayudar al médico Bob. S., quien había admitido ante el grupo su alcoholismo, por lo que también lo invitó al lugar donde se realizaría el primer encuentro entre los co-fundadores de AA.

El médico Bob no pudo asistir cuando le llamó la primera vez, porque estaba indispuesto. Al día siguiente, aceptó la invitación “solo a causa del mucho cariño que le tenía a Henrietta y de que Anne —su esposa— ya se había comprometido a que irían. Pero hizo que Anne le prometiera que se quedarían solo 15 minutos”.³ Ese día llegaron a las cinco de la tarde a la casa de Henrietta, quien después de la cena los llevó a la biblioteca. Ahí Bill y Bob hablaron hasta las once de la noche. Bill sabía de qué estaba hablando, esto hizo que Bob se quedara hasta esa hora. Se dio cuenta de que platicaba por experiencia, hablaba un idioma común.

Diálogo y comprensión

El eslabón que faltaba, lo encontraron en esa primera conversación, poco después le llegó a Bill una ayuda económica de sus asociados en Nueva York, quedándose en Akron para continuar con la tarea de

3. *Transmitelo. La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje*, México, CMSGAA, 2013, p. 136.

conseguir los poderes de la compañía y fue invitado a permanecer en la casa del médico Bob.

Unas semanas después, Bob fue a una Convención Médica a Atlantic City, no se supo de él en varios días, entonces Bill y Anne recibieron una llamada de la enfermera de su oficina diciéndoles que ella y su marido habían ido por él a la estación del tren a las cuatro de la mañana y lo tenían en su casa. Bill y Anne lo llevaron de regreso a su casa, lo acostaron y turnándose se encargaron de desintoxicarlo.

La última cerveza

Bob tenía una operación en pocos días, y Bill y Anne buscaron su recuperación. El día de la operación, casi sobrio pero tembloroso, dijo: “Bill, ¿voy a llevar esto a cabo?” Él creyó que se refería a la operación. “No” le dijo, “quiero decir esto de lo que hemos venido conversando.” Anne y Bill lo llevaron al hospital, a las nueve en punto, Bill le dio una botella de cerveza para calmarle los nervios y que pudiera sostener el bisturí, y entró. Poco después llamó por teléfono diciendo que todo había salido bien. Eso fue el 10 de junio de 1935. Bob nunca volvió a tomar.⁴ Antes de su encuentro, Bill W. y el médico Bob S. habían estado en contacto con el Grupo Oxford, sociedad compuesta por gente alcohólica y no alcohólica, que se basaba en cuatro principios: pureza absoluta, honestidad absoluta, desinterés absoluto y amor absoluto. Bill en su juventud había conocido a Ebby T., un amigo alcohólico que tiempo después formó parte de este grupo. Él, en noviembre de 1934,

4. *Alcohólicos Anónimos llega...*, op. cit., pp. 95-96.

transmitió el mensaje a Bill, ayudándolo a lograr su sobriedad, “le manifestó categóricamente que Dios había hecho por él, lo que él no había podido hacer por sí mismo”. Así, frente a Bill estaba el milagro de un hombre rescatado del alcoholismo por la fe, también le sugirió: “¿por qué no escoges tu propio concepto de Dios?”, solo se trataba de estar dispuesto a creer en un Poder Superior a uno mismo, así se dio la comunicación de “un alcohólico hablando con otro”.⁵

Creer en Dios y en uno mismo

Previamente, Ebby T. había recibido el mensaje espiritual de unos amigos que asistían al Grupo Oxford, entre ellos Rowland H., que venía de una prominente familia de Rhode Island, quien le causó grata impresión y le ayudó en su recuperación. Rowland había asistido en 1931 a tratamiento con el famoso psiquiatra Carl G. Jung, pero cuando regresó con él por una recaída, le comentó que otro tratamiento sería inútil, que “lo único que podía ayudarlo a liberarse de su adicción era un despertar espiritual, cuando Rowland le dijo que ya creía en Dios, Jung le respondió que creer no era suficiente, con objeto de tener la experiencia religiosa vital, le sugirió que se aliara con algún movimiento religioso”,⁶ hecho que lo llevó al Grupo Oxford.

En un intercambio posterior de cartas que tuvo Bill W. con el psiquiatra Carl G. Jung, le reconoció el importante papel que tuvo en el surgimiento de Alcohólicos Anónimos. La carta de Bill, fechada el 23

5. Alcohólicos Anónimos (versión abreviada), New York City, AAWS, 2008/2018, pp. 14-16.

6. Transmitelo, *op.cit.*, pp. 107-108.

de enero de 1961, expresaba lo siguiente: “[...] me pregunta si usted está consciente de que una cierta conversación que una vez tuvo con uno de sus pacientes, un Sr. Rowland H., allá a principios de los 1930, desempeñó un papel crítico [...] en la que usted se iba a convertir en el primer eslabón de la cadena de acontecimientos que condujeron a la fundación de Alcohólicos Anónimos”.⁷

Primer eslabón de AA

El crecimiento de los grupos de AA inició a principios de 1935, cuando se formó el primero en Akron, Ohio; poco después, en el otoño de ese año, el segundo en la ciudad de Nueva York, y el tercero en Cleveland en 1939. Transcurrieron cuatro años para lograr que 100 alcohólicos alcanzaran la sobriedad en los tres primeros grupos, manifestándose así que la recuperación podía ser producida en forma masiva.

A principios de 1938, al analizar cómo se le daría estructura al movimiento, se logró establecer una fundación o entidad fiduciaria, sin ánimo de lucro, que se encargaría del manejo de fondos y garantizaría su uso correcto. Los integrantes de esta fundación, llamados custodios, fueron los señores Dick Richardson, Frank Amos, Le Roy Chipman y el médico Leonard V. Strong. Estos fueron los primeros pasos en la formación de la Fundación Alcohólica, nombre que cambió después a Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

7. *Ibid.* p. 380.

Un método en 12 pasos

El 10 de abril de 1939, se publicó el libro *Alcohólicos Anónimos*, texto escrito por Bill W., que explica la filosofía y el método de AA, cuyo núcleo son los 12 pasos. El libro fue reforzado con historias de casos de miembros recuperados. La edición original fue tan voluminosa, debido al grosor del papel utilizado, que fue conocida como “El Libro Grande”, con una impresión de 4 730 ejemplares.

En septiembre de 1939, la revista *Liberty* publicó un artículo acerca de AA, el cual tuvo como resultado que cerca de 800 personas solicitaran ayuda.⁸ Poco después, el *Plain Dealer* de Cleveland hizo lo mismo, con lo cual en muy poco tiempo, el número de miembros se incrementó en varios centenares.

Un proyecto convertido en exitosa realidad

En febrero de 1940, el señor Rockefeller ofreció una cena a los miembros de AA, a la cual asistieron distinguidos personajes de la alta sociedad de Nueva York, con esto, la agrupación se dio a conocer como un movimiento formal entre las personas alcohólicas y no alcohólicas. Asimismo, dispuso una pequeña cantidad para dar continuidad al proyecto, evitando así su profesionalización.

Pero la mayor difusión se obtuvo en 1941, cuando el periodista Jack Alexander recibió el encargo de elaborar un artículo acerca de

8. *Ibid.* p. 381.



Alcohólicos Anónimos, el cual se publicó en marzo de ese año en la revista *Saturday Evening Post*, causando una gran expansión, la afiliación creció de 2 mil a 8 mil miembros al finalizar ese año, y se recibió una cantidad enorme de cartas y solicitudes.

En 1941 Alcohólicos Anónimos llegó a México

En 1941 también llegó a México el *Saturday Evening Post*, la nota de que un puñado de hombres había alcanzado la sobriedad a través de esta agrupación, impactó profundamente y llamó la atención de varios alcohólicos que leyeron el famoso artículo en nuestro país. Un poco después, la oficina de Nueva York recibió desde México, las primeras cartas de Arthur H. y Jorge S., dos solitarios que solicitaron información.

Grupo AA en Monterrey

En 1945, un alcohólico de nombre Gilberto M., recibió el mensaje de AA, durante una visita a Estados Unidos de América. Al regresar a su lugar de origen en Monterrey, Nuevo León, su esposa Francisca González, tradujo al español partes del folleto *Esto es AA* y se formó el Grupo Monterrey, que funcionó entre 1945 y 1946, llegando a contar hasta con 25 miembros. Desgraciadamente, el grupo se cerró a finales de 1946.

Ricardo (Dick) P., alcohólico anónimo mexicano con residencia en Cleveland, Ohio, “quien, junto con su maravillosa esposa, trabajó

en la traducción al español del Libro Grande, durante tres fatigosos años. Cuando él y su esposa entregaron finalmente su trabajo a Bill W. en Nueva York, Bill tomó de su escritorio el ejemplar en inglés del Libro Grande que tenía para su uso personal, y escribió en él la siguiente dedicatoria: ‘A mi amigo de Alcohólicos Anónimos, Ricardo P., en testimonio de mi más profunda gratitud por su ardua labor de traducción al español de nuestro libro, con el fin de que nuestros hermanos en los países donde se habla el castellano, puedan salir de la oscuridad para entrar en la luz. Afectuosamente, Bill Wilson. 23 de julio de 1946’⁹.

Difusión periodística

El 18 de septiembre de 1946, Ricardo (Dick) P., proveniente de Cleveland y Cónsul Honorario de México en esa ciudad, llevó a cabo una Junta de Información donde proporcionó datos, informes y orientación sobre Alcohólicos Anónimos, en una plática en el Teatro del Pueblo en la Ciudad de México. Ricardo fue apoyado por un periodista de *El Universal* que cubrió la noticia y publicó varios artículos en septiembre de ese año.

El 25 de septiembre de 1946, inició el grupo Ciudad de México (Mexico City Group), integrado por alcohólicos mexicanos y estadounidenses. De acuerdo con una nota publicada en un recorte periodístico, esa fecha tuvo su primera reunión en la calle de Gómez Farías número 66, departamento 208. Esa era la dirección del médi-

9. *Alcohólicos Anónimos en México*, pp. 18-19.

co Jesús A., a quien la Oficina de Nueva York le escribió poco tiempo después comunicándole que el grupo había quedado registrado en octubre de 1946.

Grupo AA ahora en Yucatán

El primer grupo de AA en el estado de Yucatán, inició el 15 de marzo de 1957, cuando Joaquín Espinoza, administrador del cementerio Pantheon Florido de Mérida, recibió la visita del sacerdote Roberto Menard acompañado del médico Carlos Rubio Rojas, quienes, preocupados por el problema alcohólico de Joaquín, no siendo alcohólicos, le hicieron partícipe de las noticias que tenían respecto del programa de AA.

La entrevista duró dos horas, al término de la cual, Joaquín aceptó trabajar en el programa y empezar un grupo. Ese mismo día, Joaquín llamó desde su oficina a Leocadio trabajador del cementerio, a quien transmitió el mensaje de AA, formándose así el primer eslabón de una cadena que hasta hoy sigue progresando en el estado. Este grupo fue visitado por Bill W., cofundador de AA en 1959, sesionando en el mismo.

Primer grupo AA institucional

El 16 de diciembre de 1956, en el pabellón de psiquiatría del Hospital Militar, en la Ciudad de México, inició el grupo Hospital Central Militar, primer grupo institucional en México. El médico José González Varela, director del Pabellón de Psiquiatría, solicitó información a la Oficina de Nueva York, para apoyar a la señora Irma Reyes, con el problema de

alcoholismo de su esposo Joaquín B. (El Mayor). “Fue el propio Bill W., quien personalmente contestó la carta del doctor González Varela, indicándole la dirección de un grupo de miembros de AA de Estados Unidos, radicados en México, quienes podían ayudarle y proporcionarle la necesaria información.”¹⁰ Con el apoyo de algunos integrantes de ese grupo y de varios militares que tenían problemas de alcoholismo, se organizó una junta de AA en el Pabellón de Psiquiatría del citado Hospital, y en esa fecha inició el grupo Hospital Central Militar.

A partir de 1961 surgieron grupos en diferentes estados de la república mexicana: Jalisco, Ciudad de México, Michoacán, Yucatán, Tamaulipas, San Luis Potosí, Zacatecas, Guanajuato y Campeche, entre otros. Estos alentadores signos de crecimiento no solo se estaban presentando en México, sino en otros países.

Se reúnen en Guatemala

En 1964, varios alcohólicos mexicanos asistieron a la 2^a Convención Centroamericana, Panamá y del Caribe, celebrada en Guatemala, los días 27, 28 y 29 de marzo de 1964, donde nuestro país fue designado sede de la 3^a Convención Centroamericana, México, Panamá y del Caribe a celebrarse en 1965, por ello se propuso el inicio de los Congresos Nacionales para tener experiencia previa en este tipo de eventos. Fue en los Congresos Nacionales donde se empezó a proponer la creación de la Oficina de Servicios Generales.

En marzo de 1969, se efectuó la 1^a Asamblea Mexicana, y durante la 2^a Asamblea, el 16 de septiembre de ese año, se aceptó la custodia del

10. *Ibid.* p. 49.

Tercer Legado. El 9 de diciembre inició la Oficina de Servicios Generales en Gabriel Leyva núm. 26, despacho 305, en el Centro Histórico de la Ciudad de México. Desde el 11 de septiembre de 1997 está ubicada en la calle de Huatabampo núm. 18, en la colonia Roma Sur de la Ciudad de México.

Al servicio del alcohólico

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. inició el día 10 de marzo de 1970, según Testimonio de la Escritura Pública de Protocolización del Acta Constitutiva y de los Estatutos Núm. 16 536, Vol. 286, pág. 77 de esa fecha, teniendo como propósito la prestación de servicios generales relacionados con la recuperación del alcohólico, sin afán de lucro.

En 1976, en el local que ocupaba la Oficina de Servicios Generales, en Gabriel Leyva núm. 26, despacho 305, en la Ciudad de México, empezaron a reunirse diversos compañeros de reconocida experiencia, con la intención de iniciar los trabajos para organizar la 1^a Convención Nacional de AA en México, celebrándose los días 8 al 11 de abril de ese año, en la Unidad de Congresos del Centro Médico del IMSS, con el lema: “Lograré todo contigo”, con una asistencia aproximada de 3 mil personas.

En Puebla: “AA un mensaje al mundo”

En la 12^a Convención Nacional de Alcohólicos Anónimos realizada del 1 al 3 de marzo de 2019, en la ciudad de Puebla, las ceremonias de

apertura y clausura se llevaron a cabo en el Estadio Cuauhtémoc, y las actividades en el Centro Expositor de esta ciudad. El lema del evento fue: “AA: un mensaje para el mundo”. Ese año se reunieron aproximadamente 39 873 alcohólicos anónimos de diversas partes del país, para compartir su experiencia, fortaleza y esperanza. Asimismo, asistieron profesionales relacionados con el alcoholismo, funcionarios públicos e invitados de otras estructuras. Un hecho histórico relevante en esta convención fue la entrega de un libro conmemorativo del “80 Aniversario de Alcohólicos Anónimos”, que representa el ejemplar tres millones del libro AA distribuido en nuestro país, al licenciado Germán Martínez Cázares, entonces Director General del IMSS.

Miles de grupos en todo México

En la actualidad, nuestro país cuenta con aproximadamente 14 500 grupos en todo el país, está dividido en dos territorios, seis regiones, 83 áreas y 1 334 distritos, con un número estimado de 121 mil miembros en recuperación y dispuestos a transmitir el mensaje.

A nivel internacional, Alcohólicos Anónimos tiene presencia en alrededor de 180 países, incluyendo 60 que tienen Oficinas de Servicios Generales, cuenta con 125 557 grupos y más de dos millones de miembros en todo el mundo. Su literatura ha sido traducida a más de 100 idiomas y el “Libro Grande” a 70, con otras traducciones en curso.





La experiencia de la Universidad Anáhuac México en la formación e investigación en adicciones dentro de la educación superior

José María López Landiribar
Enrique Chávez León

El compromiso social que la Universidad Anáhuac ha tenido desde su fundación, ha permitido construir proyectos académicos, culturales, de salud y de acción y responsabilidad social, siempre caracterizados por alta calidad académica y en servicio de las personas tanto al interior como al exterior de la institución.

La Universidad Anáhuac ha colaborado de forma consistente y permanente con la sociedad mediante un liderazgo de acción positiva. De ahí la preocupación y el interés por el tema de la salud física y



emocional de las personas y sus familias en torno a la dinámica de las adicciones en nuestro país.

Tres décadas en el estudio de las adicciones

La Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México comparte, en este libro, las experiencias tenidas en los distintos ámbitos del quehacer académico y social por ya casi 30 años. En primer lugar, se relatan las actividades realizadas por la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México en las áreas educativas, sociales y de investigación; posteriormente, se describen los aspectos teóricos, prácticos y bioéticos del campo de las adicciones, que forman parte de la formación de los jóvenes estudiantes de la Facultad de Psicología.

Actividades educativas y formativas de la facultad de psicología en el campo de las adicciones

En 1994, la Facultad de Psicología y el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix dieron inicio de forma conjunta a un programa de Diplomado cuya tarea era trabajar en la capacitación de profesionales de la Psicología, la Psiquiatría, la Medicina Laboral y también del Magisterio para la detección oportuna, prevención y estrategias de referencia y canalización de niños, jóvenes y adultos con problemas



de abuso de sustancias. Desde ese primer proyecto se tuvo la noción, y posteriormente la certeza, de que la formación desde la educación en el tema de las adicciones cobraría una fuerza jamás sospechada antes de ese momento.

Ese programa fue impartido de manera ininterrumpida a 13 generaciones, en las que se formaron más de 300 profesionales dispuestos a contribuir en el cuidado de personas en sus distintas comunidades laborales, familiares, formativas y sociales. El claustro docente estuvo constituido por los doctores Jorge Sánchez Mejorada y Mario Bejos, entre otros docentes, contándose además con un equipo de coordinación del proyecto dirigido por los licenciados Jorge Larrea Espinosa, Andrea Pastor y Jessica Ángeles.

La psicología en la prevención de las drogas

Esta experiencia tuvo como resultado la necesidad de formar a los jóvenes estudiantes de psicología, a través de experiencias académicas, relacionadas con el tema de las adicciones, de manera mucho más completa. Así fue como, en 1999, se incluyeron por primera ocasión en el plan de estudios de la Facultad de Psicología dos materias: “Prevención de adicciones” y “Tratamiento de las adicciones”.

La inclusión de las adicciones en la formación de los estudiantes de psicología constituyó un avance, convirtiendo el contenido de una unidad de los temarios de psicopatología a materias con unidades de estudio articuladas dentro de la formación curricular.

Las adicciones, una materia adicional

Posteriormente, cuando se estructuró el programa académico 2010 de la Red de Universidades Anáhuac de todo el país, se integró la materia de “Prevención de adicciones”, como parte de la oferta de asignaturas electivas de la Universidad, así, alumnos de distintas licenciaturas, podrían cursarla como una opción formativa de su plan de carrera. En el mismo plan de estudios, se incluyó además la asignatura de “Violencia y adicciones”, haciendo explícita la vinculación que en muchas ocasiones tienen estos dos aspectos y el impacto emocional y social que de ello deriva.

Después, se creó un nuevo programa de Diplomado de manera conjunta con los Centros de Integración Juvenil A. C., teniendo como tema central el tratamiento y la intervención familiar a víctimas de violencia y adicciones. Con la doctora Carmen Fernández Cáceres, directora de los Centros de Integración Juvenil y su gran equipo de profesionales, se continuó promoviendo acciones educativas y formativas, con una perspectiva universitaria, persiguiendo un objetivo: el beneficio de las personas de distintas comunidades nacionales a través de la mejor comprensión de las adicciones, para su prevención, atención e investigación, vinculadas a las relaciones familiares.

Cátedra de Investigación en Adicciones
Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Como fruto de esta valiosa experiencia, la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México, en colaboración con los Centros de In-



tegración Juvenil y la Facultad de Ciencias de la Salud, estableció la Cátedra de Investigación en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez contando con el patrocinio de la Secretaría de Salud del estado de México, a través del Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA). Esta cátedra tiene como objetivos: la capacitación mediante cursos de educación continua y la formación mediante programas de posgrado del personal del IMCA y de los Centros de Integración Juvenil, que laboran en los centros especializados para la atención de distintas comunidades del estado de México, así como el desarrollo de proyectos de investigación, aprovechando la infraestructura, los recursos humanos, conocimientos y la experiencia de los Centros de Integración Juvenil y de la Universidad Anáhuac México.

Así, se desarrollaron diversos proyectos de investigación sobre los procesos de consumo de alcohol en distintos municipios del estado de México, se generaron estrategias de prevención y se capacitó al personal de estos Centros a través de la Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud, de la Facultad de Ciencias de la Salud, y del Doctorado en Investigación Interdisciplinaria de la Facultad de Psicología. Los proyectos para la obtención de los grados de maestría y doctorado estuvieron enfocados a la prevención y concientización sobre alcohol y tabaco en poblaciones de jóvenes de distintas comunidades.

Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP)

La Facultad de Psicología ha hecho esfuerzos continuos para generar y difundir el conocimiento acerca de las adicciones. El Centro

Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP) y el Instituto de Salud Pública Anáhuac (ISPA), en colaboración con instituciones como los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de Psiquiatría Doctor Ramón de la Fuente Muñiz, han desarrollado diversos proyectos dirigidos específicamente a la línea de investigación en adicciones con el propósito de lograr la detección oportuna y determinar las consecuencias de la afectación adictiva en niños, jóvenes y en sus respectivas familias. Los resultados de estas investigaciones, presentados en programas científicos, reuniones y congresos nacionales e internacionales, han promovido la capacitación, además de dar a conocer y difundir los esfuerzos que, profesionales, instituciones y asociaciones, realizan de manera incansable día a día.

El Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP) cuenta con una línea de investigación específica en adicciones, con proyectos de investigación propios en los que participan alumnos de licenciatura y posgrado, profesores e investigadores de las Facultades de Psicología y de Ciencias de la Salud, además de otros generados en colaboración con los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de Psiquiatría Doctor Ramón de la Fuente Muñiz.

Acción social de la Universidad Anáhuac-Psicología

Una vía más es la de los programas de Acción Social de la Universidad Anáhuac (ASUA), específicamente con los de prevención de adicciones, desarrollados por la Facultad de Psicología (ASUA-Psicología), en donde los jóvenes universitarios y sus profesores promueven confe-

rencias de prevención de adicciones y de trastornos de la alimentación en escuelas de educación media, así como en la propia institución, realizando campañas de prevención del consumo de alcohol y tabaco mediante pláticas, testimonios y concursos de carteles.

Vinculación con asociaciones civiles

Igualmente importante ha sido la organización de académicos y profesionales en grupos especializados que promueven una sana y comprometida contribución al avance colegiado en torno al tema de las adicciones. El liderazgo responsable de estos grupos ha permitido un crecimiento organizado a través de un genuino interés de superación en torno a distintos temas que hoy son una realidad o que se vislumbran en el horizonte inmediato, como la certificación de profesionales especializados en adicciones, la inscripción y el registro de programas formativos, así como de las instituciones que los ofrecen e incluso, la generación y el seguimiento de regulaciones éticas del trabajo con pacientes y familiares cuyas vidas han sido afectadas por la enfermedad de la adicción.

Comprometidos para rescatar la dignidad del enfermo

Organismos como Amesad (Asociación Mexicana Sobre la Adicción, A. C.) o Reuna (Red de Universidades en contra de las Adicciones) y todas aquellas que han ganado prestigio y reconocimiento por su seria,

comprometida y dedicada labor a través de los años, continúan promoviendo esfuerzos para garantizar la promoción, difusión y supervisión de las buenas prácticas profesionales en las que la centralidad del ser humano y su dignidad, deben de salvaguardarse en todo momento.

En junio de 2014, se firmó un convenio de colaboración y cooperación académica Amesad-Anáhuac (Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México) para la realización de actividades conjuntas encaminadas a la superación académica, formación y capacitación profesional; asistencia de carácter académico, cultural, tecnológico y de servicio; y divulgación del conocimiento, mediante planeación, programación y realización de las acciones de colaboración, intercambio y apoyo mutuo que beneficien a las partes y a la sociedad.

Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones

De manera más reciente y debido al genuino interés y profundo compromiso social del doctor Jorge Larrea Espinosa y de su esposa, Carla Velasco de Larrea, se fundó una nueva cátedra de investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México, denominada Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones, cuyo propósito es el de establecer las bases para la realización de actividades conjuntas encaminadas al desarrollo de productos de investigación de carácter académico, cultural y la divulgación del conocimiento, en todas aquellas áreas de coincidencia de sus finalidades e intereses institucionales, mediante la planeación, programación y realización de las acciones de colaboración,



intercambio y apoyo mutuo de adhesión para desarrollar un modelo de investigación, intervención y capacitación que contribuya al tratamiento de personas que padecen de alguna adicción.

Nuevos programas para su difusión en las redes

Sus propósitos obedecen a la creación de programas académicos de posgrado, desarrollo de estrategias de prevención de las adicciones con poblaciones de jóvenes y difusión del conocimiento a los diferentes públicos interesados en el tema entre los principales, a través de medios escritos y electrónicos.

Vinculación Universidad-Gobierno

En abril de 2019, la Universidad Anáhuac México, y en particular la Facultad de Psicología, recibió la invitación para participar dentro del Consejo para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, iniciativa de la alcaldía Álvaro Obregón de la Ciudad de México.

El propósito es prevenir el consumo de drogas

Este Consejo tiene como objetivos: reforzar campañas informativas y de concientización sobre daños y riesgos del consumo de sustan-

cias psicoactivas; impulsar intervenciones preventivas en contextos comunitarios para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y promover el desarrollo de comunidades saludables y seguras; y la formación de promotores preventivos que operen acciones que desalienten el consumo de sustancias psicoactivas en distintos sectores y escenarios. Los estudiantes de la Facultad de Psicología y de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac México han iniciado su capacitación con el propósito de apoyar las acciones comunitarias como Promotores Preventivos en Adicciones.

Sabemos que aún queda mucho camino por recorrer, sin embargo, los esfuerzos conjuntos de las universidades y de los profesionales de la salud mental continuarán generando avances y soluciones a la problemática social de nuestro país.

Las adicciones en el campo de la enseñanza de la psicología

La psicología clínica es una disciplina académica que tiene como objetivos el estudio de las enfermedades mentales y sus efectos en la vida de las personas, así como promover el bienestar y la salud mental a través de prevenir y disminuir la carga de las enfermedades mentales.

Como profesión, la psicología clínica se encarga de proveer de manera continua y comprensiva el cuidado psicológico y conductual de la persona y de su familia, de asesorar a organizaciones y comunidades y de formar, educar y supervisar utilizando para estas actividades los conocimientos científicos obtenidos a través de la investigación (APA, 2021).

Un problema que preocupa

Los trastornos mentales, incluyendo las adicciones, se han convertido en problemas importantes de salud pública, pues ya son la segunda causa de discapacidad global (Ferrari, Charlson, Norman *et al.*, 2013). Varios son los retos de las escuelas y facultades de psicología (Levenson, 2017):

- Encontrar la mejor manera de instruir, capacitar y formar a los estudiantes de psicología.
- Cubrir la necesidad imperiosa de generar conocimientos clínicos nuevos y mejores.
- Trabajar eficazmente en equipos interdisciplinarios.
- Desarrollar las vías para trasladar y diseminar los conocimientos científicos existentes en tratamientos aplicables y efectivos.
- Dirigir programas de salud.
- Proveer atención basada en la evidencia científica.

Al formar a los estudiantes, transmitir bases morales y éticas sólidas, centradas en la persona y su dignidad.

La formación del psicólogo

Los profesionales de la psicología clínica pueden realizar práctica privada individual, crear servicios clínicos privados en conjunto con otros profesionales de la salud mental, trabajar en instituciones públicas y además combinar estas actividades con la enseñanza en licenciatura y posgrado, y a la vez continuar su educación realizando maestrías y doctorados en nuestro país o en el extranjero.

Tres puntos clave son particularmente relevantes para la formación futura de la persona en el campo de la psicología clínica: 1) proporcionar a los alumnos conocimientos especializados fundamentales que podrían aprovecharse en la especialización más adelante en su formación; 2) tener programas de capacitación flexibles para lograr metas y atender necesidades específicas; y 3) considerar la relación bidireccional de la ciencia con la práctica en un modelo científico-profesional (Berenbaum, Washburn, Sbarra, Reardon *et al.*, 2020).

La psicología base importante en la enseñanza

Aunque existen variantes en los programas de licenciatura en la cantidad y el tipo de entrenamiento científico que proveen, esencialmente todos los estudiantes reciben conocimientos científicos del campo de la psicología y entrenamiento en actividades clínicas. La acreditación de las materias y el examen realizado por árbitros externos avalan la preparación de excelencia de egresadas y egresados.

Reducir la carga que representan las enfermedades mentales, a través de formar profesionales de la psicología, es una preocupación constante de la Universidad Anáhuac México y de la Red de Universidades Anáhuac.

Existe urgencia de contar con profesionales con una preparación que conjunte una visión integral, humanista, cultural y científica que atienda la problemática de salud mental de México y que participe en la organización, administración y legislación en ese campo.



La buena instrucción dará excelentes resultados

Dado el importante papel que el psicólogo tiene en la salud mental, la educación que recibe debe garantizar una formación y un entrenamiento de excelencia. La acreditación por organismos externos (Ceneval), tanto de los programas de estudio y de enseñanza, como de las habilidades y destrezas de los egresados (Examen EGEL) son garantes de que el profesional de la psicología realizará una actividad clínica de alta calidad.

Aunado a esto, la continua preparación y actualización, a través de cursos, diplomados, estudios de maestría y doctorado, seguirán garantizado que la Universidad Anáhuac México pueda cumplir su rol en el campo de la salud y la enfermedad mental.

Dado que no se ha reglamentado la certificación de los profesionales de la psicología por parte de un consejo de pares, los estudios de posgrado constituyen una alternativa para continuar su formación y la actualización de sus conocimientos.

Aunque el progreso en la salud mental debería ser comparable al progreso en la salud física, las enfermedades mentales están en aumento, así como la mortalidad debida a conductas suicidas y el consumo de alcohol y drogas a edades cada vez más tempranas.

Otras patologías que requieren atención

Si bien ya se cuenta con tratamientos efectivos en la práctica clínica de la psicología para los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad, hay otras patologías mentales que se han tornado fre-

cuentes y muestran gran resistencia a los esfuerzos terapéuticos. Es el caso de los trastornos por consumo de alcohol y drogas habitualmente conocidos como adicciones.

El conocimiento científico actualizado, la capacidad de realizar investigación que contribuya a la solución de los problemas de salud mental, y la formación basada en los principios humanistas del catolicismo que va aunada al compromiso ético, son los principales elementos que construyen el perfil ideal del psicólogo egresado de la Red de Universidades Anáhuac.

Las adicciones como elemento fundamental en la formación del psicólogo

Los aspectos más trascendentales que han influido en la formación del psicólogo clínico en el campo de los trastornos por consumo de sustancias en la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México pueden resumirse en los siguientes puntos:

- I. La evolución del concepto de las adicciones a lo largo del siglo xx y del xxi.**
- II. El modelo actual de las adicciones.**
- III. Los aspectos bioéticos relacionados con la misión católica como la bioética personalista (marco de referencia para la práctica psicológica en el campo de las adicciones), el libre albedrío, el consentimiento informado y la confidencialidad, las consecuencias de las adicciones en las conductas suicidas, en la mujer embarazada y en el ser humano en gestación, entre otros.**

I. Evolución del concepto de adicción

Los modelos y marcos teóricos, base para explicar a los trastornos mentales, incluyendo a las adicciones, han evolucionado. Tanto el concepto como la denominación de la adicción al alcohol y a las drogas han cambiado en función de los conocimientos científicos que se han acumulado a lo largo del tiempo.

En la década de los 50, tanto el alcoholismo como la adicción a drogas fueron incluidos en el rubro de “Alteración psicopática de la personalidad”, junto a las reacciones antisocial y disocial y las desviaciones sexuales.

La connotación claramente estigmatizante de considerar ambas patologías como conductas antisociales se debió a las observaciones de los soldados, en la Segunda Guerra Mundial, que padecían alcoholismo, depresión, ansiedad y estrés, debido tanto a las experiencias vividas como a factores propios de su personalidad. Las adicciones compartían, con las otras alteraciones psicopáticas, rasgos negativos de la personalidad (Nathan, Conrad y Skinstad, 2016).

Alteraciones psíquicas a causa de las drogas

En la década de los 60, los trastornos de la personalidad, las desviaciones sexuales, el alcoholismo y la dependencia a drogas se agruparon bajo la denominación de Trastornos de la Personalidad y Otros Trastornos No Psicóticos. El diagnóstico de alcoholismo consistía en episodios de ingesta excesiva habitual; el de adicción al alcohol, por síntomas como la abstinencia y la necesidad de consumo frecuente;

al diagnóstico de adicción a drogas por la necesidad de consumo habitual, la clara necesidad de consumirlas y la abstinencia al suspenderlas (Nathan, Conrad y Skinstad, 2016).

Jellinek, sociólogo del Centro Yale de Estudios sobre el Alcohol publicó, en 1960, un trabajo pionero en el campo del consumo de alcohol, *The Disease Concept of Alcoholism*. El concepto de alcoholismo como una enfermedad estuvo influenciado por sus experiencias con miembros de Alcohólicos Anónimos y los resultados de estudios acerca del alcoholismo crónico y las adicciones.

Consumo y dependencia de los estimulantes

La aparición de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) constituyó un parteaguas en el concepto del alcoholismo y las adicciones. En el prefacio de la sección de “Trastornos por Consumo de Sustancias”, se describían los cambios de conducta asociados al uso de sustancias adictivas, vistos en casi todas las culturas como indeseables, que afectaban al sistema nervioso central como características de las adicciones. Este nuevo enfoque, con conceptos como uso, abuso y dependencia a sustancias, contrastaba fuertemente con la visión estigmatizante que hasta ese momento se tenía de las adicciones.

En el DSM-III, la diferenciación entre el consumo no patológico y el abuso de sustancias se hacía en función a los siguientes criterios: un patrón de uso patológico y alteraciones en el funcionamiento social u ocupacional de por lo menos un mes. La dependencia a sustancias,



considerada como una forma más severa que el abuso de sustancias requería uno o más signos de la dependencia fisiológica, esto es, tolerancia o abstinencia; la dependencia al alcohol o a *cannabis* también requería un patrón de uso patológico y la alteración en el funcionamiento social y ocupacional.

Uso, abuso y dependencia

En el mismo DSM-III, se consideraba que el alcohol, los barbitúricos, los opioideos, las anfetaminas y *cannabis* generaban tanto abuso como dependencia; el consumo de cocaína, fenciclidina y alucinógenos daban lugar a abuso y el tabaco solo a dependencia.

La diferencia en la conceptualización de los trastornos por consumo de sustancias se debió al uso, tanto de los resultados de los estudios de campo, de la experiencia con los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), al enfoque ateórico con el que la Asociación América de Psiquiatría buscaba excluir la influencia de todas las escuelas psicopatológicas (psicoanálisis, conductismo, biología, etcétera) y la filosofía de que los trastornos mentales tenían un lugar propio en la medicina y en la investigación científica.

La revisión del DSM-III, realizada siete años después, en 1987, recibió la denominación de DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y fue considerada una nueva edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. En esta nueva versión se añadieron síntomas a la categoría de la dependencia a sustancias y se consideró al abuso de éstas como un diagnóstico excluyente: los pacientes no debían cumplir los criterios de dependencia.

Trastornos provocados por la droga

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), estos trastornos recibieron la denominación de “Trastornos Relacionados con Sustancias” e incluyeron a los trastornos relacionados con el uso de alcohol y drogas, así como los efectos secundarios de los medicamentos y la exposición a toxinas. Se incluyeron nueve tipos de sustancias: alcohol, anfetaminas, cafeína, *cannabis*, cocaína, alucinógenos, inhalantes, fenciclidina y sedantes/hipnóticos/ansiolíticos.

Algo novedoso fue que el capítulo cubría dos categorías diagnósticas distintas: los trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia) y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia, y el *delirium* y la demencia persistente inducida por sustancias y los trastornos: amnésico, psicótico, del estado de ánimo, de ansiedad, sexuales y del sueño inducidos por sustancias.

En este momento, en el DSM-5, el capítulo de “Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos” incluye 10 clases de drogas adictivas y al trastorno por juego. Al principio del capítulo, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) describe su concepto de proceso adictivo: todas las drogas que se toman en exceso tienen en común que activan directamente al sistema cerebral de recompensa responsable del reforzamiento de comportamientos y la formación de recuerdos.

El abuso de las drogas perturba a la mente

Cada una de las drogas tiene un mecanismo farmacológico a través del que activa al sistema de recompensa, aunque produce sen-

timientos placenteros. Los pacientes con poco autocontrol debido a falla de los mecanismos inhibitorios cerebrales son los que tienen mayor predisposición a desarrollar trastornos por consumo de sustancias.

En este enunciado pone al centro de recompensa como responsable del inicio y la persistencia de la adicción, acorde al modelo biológico actual.

Otra clase de trastornos

Los “Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos” incluyen por primera vez a un trastorno que no está relacionado con drogas: el trastorno por juego. Su inclusión se basó en la evidencia acumulada a lo largo de los años de que también activa al sistema de recompensa, de forma parecida que el alcohol y las drogas.

El capítulo “Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos” está dividido en trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias.

Trastornos por consumo de sustancias

La característica esencial de los trastornos por consumo de sustancias es “el conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que señalan que la persona ha seguido usándolas a pesar de los problemas graves que le ha generado”.

Trastornos inducidos por sustancias

Los trastornos inducidos por sustancias incluyen intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, comprenden trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, del sueño y neurocognitivos, y *delirium*.

Evaluación de los diferentes síntomas

En esta última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2013) ya no existe la separación entre abuso y dependencia y en cambio se utiliza una evaluación de la severidad de acuerdo con el número de un total de 11 síntomas. El trastorno por consumo de sustancias leve tiene solo dos o tres, el moderado cuatro o cinco y el grave tiene seis o más síntomas.

Los conceptos acerca de los trastornos por consumo de sustancias han evolucionado a lo largo del tiempo. Lo que se espera en el futuro es determinar, a través de la investigación, mejores criterios para establecer el diagnóstico y contar con biomarcadores de los procesos neurofisiológicos asociados al consumo de sustancias.

II. El modelo biológico de las adicciones

Los trastornos por consumo de sustancias emergen gradualmente a lo largo de la vida, iniciando sobre todo en la adolescencia. El cerebro adolescente en desarrollo es sensible a los efectos de las drogas y las



redes neuronales de sus regiones prefrontales no pueden regular de manera adecuada las emociones.

El 10% de las personas expuestas a drogas desarrollan adicciones. Los antecedentes familiares, la exposición temprana al uso de drogas, a ambientes con pobre apoyo familiar y social en donde exista fácil acceso a las drogas, actitudes normativas permisivas hacia el consumo y la presencia de enfermedades mentales como los trastornos del humor, por déficit de atención e hiperactividad, psicosis y trastornos de ansiedad, son factores relacionados con la predisposición a desarrollar los trastornos por consumo de sustancias.

La neurociencia para la ayuda emocional

Los avances en las neurociencias han permitido determinar los mecanismos biológicos que subyacen a la alteración en el control voluntario, la capacidad de decisión y el equilibrio emocional de las personas consumidoras de drogas. Este modelo biológico también define el cómo y el porqué, el uso inicialmente voluntario evoluciona a la adicción.

Todas las drogas adictivas activan las regiones de recompensa del cerebro a través de la liberación excesiva de dopamina. El efecto exagerado de la dopamina sobre su receptor provoca una señal de recompensa dando lugar al aprendizaje o al condicionamiento asociativo de que el consumo de la droga inducirá efectos intensamente placenteros. Este tipo de aprendizaje basado en el condicionamiento clásico también hace que los estímulos ambientales que le preceden se asocien a la repetición de las experiencias placenteras.

De ahí que las neuronas de dopamina disparen cuando perciben los estímulos condicionados (denominados “cues”) que se han asociado a la sensación placentera o de recompensa. Estos procesos se deben a los mismos mecanismos moleculares que fortalecen las conexiones sinápticas durante el aprendizaje y el almacenamiento de los recuerdos en la memoria. Los entornos en los que se consume la droga, las personas con las que se ha usado y el estado mental de la persona antes de usarla provocan la liberación de dopamina que desencadena la apetencia y motiva la búsqueda de la droga y lleva a su uso.

Probar las drogas altera el deseo de consumir más

Estas respuestas condicionadas se vuelven la regla, desencadenando fuerte necesidad de consumir la droga, aunque haya pasado un tiempo largo de haber suspendido su uso. Cuanto mayor sea la motivación asociada con la recompensa, mayor será el esfuerzo que la persona esté dispuesta a hacer y mayores serán las consecuencias negativas que estará dispuesta a soportar para obtenerla y consumirla.

A diferencia de lo que ocurre ante recompensas “naturales”, las drogas no producen la saciedad natural y continúan disparando la liberación de dopamina, fenómeno que explica el porqué de los comportamientos compulsivos de las personas usuarias de drogas (Volkow, Koob y McLellan, 2016).

Debido al condicionamiento, los sistemas de recompensa y motivacionales se reorientan enfocándose casi exclusivamente en las drogas y las señales activadoras que liberan dopamina (Solin, Belujon, Fernagut *et al.*, 2019).

La dopamina y las expresiones emocionales

El sistema de recompensa se torna menos sensible al efecto de las drogas y a otras experiencias placenteras debido a la disminución de la liberación de dopamina. Los pacientes experimentan menor euforia conforme consumen drogas y sienten menor motivación para establecer relaciones y realizar actividades. Estos cambios son persistentes a pesar de suspender el consumo de la sustancia.

Por otro lado, el sistema antirrecompensa aumenta su reactividad ante el estrés y ocasiona la emergencia de emociones negativas dando lugar al cambio de búsqueda de la euforia y el placer por el alivio transitorio de la disforia.

La disminución en la liberación de dopamina —y de la actividad del glutamato— ocasiona: a) la disminución del funcionamiento prefrontal con la consiguiente disfunción ejecutiva incluyendo fallas en la autorregulación, toma de decisiones, flexibilidad en la selección e inicio de la acción, asignación de valor relativo y el monitoreo de errores; y b) disminución de la capacidad de resistir la urgencia de usar drogas y de mantener la decisión de suspender el consumo.

La abstinencia en el modelo biológico

El modelo biológico de las adicciones, además de describir la asociación de cada estadio del consumo de drogas (descontrol e intoxicación, abstinencia y afecto negativo, y necesidad del consumo) con la actividad de circuitos neurobiológicos específicos, tácitamente establece que el uso compulsivo de drogas y la incapacidad para lograr

suspender su consumo, se debe a que se encuentra comprometido el libre albedrío (autonomía).

III. Aspectos bioéticos

Las adicciones afectan a personas de todas edades, géneros, razas y niveles socioeconómicos. La Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México ha incluido materias sobre adicciones en sus programas de estudio considerando que la falta de conocimientos prácticos y actualizados sobre las adicciones refuerza las actitudes sociales negativas hacia las personas afectadas por el consumo de sustancias y dificulta su prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.

La ausencia de conocimientos suficientes acerca de las adicciones hace que el profesional no adquiera las competencias o no se sienta a gusto tratando a las personas con adicciones, dando lugar a una reacción de nihilismo terapéutico: los “adictos” no están enfermos, usan alcohol o drogas voluntariamente y no desean tratamiento.

Los trastornos también afectan a la familia

A pesar de los progresos en la terapéutica de las adicciones, estos trastornos continúan siendo estigmatizados socialmente. Este estigma es mayor que para el resto de los trastornos mentales, llevando a la discriminación en todos los ámbitos incluyendo la familia (Geppert y Esplin, 2018).

Los modelos etiológicos de las adicciones, incluyendo el modelo biológico/cerebral más reciente, resultan cuestionables, sobre todo al considerar dentro de los aspectos éticos, la autonomía o capacidad de decidir voluntariamente y la contribución de los genes, el ambiente, la cultura y la personalidad en la génesis de este trastorno. Por ejemplo, en las neurociencias se han cuestionado elementos filosóficos trascendentales como libre albedrío y determinismo, llegando a influir en aspectos legales, sociales y políticos.

Ante el cientificismo acendrado es indispensable la presencia de la Bioética en el campo de las adicciones.

La bioética como marco de referencia de la práctica psicológica

Bioética proviene de las palabras *bios* que significa vida y *ethos*, que se traduciría como valor. La Bioética es la ciencia que estudia el valor de la vida o la vida desde un punto de vista de los valores. De manera más específica, la bioética es la ciencia dedicada a discutir, debatir y resolver los dilemas morales que pueden surgir en torno a los seres vivos y su desarrollo biológico. Esta ciencia es fundamental al hablar de la persona, y más cuando padece algún trastorno mental o adicción a sustancias.

La bioética surgió como una ciencia en 1970, cuando el doctor Resseler van Potter apuntó este concepto innovador en su libro *Bioethics: The science of survival*, estableciendo que la bioética es el puente entre las ciencias experimentales y las humanidades. Posteriormen-



te, en 1978, Warren Reich definió esta ciencia como “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales”.

La importancia de analizar los valores de la vida

Elio Sgreccia en su *Tratado de la Bioética* (2009) describe las características de la Bioética: estudia el hecho biomédico en su consistencia y exactitud, ahondando en el sentido antropológico e individualizando los valores de los hechos; de manera doctrinal, la bioética invita a las personas a contrastar ideas mediante razonamientos impregnados de principios y valores en torno a la discusión del dilema ético y científico; se invita al diálogo y a la discusión para la resolución de los conflictos con base en la moralidad y la investigación tanto biológica como clínica.

Dentro de los diversos enfoques de la Bioética, la filosofía personalista tiene primordial importancia pues surgió en la primera mitad del siglo xx como respuesta al individualismo y los colectivismos (fascismo, nazismo y marxismo), al materialismo científico, la crisis de valores y deschristianización que amenazaban a la libertad profunda de expresión y de acción del Hombre; el personalismo surgió para afrontarlos y superarlos.

En el personalismo confluyen propuestas éticas que establecen el concepto de persona para construir un nuevo proyecto filosófico, una nueva antropología. Las propuestas éticas provienen de la obra de Scheler, Maritain, Mounier y Marcel.



La bioética personalista da la respuesta a los dilemas éticos que residen entre la filosofía y el conocimiento científico.

Existencia y realidad del ser humano

Poner a la vida en el centro es lo que da justamente el calificativo personalista. Siempre al hablar del humano, se debe de mencionar como un ser unitario, es decir, que posee las cualidades y características antropológicas que le dota la filosofía y también las que estudian las neurociencias. No se puede separar al ser de sus cualidades ontológicas ni de las deontológicas. Si se pone al ser humano primero se asegura su bienestar, si el ser tiene bienestar se puede desarrollar y subsistir libremente utilizando las cualidades que se le han dado.

El concepto de *persona* proviene de la filosofía, ciencia que estudia las cosas a la luz de la razón. Antropológicamente, para las culturas griega y romana, persona se refiere al ser humano. Una de las definiciones más reconocidas de la palabra persona, que el derecho natural utiliza, es la que se ha usado desde épocas neoplatónicas: “persona es sustancia individual de naturaleza racional”.

Tres referencias específicas

Para la filosofía clásica, *sustancia* es aquello que puede existir por sí mismo, es decir, tiene independencia en la ontología del ser; la persona tiene la cualidad de poder existir de manera natural y libre.

Individual hace referencia a que el ser tiene la característica de ser uno, unicidad que le diferencia de sus semejantes y establece el hecho por el cual pasará su vida, atada desde el momento que nace hasta el momento que muere.

Naturaleza (physis) connota la existencia de un origen biológico e imperfecto y se equipara al concepto de finalidad (*thelos*).

Racional es la parte que nos diferencia de todo aquello que simplemente se reduce a la corporalidad; la persona es capaz de ser inteligible y consciente de su existencia.

Materia y espíritu: integridad imperfecta

Emmanuel Mounier, uno de los filósofos representativos del personalismo, define a la persona como un “espíritu encarnado”. El espíritu es un ser etéreo dotado de razón; el hombre no es solamente espíritu, también es materia, pues si fuera solamente espíritu sería un ser con una naturaleza más perfecta según la doctrina tomista. Haciendo referencia al latín *ubi spiritus libertas*, que es “donde se encuentra el espíritu se encuentra la libertad”, se puede decir que el ser humano es un ser libre desde su ontología. Esa misma libertad es la que da la aspiración a ser mejor, a vivir una vida virtuosa e inclinada al bien. El espíritu encarnado es humano, es imperfecto, es en parte materia, pero aún sigue teniendo alma.

A lo dicho se suma que la persona tiene dignidad, una cualidad inherente de este ser. El ser humano al reconocer justamente la digni-



dad misma y del prójimo decide obrar mediante su libertad y voluntad, de manera evidente impulsado por el espíritu. La racionalidad es inherente al hombre, mediante este elemento el humano es capaz de actuar. La bondad emana directamente de su ontología, es consciente del dolor del prójimo y es impulsado a hacer lo que es correcto tanto para él mismo como para el colectivo.

Procesos conscientes e inconscientes

Es un ser consciente de su naturaleza, por lo que canaliza su humanidad a la colectividad, generando productos de la psique individual que se impregnán en la psique colectiva. Al encontrarse inmerso en un mundo finito por la materia, el humano es impulsado por su conciencia a actuar de forma proactiva ante su prójimo, ya que solo de esta forma podría realmente dejar huella a lo largo de su existencia.

El ser humano es un fin en sí mismo, como argumenta Kant. Este filósofo distinguió lúcidamente entre personas y cosas y estableció el imperativo categórico que prohíbe la instrumentación de la persona: “obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona, como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio”. Propone una de las formulaciones explícitas de dignidad de la persona entendida como la dignidad de un ser racional que no obedece a ninguna otra ley que aquella que él se da a sí mismo.

La filosofía personalista considera que es la centralidad de la persona el elemento principal para abordar a los afectados por los trastornos por consumo de alcohol y/o drogas.

Concepciones metafísicas

La bioética por su naturaleza interdisciplinaria permite abordar conceptos y fenómenos trascendentales en el campo de las adicciones, como: a) conceptos metafísicos, por ejemplo el libre albedrío y la responsabilidad moral y b) aspectos clínicos prácticos como capacidad de decisión y confidencialidad.

A continuación, se describen y abordan distintos aspectos bioéticos vinculados al fenómeno de las adicciones.

Libre albedrío

El término *libre albedrío* puede definirse como la capacidad del ser humano de elegir entre cursos alternativos de acción.

Aristóteles al hablar de los actos humanos, utilizó el concepto de proáiresis para denominar a los actos voluntarios producto de la deliberación, señalando que el propósito de esos actos no es objeto de elección. Es la razón influida o matizada por el deseo quien delibera acerca de los medios para alcanzar ese objetivo y es quien decide acerca de ellos. Aunque Aristóteles consideraba como Sócrates que “nadie obra en contra de lo mejor a sabiendas”, utilizó el término akrasía para denominar, cuando en sus actos de proáiresis, la persona cede “a la tentación del placer” y no busca el bien. Los actos de akrasía, llevados a cabo por el akratés dominado por deseo, lo alejan del bien auténtico y lo dirigen a objetivos inferiores relacionados con el placer (Aristóteles, 1998).

En el siglo XVII, René Descartes definió al libre albedrío como el poder actuar de distinta manera en circunstancias idénticas: el alma elige libremente un camino u otro.



Este concepto de libertad contrasta con la concepción denominada compatibilismo, más pragmática y predominante en los campos de biología, psicología, legal y médica que dice: eres libre si puedes decidir en función a tus deseos y preferencias.

El derecho de elegir

El compatibilismo es la creencia en que el libre albedrío y el determinismo son compatibles y que es posible sostener ambos sin ser lógicamente inconsistentes.

Debido a que el libre albedrío se considera una condición necesaria de responsabilidad moral, el compatibilismo a veces se expresa como una tesis sobre la compatibilidad entre la responsabilidad moral y el determinismo (McKenna y Coates, 2020).

La noción de que las personas tienen libre albedrío está presente en varios contextos. Legal y moralmente, el libre albedrío constituye la base por la que las personas pueden ser consideradas responsables de sus acciones. En filosofía, el libre albedrío se considera como dicotómico, todo o nada, conceptualizándolo como el opuesto del determinismo.

El determinismo, sostenido por Demócrito, Spinoza, Comte y Freud, no deja espacio para la libre elección humana. Todo lo que sucede es producto inevitable de causas anteriores. En el determinismo no hay diferencia entre las categorías de lo posible y lo real: todo lo que sucede es inevitable y nada más es posible. La impresión subjetiva de que cuando haces una elección realmente puedes elegir es una ilusión, porque las fuerzas fuera de tu conciencia están en movimiento para determinar lo que elegirás, incluso si no sabes hasta el último minuto cuál será esa elección.

El autocontrol, un buen acierto

Muchos pensadores han propuesto a la libertad limitada o parcial. Kant, por ejemplo, propuso que las personas tienen capacidad de acción libre, pero la usan algunas veces. Para él, la libertad significaba actuar de una manera moralmente virtuosa basada en un razonamiento iluminado. Por lo tanto, su argumento establece acertadamente el énfasis en el autocontrol y la elección racional como dos formas bastante adaptativas de libre albedrío (Baumeister, 2008).

Los profesionales de la psicología se han enfocado a obtener y recolectar la evidencia acerca de las variaciones en las conductas y los procesos internos estableciendo sus patrones. Respecto al libre albedrío, ha sido muy productivo documentar cuidadosamente cuáles acciones o conductas son las que se hacen con mayor libertad y cuáles con menos, asumiendo que hay fenómenos genuinos detrás de esas diferencias objetivas en la libertad y estableciendo las diferencias entre las acciones libres y las no libres.

El hombre evolucionó psicológicamente con el propósito de adaptarse a la cultura y a la sociedad. El proceso incluyó una forma nueva de controlar los comportamientos con la intención de funcionar en una sociedad compleja. Las particularidades de esta nueva forma de control de las conductas y los comportamientos incluyen la responsabilidad personal, la deliberación consciente, la invocación de reglas y principios abstractos para guiar acciones, iniciativas autónomas y la capacidad de controlar los impulsos con raíces evolutivas tempranas, ahora incompatibles con la vida civilizada. Los dos elementos más importantes asociados al concepto de libre albedrío son el autocontrol y la elección racional. El libre albedrío es indispensable para hacer que

las personas sigan las normas establecidas por la cultura y puedan convivir en los grupos sociales (Baumeister, 2008).

Aplicar la psicología es importante

En las adicciones, el libre albedrío es objeto de análisis y debate, ya que el consumo de alcohol y drogas compromete la capacidad del individuo para elegir libremente. De ahí que la investigación empírica (científica) haya puesto más atención al libre albedrío como un fenómeno psicológico (creencia o disposición motivacional con efectos conductuales) que es susceptible a ser investigado bajo la óptica de la psicología (Baumeister y Monroe 2014).

Usando este marco de referencia, el libre albedrío puede entenderse como la evolución de una forma de voluntad (control de las acciones) que ha permitido a las personas vivir en sociedad. En muchas investigaciones se ha demostrado que la creencia en el libre albedrío está asociada con acciones que son propicias para funcionar bien en la cultura a través de acciones como la ayuda, la moderación de la agresión, el aprendizaje a través del análisis hipotético, la autorreflexión, el desempeño efectivo del trabajo y la gratitud. La creencia en el libre albedrío aumenta en respuesta a los actos inmorales de los demás, resaltando el vínculo de las acciones con la responsabilidad personal.

La investigación en el campo de la voluntad indica que la auto-regulación, el razonamiento inteligente, la toma de decisiones y la iniciativa agotan una fuente de energía común y limitada; por lo tanto, el libre albedrío no es una propiedad absoluta o constante de las personas, sino una capacidad variable y fluctuante altamente necesaria para la adaptación de los individuos en la sociedad. En psicología, la mayoría de los teóricos piensan que los seres humanos ejercen el

autocontrol, la elección racional, la planificación, la iniciativa y los actos de voluntad relacionados (Baumeister, 2008).

Diferencias en las actitudes y conductas

Los cambios en la creencia en el libre albedrío se asocian a variaciones en las actitudes y los comportamientos. Por ejemplo, la reducción de la creencia en el libre albedrío se asocia con la disminución del autocontrol y el comportamiento de ayuda, así como aumento en los comportamientos fraudulentos y agresivos. En cambio, la mayor creencia en el libre albedrío se ha asociado con actitudes y conductas más positivas y con comportamientos éticos y socialmente deseables (Baumeister, Masicampo y DeWall, 2009).

El concepto correspondiente en alguna medida con el libre albedrío es el de autonomía. Incluye el actuar por sí mismo (es decir, no impulsado por fuerzas externas), elegir, usar razones y valores personales, la reflexión consciente, y conocer y aceptar las consecuencias morales. Dos condiciones generales son esenciales para la autonomía: 1) la libertad de decidir de forma independiente de influencias controladoras y 2) la capacidad de decidir realizar acciones intencionales (Beauchamp y Childress, 2018).

Las personas asocian la adicción con la pérdida del libre albedrío. Debido a que éste es un requisito previo para que un agente sea castigado por actos ilícitos y alabado por hacerlos bien; es así como diversos autores han planteado una estrecha relación entre el libre albedrío y la responsabilidad moral. El debate filosófico gira



en torno a si el libre albedrío y la responsabilidad moral son compatibles con el determinismo, la idea de que todo lo que sucede está totalmente determinado (causado) por eventos anteriores y por las leyes de la naturaleza.

El libre albedrío en discusión

Mientras que *los compatibilistas* sostienen que el libre albedrío y la responsabilidad moral son compatibles con el determinismo, *los incompatibilistas* consideran que, si el determinismo es cierto, entonces los seres humanos no pueden tener libre albedrío y tampoco ser moralmente responsables de sus acciones.

La investigación psicológica reciente enfocada en conocer lo que significa para las personas comunes el libre albedrío, ha encontrado que para ellos es que la elección no está limitada por circunstancias internas ni externas. La asignación de responsabilidad moral a la persona consumidora de sustancias adictivas oscila de menos a más en un continuo en función a un modelo donde la libertad de acción y el libre albedrío participan en la toma de decisiones y en el ejercicio del control de las acciones. De acuerdo con esta propuesta, no se debe tratar el libre albedrío y la libertad de acción como propiedades: todo o nada.

El modelo biológico que considera a las adicciones como enfermedades cerebrales, influye no solo en el establecimiento de las políticas de salud y los enfoques terapéuticos, también reduce la creencia en el libre albedrío y por consiguiente disminuye las atribuciones de culpa y responsabilidad personal.

El enfoque de las neurociencias

Por otro lado, la información aportada por las neurociencias aumenta el estigma hacia la persona con trastornos por consumo de sustancias porque la hace ver como alguien carente de libre albedrío, infantilizándola y haciéndola ver como peligrosa, dado que carecen de un elemento básico para la toma de decisiones y el autocontrol.

Las explicaciones neurocientíficas tienen un “atractivo seductor” porque aumentan el valor atribuido de una explicación científica acerca de los fenómenos psicológicos, incluso si el componente biológico de la explicación es irrelevante (Racine, Sattler y Escande, 2017).

Responsabilidad moral

Un concepto clave en el discurso sobre la adicción es el aspecto de la responsabilidad moral.

¿Los individuos adictos a las sustancias son moralmente responsables o la adicción representa una forma de comportamiento involuntario?

Para dar respuesta a esta pregunta se necesita considerar la conceptualización de la adicción, es decir, cómo las personas ven y describen las adicciones. Establecer la conexión entre el juicio de la responsabilidad moral y la conceptualización de las adicciones es importante para comprender de qué forma se ve a los individuos adictos en nuestra sociedad. Los juicios morales tienen una serie de consecuencias que van desde cómo se establecen las políticas de drogas



hasta el comportamiento de los profesionales de los sistemas de salud y de la justicia penal hacia las personas adictas.

Valiosas investigaciones

Las tres líneas de estudio más relevantes acerca de la responsabilidad moral en el campo de las adicciones son: los modelos científicos de las adicciones, la investigación sobre el estigma y la atribución, y la literatura clásica y contemporánea sobre libre albedrío y el control que se tiene sobre las propias acciones.

Se describirán primero los modelos actuales de los trastornos por consumo de sustancias.

Modelos conceptuales de las adicciones

Los modelos conceptuales sobre las adicciones predominantes en el discurso científico actual son dos: el modelo de la enfermedad y el modelo de elección. El modelo de enfermedad, representado actualmente por el modelo biológico de las adicciones considera que la adicción sigue un curso similar al de una enfermedad, donde los comportamientos, las llamadas conductas compulsivas, han tomado el control de la persona.

El modelo de enfermedad cerebral sostiene que los procesos neuronales y las reacciones químicas después del consumo repetido de drogas causan cambios cerebrales persistentes en los que el sistema de recompensa gobierna las motivaciones y origina los comportamientos adictivos.

El comportamiento del enfermo

A diferencia del modelo de enfermedad cerebral, el modelo de elección sostiene que las conductas adictivas se rigen por los principios universales de elección y motivación. El modelo de elección corresponde al modelo moral de adicción, donde ésta se considera un fracaso moral y los adictos desestimados como personas por tener fallas en el carácter. Estas consideraciones ya no tienen peso en la teoría actual de elección de la adicción.

La mayoría de los autores actuales han expresado el punto de vista de considerar a las adicciones en el medio de un continuo entre el comportamiento no voluntario y las acciones voluntarias que implica que hay fuerzas poderosas en juego que son difíciles, pero no imposibles, de resistir.

Estigma y atribución

Los pacientes adictos a drogas son estigmatizados debido a que son vistos como peligrosos y culpables. Varios factores parecen influir en la estigmatización. Un supuesto fundamental en la teoría de la atribución es que, si un comportamiento es controlable, entonces la persona que lo actúa lo hace de forma voluntaria, y así es válido que las emociones sociales sean negativas y no se brinde apoyo ni ayuda. De ahí que la percepción de responsabilidad juega un papel central en el proceso que vincula las inferencias con respecto a las causas y la capacidad de control con las consecuencias emocionales y conductuales.

Responsabilidad moral en las adicciones

Para abordar la responsabilidad moral de la persona adicta también es necesario investigar el grado en que el consumo de sustancias li-

mita o afecta la capacidad de tomar decisiones y la responsabilidad moral que implica.

En la Encuesta Social de Queensland de 2012 en Australia, se observó que considerar la adicción como una enfermedad cerebral o como una enfermedad ordinaria no afectaba las creencias sobre el estigma ni la creencia sobre el uso del tratamiento involuntario (forzoso) y el encarcelamiento de los usuarios de heroína. En esta encuesta también se observó que la nueva información sobre la adicción, en particular la información que la retrata como una enfermedad cerebral, no produce cambios dramáticos en las creencias de las personas sobre ella.

En un estudio muy relevante, Racine y colaboradores (2017) compararon el efecto de tres tipos de información neurocientífica sobre la adicción (alcohol y cocaína) en la atribución de libre albedrío: (1) una descripción textual de la neurociencia de la adicción, (2) neuroimágenes del cerebro no adicto y del cerebro de un adicto, (3) una combinación de texto y neuroimágenes, y (4) una condición control.

El análisis de factores de una escala que mide las creencias de si los adictos tienen libre albedrío reveló dos factores distintos: responsabilidad y voluntad. La hipótesis era que la perspectiva neurocientífica de la adicción reduciría la atribución de libre albedrío y posteriormente la culpa. Sin embargo, solo encontraron un efecto significativo de la imagen combinada con la descripción textual en la subescala de voluntad en términos de disminución del libre albedrío por la adicción a la cocaína.

Los resultados indican que la información neurocientífica sobre la adicción tiene efectos limitados en las atribuciones de libre albe-

drío (responsabilidad y voluntad) y, en consecuencia, que los méritos del modelo de enfermedad cerebral se han exagerado.

Otra pregunta bioética en el campo de las adicciones es si las variaciones naturales en las conceptualizaciones de las personas son importantes para establecer juicios morales. En un estudio nacional entre adultos suecos, Blomqvist (2009) exploró los juicios acerca de la responsabilidad moral para nueve tipos de sustancias adictivas. La adicción al tabaco encaja en un *modelo moral*, donde los fumadores perciben a los usuarios como responsables tanto de la aparición como de la solución al problema.

Las personas con adicción deben recibir ayuda

Las adicciones al alcohol, sedantes y *cannabis* se colocaron dentro del *modelo compensatorio*, donde los usuarios son responsables de la solución del problema, pero no del inicio. Los consumidores “pesados” encajan en una combinación del *modelo médico* (ni responsables de la aparición ni de su solución, es decir, tienen una enfermedad y deben recibir tratamiento) y el *modelo de iluminación* (responsable del problema, pero no de la solución del problema), esto implica que los adictos son víctimas que necesitan ayuda externa para superar la adicción.

Rise y Halkjelsvik (2019) observaron que las atribuciones de responsabilidad moral eran menores cuando la adicción era considerada como una enfermedad y debida a trastornos o procesos disfuncionales en el cerebro; en cambio, las atribuciones de responsabilidad moral eran mayores cuando la adicción se consideraba producto del control voluntario de las acciones y de las conductas adictivas.



Los estudios de Blomqvist (2009) y de Rise y Halkjelsvik (2019) sugieren que las conceptualizaciones de la adicción, en particular aquellas conectadas a las creencias acerca de sus causas, pueden tener consecuencias en la responsabilidad moral de la persona con trastorno por consumo de sustancias, diferentes conceptualizaciones de la adicción implican diferentes juicios morales.

Consentimiento informado

Otro tema en el campo de la Bioética es el consentimiento informado que es un procedimiento formal que se solicita antes que la persona participe en una investigación y se realice un procedimiento o se instale un tratamiento.

Con frecuencia se considera que el consentimiento informado consta de un solo paso, por ejemplo, antes de iniciar un tratamiento. Realmente el consentimiento informado es un proceso que cambia y se revisa cada cierto tiempo de acuerdo con los cambios en las necesidades, en las metas y en los planes de tratamiento.

Es indispensable obtener el consentimiento informado de forma escrita, aunque en algunas circunstancias se obtiene verbalmente asentándose por escrito en el expediente. En el ámbito de las adicciones, el proceso del consentimiento informado puede verse comprometido temporalmente durante los períodos de intoxicación o abstinencia o relacionado con los cambios neurobiológicos a largo plazo relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

El proceso del consentimiento informado consta de tres elementos fundamentales: competencia o capacidad de decisión, comprensión y libertad de elección.

Ofrecer al enfermo información perceptible

La competencia o capacidad de decisión hace referencia a la capacidad del paciente para tomar decisiones de acuerdo con sus intereses para su bienestar. En la práctica corresponde a si la persona es capaz de comprender la situación y hace una elección informada.

La comprensión implica la capacidad de entender la información que se le da. La información debe darse en un lenguaje que la persona pueda entender.

La información comúnmente incluida en el proceso incluye: a) la descripción clara del tratamiento propuesto y de lo que se sabe acerca de su eficacia, riesgos y efectos colaterales, y su duración; b) otras alternativas de tratamiento disponibles; c) la preparación y capacidad del personal para proveerlo, d) la protección y los límites de la confidencialidad; y e) el costo de la terapia.

Además de la competencia y comprensión, es necesaria la libertad de elección; la persona debe elegir libremente o recibir un tratamiento sin sufrir coerción.

Rehabilitación por orden judicial

El tratamiento del paciente con trastornos por consumo de sustancias puede indicarse a través del mandato judicial para evitar ser condenado a una pena de prisión, o para ser liberado bajo palabra (tratamiento involuntario). En este caso se antepone el bien de la comunidad sobre la autonomía de la persona adicta.

En otros casos, producto de un juicio paternalista, se les aconseja a las personas adictas que reciban tratamiento por su bien y para su beneficio (Miller, Forcehimes y Zweben, 2019).

En beneficio del enfermo

Aunque ambas situaciones benefician a la comunidad y a la propia persona, dejan sin efecto a la autonomía y van en contra de sus derechos humanos, dando lugar a un conflicto ético, pues no llevar a cabo una intervención terapéutica pone en riesgo la integridad de la propia persona o de terceros. Es el caso del aumento en la conducta suicida de la persona adicta, o el daño que se ocasiona a otros, como en el caso de mujeres embarazadas con problemas de adicción.

Confidencialidad

La confidencialidad implica un contrato o una promesa explícitos de no revelar nada acerca del paciente, excepto si ambos, paciente y terapeuta lo consideren pertinente. La confidencialidad incluye también al hecho mismo de que el paciente está recibiendo tratamiento. Ambos aspectos son componentes habituales de la confidencialidad dentro de la ética profesional.

Sin embargo, en el caso del consumo de sustancias, la confidencialidad debe ser mayor, inclusive es recomendable que la solicitud del paciente de que espera y solicita la confidencialidad, esté incluida en el consentimiento informado o en el expediente clínico.

Proteger a la persona adicta de la discriminación

La persona con trastornos por consumo de sustancias adictivas es particularmente estigmatizada por lo que la seguridad de su información debe ser especial o mayor de lo habitual. Dar a saber, aunque sea de forma inadvertida, información acerca del tratamiento puede ocasionar la pérdida de trabajo, de seguro médico, de una relación y

dar lugar a discriminación de la persona, inclusive por otros profesionales de la salud.

En la terapia de grupo existen dificultades éticas relacionadas con la confidencialidad dado que la información es compartida por todos los integrantes. La manera habitual de manejar esas dificultades es establecer la regla de base de que todas las cosas expresadas en la terapia permanecen dentro del grupo y que no debe hablarse ni de la pertenencia al grupo ni de los contenidos expresados: lo que veas aquí, lo que oigas aquí, se queda aquí.

Aun en el caso del fallecimiento del paciente, el terapeuta solo está obligado a romper la confidencialidad cuando exista una orden judicial (Miller, Forcehimes y Zweben, 2019).

Pacto de privacidad

Hay situaciones en las que es importante “romper” la confidencialidad. Algunas de ellas por ley y otras para salvaguardar la vida del paciente o la de otras personas. Al momento de establecer el contrato terapéutico es vital aclarar con la persona adicta qué corresponde a la secrecía y qué se puede hacer del conocimiento de otros (riesgo de suicidio y de homicidio o daño a terceros, maltrato de menores o ancianos y emergencias médicas); aun en estos casos, si es posible, debe mantenerse la confidencialidad respecto a las adicciones.

Consumo de sustancias y conductas suicidas

Según el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud, más de 800 mil personas se suicidaron en 2015, esto convierte a la

conducta suicida en la 17^a causa de muerte más frecuente en todo el mundo.

La tasa de suicidio ha ido en aumento en muchos países, entre ellos México, donde creció de 3.5 a 5.2 suicidios por cada 100 mil habitantes entre 2000 y 2017 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*, 2019). En la Ciudad de México, 40% de los varones con conducta suicida resultó positivo a las pruebas toxicológicas (Romero-Pimentel, Mendoza-Morales, Fresan *et al.*, 2018). Este hallazgo señala la importancia del consumo de sustancias en estas conductas.

Drogas, conflictos y trastornos

El primer paso para disminuir la tasa de suicidio es identificar los factores asociados con este comportamiento. Se ha observado una asociación entre el comportamiento suicida y ciertos factores socio-culturales, situacionales e individuales, como acceso a los servicios de salud, conflictos interpersonales, divorcio, desempleo, aislamiento, falta de apoyo social, intento de suicidio previo y presencia de trastornos mentales.

Los estudios a través de la autopsia psicológica han confirmado la asociación entre el suicidio y la presencia de trastornos mentales. Fleischmann (Fleischmann, Bertolote, Belfer y Beautrais, 2005) concluyó que 88.6% de las víctimas de suicidio sufrían de un trastorno mental, donde los trastornos del estado de ánimo fueron el diagnóstico más frecuente (42.1%), seguido muy de cerca por el trastorno

por consumo de sustancias; esas observaciones han sido confirmadas más recientemente (Cho, Na, Cho *et al.*, 2016).

Las enfermedades psiquiátricas están relacionadas con la mayoría de las conductas suicidas; los pacientes con trastornos mentales tienen al menos tasas de suicidio 10 veces más altas que la población general. El porcentaje reportado de suicidios en este contexto oscila entre 60 y 98 por ciento.

Las sustancias también conducen a la depresión

A principios del siglo xxi, la mayor mortalidad por causas no naturales a nivel mundial se debió a la depresión (30%), seguida de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (18%), esquizofrenia (14%) y trastornos de la personalidad (13%). Mientras que 45% de los suicidios hospitalizados ocurrió en pacientes con esquizofrenia y trastornos mentales orgánicos, 32% de los suicidios de pacientes ambulatorios ocurrieron en pacientes con depresión y con trastornos por consumo de sustancias, somatoformes, de ansiedad y de ajuste (Bachmann, 2018).

Aunque está establecido que las conductas suicidas están asociadas con la psicopatología, principalmente con los trastornos depresivos, bipolares, psicóticos y de la personalidad, el uso de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias también están claramente relacionados con mayor riesgo de conductas suicidas. El alcohol está presente en uno de cada cinco suicidios, y se ha observado también asociación del consumo de tabaco y drogas ilícitas (por ejemplo, *cannabis* y heroína) con las conductas suicidas.



La evidencia actual acerca de la asociación entre el consumo de sustancias y las conductas suicidas proviene principalmente de investigaciones realizadas en países de ingresos económicos altos, siendo necesaria la investigación en países de ingresos bajos y medios.

La patología de las conductas suicidas

En una revisión reciente de 108 estudios (Breet, Goldstone y Bantjes, 2018) se observó una asociación constante entre todas las dimensiones de las conductas suicidas (ideación e intento suicidas y suicidio) y el consumo de cualquier sustancia (alcohol, tabaco, *cannabis* y otras drogas ilícitas, uso no médico de medicamentos) y todas las dimensiones del uso de sustancias (intoxicación, uso y consumo patológico).

La mayoría de los estudios se realizó en países de ingresos medios-altos y solo 22% en países de ingresos medios-bajos y bajos. Los estudios se centraron en alcohol y tabaco, descuidando sustancias como *cannabis*, opioides, sedantes, estimulantes, uso indebido de medicamentos recetados, inhalantes y alucinógenos. Los estudios emplearon un diseño transversal, se llevaron a cabo dentro de un paradigma de factor de riesgo y proporcionaron poca información sobre la posible interacción entre variables.

La actitud antisocial de los jóvenes adictos

En México, los pacientes jóvenes que consumen drogas y tabaco muestran un aumento modesto en los trastornos del estado de ánimo

mo y de conducta disruptiva; en cambio los trastornos afectivos, de ansiedad y de conducta disruptiva aumentan el riesgo de consumo de drogas. Los trastornos de conducta disruptiva, en especial el trastorno por déficit de atención, aumentan el riesgo de desarrollar trastornos por consumo de alcohol y también de drogas (Borges, Benjet, Orozco y Medina-Mora, 2018).

Se estima que, en comparación con la población general, los sujetos con abuso de alcohol tienen casi 10 veces más probabilidades de suicidarse, mientras que las personas con abuso de otras sustancias tienen aproximadamente 14 veces más probabilidades de cometer este acto (Wilcox, Conner y Caine, 2004). La dependencia al alcohol, los inhalantes, la heroína y el tabaco también se ha asociado con el comportamiento suicida de acuerdo con los resultados de dos estudios en México (Borges, Walters y Kessler, 2000; Miller, Borges, Orozco *et al.*, 2011).

Aquellos que usaron *cannabis* a una edad temprana, el inicio temprano del trastorno por consumo de sustancias y aquellos con consumo pesado de *cannabis* tienen mayor riesgo de conductas suicidas (Borges, Benjet, Orozco, Medina-Mora y Menéndez, 2017).

Trastornos provocados por el consumo de droga

Poco se sabe sobre la base molecular de la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y el comportamiento suicida. Gandal (Gandal, Haney, Parikhshak *et al.*, 2018) evaluó el transcriptoma (ARN mensajeros) de cinco trastornos mentales: autismo, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno por consumo de alcohol, donde se observó un

perfil de expresión génica diferente en los suicidios con trastorno por consumo de alcohol.

Se sabe que la corteza prefrontal, región cerebral responsable de la toma de decisiones, inhibición y memoria a corto plazo, se altera en sujetos con comportamiento suicida. Se ha identificado cambios estructurales y funcionales en la corteza prefrontal, específicamente la corteza prefrontal dorsolateral, así como alteraciones en las funciones cognitivas asociadas a la región prefrontal, en personas con conducta suicida y en pacientes con trastornos por consumo de sustancias (Goldstein y Volkow, 2011). Doscientos veintidós genes, la proliferación de las células gliales y la neurotransmisión glutamatérgica permiten diferenciar a los pacientes suicidas con y sin trastornos por consumo de sustancias (Cabrera, Monroy-Jaramillo, Fries, Mendoza-Morales *et al.*, 2019).

Uso de *cannabis* durante el embarazo

En Estados Unidos de América, el uso de *cannabis* en mujeres embarazadas en el último mes aumentó 106% de 2002 (3.4%) a 2017 (7%) (Volkow, Han, Comptom *et al.*, 2019). El tetrahidrocannabinol (THC), componente psicoactivo de *cannabis*, atraviesa la barrera placentaria e interactúa con el sistema endocannabinoide, asociado al desarrollo neural. Es probable que *cannabis* consumido durante el embarazo influya en el desarrollo de los niños (Scheyer, Melis, Trez-za y Manzoni, 2019).

El incremento en el consumo de *cannabis* en mujeres embarazadas y la evidencia del efecto negativo por la exposición prenatal dio

lugar a que se recomienda prohibir el uso del *cannabis* durante el embarazo y la lactancia (Brown, Sarvet, Shmulewitz *et al.*, 2017).

Exposición prenatal a *cannabis*

La investigación más reciente acerca de los efectos de la exposición prenatal a cannabis y el efecto en los niños demuestra que se asocia a experiencias psicóticas y trastornos internalizados y externalizados, alteraciones del sueño y bajo peso al nacer, menor capacidad cognitiva y menor volumen de la sustancia gris (Paul, Hatourm, Fine *et al.*, 2020; Smith, Mioduszewski, Hatchard *et al.*, 2016).

Desafortunadamente, hasta este momento, la identificación de una mujer embarazada consumidora de sustancias adictivas no obliga al terapeuta a denunciarla; la mujer embarazada tiene derecho a la confidencialidad y también a rechazar el tratamiento (Miller, Forcehimes y Zweben, 2019).

Conclusiones

Las adicciones sobrepasan los aspectos médicos y psicológicos. En este momento son un problema grave para la mayoría de las sociedades de todo el mundo porque el número de personas usuarias va en aumento. De ahí que la participación de profesionales de la psicología en el campo de las adicciones es indispensable.

La formación del estudiante y del profesional de la salud mental debe incluir: a) los conocimientos biológicos, psicológicos y sociales más ac-



tuales en el campo de la clínica y terapéutica de las personas afectadas por el consumo de alcohol y/o drogas, y b) contar con elementos humanistas, culturales y bioéticos amplios. Por ello, y ante la relativización de los conceptos éticos, el personalismo constituye la herramienta para la práctica clínica cotidiana y punto de referencia ante conflictos bioéticos en el campo de las adicciones y la psicología en general.

La Universidad Anáhuac en pro de una mejor sociedad

Para los profesionales de la psicología y de la salud mental, la formación continua nunca se detiene. Es compromiso de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México y de la Red de Universidades Anáhuac, brindar estudios de maestría y doctorado, cursos y diplomados de actualización continua, así como proyectos de investigación que contribuyan a brindar a la labor profesional herramientas actualizadas para brindar a la persona humana y a la sociedad una mayor calidad de vida.

Ese compromiso está presente siempre.

Bibliografía

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3a edición, DSM-III. Washington, D. C.: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3a edición rev., DSM-III-R. Washington, D. C.: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a edición. Washington, D. C.: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5a edición. Washington, D. C.: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association (2021). *Clinical Psychology*. Disponible en: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical>. Consultado el 9 de enero de 2021.

Aristóteles, *Ética nicomáquea*. México, Porrúa, 1998.

Bachmann S. "Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective." *Int. J. Environ Res Public Health*, 2018; 15:14245.

Baumeister R. F. "Free will in scientific psychology." *Perspect Psycholol Sci*. 2008; 31:14-19.

Baumeister R. F., Masicampo E. J., DeWall C. N. "Prosocial benefits of feeling free: disbelief in free will increases aggression and reduces helpfulness." *Pers. Soc. Psychol Bull*. 2009; 35:260-268.

Baumeister R. F., Monroe A. E. (2014). "Recent research on free will: conceptualizations, beliefs, and processes" en Olsen J. M., Zanna M. P. *Advances in Experimental Social Psychology*. Burlington:Academic Press, pp. 1-52.

Beauchamp T. L., Childress J. F. (2018). *Principles of Biomedical Ethics*. 8a edición. New York:Oxford University Press, p. 100.

Berenbaum H., Washburn J. J., Sbarra D., Reardon K. W., et al. *Accelerating the Rate of Progress in Reducing Mental Health Burdens: Recommendations for Training the Next Generation of Clinical Psychologists*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31234/osf.io/crb8q>. Consultado el 9 de enero de 2021.

Blomqvist, J. "What is the worst thing you could get hooked on?" *Nordic Stud. Alcohol Drugs*. 2009; 26, 373-398.

Borges G., Benjet C., Orozco R., Medina-Mora M. E. "A longitudinal study of reciprocal risk between mental and substance use disorders among Mexican youth." *J. Psychiatr. Res.* 2018; 105:45-53.

Borges G., Benjet C., Orozco R., Medina-Mora M. E., Menéndez D. "Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans." *J. Psychiatr. Res.* 2017; 91:74-82.

Borges G., Walters E. E., Kessler R. C. "Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior." *Am. J. Epidemiol.* 2000; 151(8):781-789.

Breet E., Goldstone D., Bantjes J. "Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review." *BMC Public Health*, 2018; 18:549.

Brown Q. L., Sarvet A. I., Shmulewitz D., Martins S. S., et al. "Trends in marijuana use among pregnant and nonpregnant reproductive aged women, 2002-2014." *JAMA* 2017; 317(2):207-209.

Cabrera B., Monroy-Jaramillo N., Fries G. R., Mendoza-Morales R. C., et al. "Brain gene expression pattern of subjects with completed suicide and comorbid substance use disorder." *Mol. Neuropsychiatry*. 2019; 5:60-73.

Cho S. E., Na K. S., Cho S. J., Im J. S., Kang S. G. "Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: systematic review and meta-analysis." *J. Affect Disord.* 2016 Jan; 190:704-713.

Ferrari A. J., Charlson F. J., Norman R. E., et al. "Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *PLOS Med.* 2013; 10:e100547.

Fleischmann A., Bertolote J. M., Belfer M., Beautrais A. "Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence." *Am. J. Orthopsychiatry*. 2005; 75(4):676-683.

Gandal M. J., Haney J. R., Parikshak N. N., Leppa V., Ramaswami G., Hartl C., et al.; CommonMind Consortium; PsychENCODE Consortium; iPSYCH-BROAD Working Group. "Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap." *Science*. 2018; 359(6376):693-697.

Geppert C. M. A., Esplin B. S. "Applied addiction ethics" en Leach M. M., Reynolds E. *Applied Psychological Ethics*. Cambridge, UK:Cambridge University Press; 2018, pp.154-177.

Goldstein R. Z., Volkow N. D. "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications." *Nat. Rev. Neurosci.* 2011; 12(11):652-669.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf

Levenson R. W. "Clinical psychology training: accreditation and beyond." *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017; 13:1-22.

McKenna M., Coates D. J. *Compatibilism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/compatibilism/>. Consultado en octubre de 2020.

Miller M., Borges G., Orozco R., Mukamal K., Rimm E. B., Benjet C., et al. "Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey." *Drug Alcohol Depend.* 2011; 113 (2-3):110-117.

Miller W. R., Forcehimes A. A., Zweben A. *Treating addiction. A guide for professionals*. Second Edition. New York, N. Y.:The Guilford Press; 2019.

Nathan P. E., Conrad M., Skinstad A. H. "History of the concept of addiction." *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016; 12:29-51.

Paul S. E., Hatourm A. S., Fine J. D., et al. "Associations between prenatal cannabis exposure and childhood outcomes: results from the ABCD study." *JAMA Psychiatry*. 2020; September 23. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2902.

Racine E., Sattler S., Escande A. "Free will and the brain disease model of addiction: The not so seductive allure of neuroscience and its modest impact on the attribution of free will to people with an addiction." *Front. Psychol.* 8:1850. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01850.

Rise J., Halkjelsvik T. (2019) "Conceptualizations of Addiction and Moral Responsibility." *Front. Psychol.* 10:1483.

Romero-Pimentel A. L., Mendoza-Morales R. C., Fresan A., García-Dolores F., Gonzalez-Saenz E. E., Morales-Marín M. E., Nicolini H., Borges G., et al. "Socio-demographic and clinical characteristics of completed suicides in Mexico City 2014–2015." *Front Psychiatry*. 2018; 9:402–411.

Scheyer A. F., Melis M., Trezza V., Manzoni O. J. J. "Consequences of perinatal cannabis exposure." *Trends Neurosci.* 2019; 42 (12):871–884.

Sgreccia E. *Manual de Bioética I. Fundamentos y Ética Biomédica*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.

Smith A. M., Mioduszewski O., Hatchard T., et al. "Prenatal, marijuana exposure impacts executive functioning into young adulthood: an fMRI study." *Neurotoxicol Teratol.* 2016; 58:53–59.

Solinas M., Belujon P., Fernagut P., et al. "Dopamine and addiction: what have we learned from 40 years of research." *J. Neural Transmission*, 2019; 126 (4):481–516.

Volkow N. D., Han B., Comptom V. M., et al. "Self-reported medical and non-medical cannabis use among pregnant women in the United States." *JAMA* 2019; 322 (2):167–169.

Volkow N. D., Koob G. F., McLellan T. "Neurobiological advances from the brain disease model of addiction." *N. Engl. J. Med.* 2016; 374:363–371.

Wilcox H. C., Conner K. R., Caine E. D. "Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies." *Drug Alcohol Depend.* 2004 Dec; 76 Suppl:S11–S19.



Antecedentes históricos y la difícil realidad

Jorge Sánchez Mejorada Fernández

Diferentes tratamientos para los adictos

Entre los antecedentes del tratamiento médico-hospitalario del alcoholismo, durante el siglo xx, hay que mencionar al médico Alexander Lambert quien implementó un área para atender alcohólicos en el Hospital Bellevue de Nueva York en 1909. Posteriormente, se sumó el Hospital Towns de la misma ciudad, siendo de los raros establecimientos médicos que atendían a esta población durante la etapa de prohibición del alcohol (1919–1933).

La estrategia se centraba básicamente en la administración de fármacos como la belladona, con muy poco éxito al parecer. Entre los pacientes recurrentes en Towns estuvo Bill Wilson, co-fundador de la agrupación de Alcohólicos Anónimos (AA), misma que, con enorme éxito ha sido capaz de ayudar a millones de seres humanos para recuperarse del alcoholismo y de la adicción a otras drogas en todo el mundo.

Agrupaciones nacidas para ayudar

Ciertos principios de AA, y su énfasis en los aspectos comunitarios, inspiraron la implementación de algunos centros residenciales que serán descritos a continuación. Las tres experiencias que describiré partieron de un hecho similar observable por diferentes miembros de AA en diversos lugares y tiempos: una proporción importante de los recién llegados a la agrupación no lograba permanecer el tiempo necesario para mantenerse sobria y las recaídas ocurrían con mucha frecuencia.

Las historias que se describen a continuación nacieron de una observación similar pero en su desarrollo establecieron encuadres y metodologías particulares, constituyéndose en modelos residenciales que se han replicado a lo largo de los años. El punto de partida para el desarrollo de diversos modelos o enfoques de tratamiento fueron los siguientes centros:

- Hazelden en Minnesota, EUA
- Synanon en California, EUA
- Grupo Condesa 24 horas en la Ciudad de México

Cronológicamente, la historia de los modelos de tratamiento residencial, que trascendieron al enfoque solo médico de los años veinte y treinta del siglo pasado, inició en 1949, cuando se destinó una casa llamada *Hazelden* (la casa de Hazel) en Center City, Minnesota, para apoyar a alcohólicos que requerían de una contención y de un acompañamiento para lograr dejar de beber. Hazelden es una institución líder en una visión que ha inspirado con su filosofía y metodología a numerosos programas de tratamiento en Estados Unidos de América y en el mundo.

Tratamiento residencial

Con el tiempo conformó un modelo de tratamiento que tomó el nombre en honor al estado donde nació y tuvo sus principales desarrollos: el Modelo Minnesota (MM). Se trata de una organización que es ejemplo de evolución y desarrollo y que aporta, además de un tratamiento residencial reconocido, una amplísima bibliografía disponible para la comunidad profesional y para aquellos interesados en la recuperación.

Ésta suele estar inspirada en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y permeada por aportaciones de diversas escuelas psicoterapéuticas que florecieron en Estados Unidos de América en la segunda mitad del siglo xx. En 2014, Hazelden estableció una alianza con el Instituto Betty Ford de la costa oeste estadounidense.

El segundo caso se dio en 1959, cuando Charles Dederitch, miembro de AA en California, constató lo que se mencionó acerca de la escasa adherencia a la agrupación de un cierto número de asistentes con adicción a las drogas y decidió formar el primer programa residencial para esta población que no lograba suspender el consumo de manera ambulatoria.

Terapia grupal

Lo llamó Comunidad Terapéutica (CT), tomando el nombre de una experiencia británica en los hospitales psiquiátricos y desarrolló una metodología de intervención que retomó de AA, el fuerte espíritu comunitario e indirectamente algunos principios inherentes a los 12

pasos pero dejando de lado el concepto del “poder superior” de inspiración teológica. En cambio definió a la propia comunidad de pares como la fuente central de enseñanza e inspiración tanto a través del ejemplo de sus miembros como de la técnica de retroalimentación confrontativa, sobre conductas y actitudes disfuncionales, incorporada como la médula del trabajo grupal.

A diferencia de Hazelden, Synanon no trascendió la prueba del tiempo, en buena parte por el carácter autoritario y las ideas extremas de su fundador. No obstante, sí representó un semillero de hombres y mujeres que retomando las ideas centrales de esta experiencia extendieron la presencia de este modelo en Estados Unidos de América y en el mundo, conformando instituciones gremiales internacionales, regionales y nacionales que persisten hasta la actualidad y poseen una amplia y sólida representatividad que las vincula con organismos gubernamentales internacionales emisores de recomendaciones y políticas públicas en materia de tratamiento de las adicciones.

En la Ciudad de México: El grupo Condesa

La tercera experiencia, mexicana por cierto, se dio en 1975 cuando un pequeño grupo de personas en rehabilitación de la comunidad de AA, militando en el grupo Hamburgo, fundaron el grupo Condesa 24 Horas en la Ciudad de México, en la colonia del mismo nombre con el objetivo de ayudar al “enfermo alcohólico” a cualquier hora del día o de la noche, brindándole hospedaje y acompañamiento,

a partir de la siguiente idea inspiradora expresada por uno de sus fundadores:

“¿Te imaginas, Virgilio, un lugar donde el alcohólico pueda ser recibido a cualquier hora del día, de la noche, o de la madrugada principalmente, cuando arrecia la resaca alcohólica, donde se le ofrezca un café, una infusión caliente, un cigarrillo y una buena charla sobre las experiencias, nuestras experiencias con el alcohol? ¿Un grupo que funcione de día y de noche, sin que jamás cierre sus puertas?”.

Así nació el movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos que conserva el nombre y la metodología de los pasos del movimiento original de AA pero rompe los nexos con la agrupación original pues ésta no concuerda con la visión que incluye la permanencia de los participantes en el interior de los grupos por tiempos indefinidos. Este movimiento se extendió en México, algunos países de América Latina y España.

También es el origen de una serie de corrientes y modalidades que forman un conjunto variable y abigarrado de enfoques que abandonan la idea original de abrir la puerta al enfermo necesitado que solicita el apoyo y han creado sistemas de reclusión involuntaria llamados “anexos” que se multiplican en todo el país.

Elementos de los modelos residenciales

1) **El Modelo Minnesota** consta de los siguientes elementos que lo definen:

- Desintoxicación medicamente supervisada
- Programas e instalaciones específicas para cada género
- Consejería y terapia grupal
- Consejería y terapia individual
- Sesiones educativas
- Servicios médicos
- Servicios integrados de salud mental para trastornos psiquiátricos paralelos
- Grupos focales
- Terapia orientada a los 12 pasos
- Actividades psicocorporales orientadas al bienestar
- Servicios de atención y cuidado espiritual

Ayuda las 24 horas del día

Se trata de un modelo con una alta participación de profesionales que integran equipos interdisciplinarios muy completos e incluye atención médica y de enfermería las 24 horas del día para servicios de desintoxicación y para la atención de diversas complicaciones médicas y psiquiátricas. A esto hay que agregar condiciones de hospedaje, alimentación y entorno sumamente favorables, así el costo operativo de los tratamientos bajo este modelo suele ser elevado, por eso se orienta en especial a atender sectores poblacionales de altos ingresos.

Se sustenta desde el punto de vista filosófico y conceptual en la noción de la adicción como enfermedad psico-física (obsesión mental y compulsión) descrita por el médico William Silkworth, adoptada por la organización de AA y sustentada con amplia evidencia científica. De ahí que con la orientación metodológica de los 12 pasos de AA, los objetivos que persigue este modelo sean:

- Aceptación de la enfermedad de la adicción y sus consecuencias a través de un ejercicio intenso de conciencia y reflexión.
- Aceptación de la abstinencia de sustancias psicoactivas como base de la recuperación.
- Aceptación de la ayuda a través de la adhesión permanente a una organización tradicional de 12 pasos y de la práctica continua de éstos como una guía de vida.

Hay que agregar que el MM busca un desarrollo armónico de la persona afectada por la adicción, sea el usuario de drogas o quienes conviven con él o ella y, para esto utiliza enfoques y actividades vinculados con la Psicología Humanista, la Psicología Cognitivo-Conceptual y las Terapias Psicocorporales.

Además, ha desarrollado en paralelo metodologías de atención a los familiares que incluyen procesos de intervención en crisis para inducir a tratamiento a la persona con adicción, buscando romper a través de técnicas comunicativas las defensas y reticencias para incorporarse al tratamiento residencial. Este tipo de intervenciones, así como las derivadas de sistemas judiciales que dan la opción de tratamiento contra privación de la libertad en ciertos delitos, se dan bajo la perspectiva del MM con absoluto respeto a la dignidad de las personas y a los derechos humanos.

Respeto y dignidad

En México, el Centro Monte Fénix, fundado en 1980, es el pionero de este modelo en el país. Con las adaptaciones culturales e ideosincrásicas necesarias desarrolló un modelo propio al que ha denominado “Modelo las Flores”, relacionado con la ubicación que tiene este

centro en la Ciudad de México en la calle de Las Flores. Monte Fénix a su actividad terapéutica sumó desde 1995 la función de promoción y difusión del conocimiento a través del Centro de Estudios Monte Fénix donde se imparten cursos y diplomados de educación continua, así como una especialidad y una maestría en adicciones.

2) La Comunidad Terapéutica comprende los siguientes elementos, definidos por Marteen Kooyman en 1993:

- Abstención supervisada de sustancias psicoactivas
- Énfasis en la ayuda de pares
- Modelaje de roles
- Confrontación de conductas
- Circulación de valores
- Papel central de las reuniones grupales
- Observancia de un reglamento
- Reconocimiento de la autoridad (racional y respetuosa)
- Internamiento voluntario
- Clima afectuoso y cálido
- Participación mixta: profesionales de la salud y reeducados (ambos capacitados en el modelo)
- Participación de la familia en tratamiento

Si bien el programa original de Synanon sentó las bases de este modelo, fue a partir de la segunda comunidad terapéutica fundada unos años después, Daytop Village, en la ciudad de Nueva York, que el modelo inició una evolución hacia una profesionalización creciente.

Objetivos en la comunidad terapéutica

En la opinión de George de Leon, investigador destacado en comunidades terapéuticas, las tendencias identificadas en esta evolución son entre otras: planificación de estancias, financiamiento y escrutinio externos, énfasis en el trabajo en equipo, participación de personal clínico y administrativo, desarrollo de protocolos de postratamiento, reintegración frecuente de principios de AA, interacción con la psiquiatría, adaptación de la atención a las necesidades de poblaciones específicas, investigación y evaluación de programas y sistematización de competencias requeridas por el personal.

La Comunidad Terapéutica ve al individuo que padece una adicción como alguien con problemas emocionales y distorsiones cognitivas importantes que dan como resultado la necesidad de consumir drogas para paliar o escapar de la desadaptación y la tensión. En esta línea de pensamiento, sus objetivos están relacionados con:

- Corrección de distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales adquiridas a lo largo de la vida que se relacionan con el estilo de vida adictivo.
- Sanación de experiencias traumáticas y dolorosas a través del reconocimiento, la catarsis y la experiencia comunitaria.
- Desarrollo de habilidades para una adecuada reinserción sociofamiliar.

Tiempo de recuperación

De la definición de objetivos, se desprende la necesidad de tratamientos extensos que permiten consolidar cambios cognitivos y conductuales. Tradicionalmente, los periodos de estancia en comunidades terapéuticas han sido de nueve a 12 meses. No obstante esta duración es muy variable en función de las posibilidades socioeconómicas reales y de la utilización de protocolos que guían el proceso terapéutico buscando hacerlo más eficiente.

Por otro lado, el enfoque de la CT ha buscado la inclusión a sus programas de personas con bajo nivel socioeconómico, buscando sistemáticamente obtener recursos externos, gubernamentales y no gubernamentales para costear la profesionalización creciente de los programas.

Terapias sin violencia

Además, para evitar los abusos de poder y garantizar la observancia de los derechos humanos en las comunidades terapéuticas se basan en códigos de ética. En la opinión de D. Deitch, otro pilar del desarrollo de este modelo en Estados Unidos de América, existen tres puntos básicos en cuanto a esto:

- 1) Es un sistema de puertas abiertas, aunque el residente puede tener fuertes presiones para permanecer, o alternativas comprometedoras, la persona debe tener la posibilidad de elegir, en primer término, su entrada o su salida en cualquier momento.

2) En la comunidad no se debe permitir ningún tipo de violencia y no se debe utilizar la restricción física.

3) Debe haber rendición de cuentas, tanto a nivel clínico como administrativo, para evitar el abuso de poder.

La llegada de este modelo a México fue tardía, respecto a su desarrollo en Estados Unidos de América y en algunos países europeos y latinoamericanos, siendo hasta finales del siglo xx que se instalaron los primeros programas de tratamiento bajo esta modalidad. Son pocas las instituciones que han logrado, a lo largo de los años, mantener y consolidar la operación de programas de tratamiento con el modelo de CT.

El financiamiento es necesario

Las condiciones del modelo como la exigencia constante para el cambio positivo, los tiempos prolongados de estancia (cuatro a seis meses o más), el componente de voluntariedad para proseguir el proceso, constituyen retos particulares en la continuidad. A esto se suma un financiamiento insuficiente por parte de los usuarios, dadas sus condiciones socioeconómicas y la irregularidad o, en ocasiones, ausencia de financiamiento público subsidiario (como es el caso del actual régimen). De ahí que instituciones con buenas intenciones no logran sobrevivir.

Asimismo, cabe decir que muchas instituciones que se autocatalogan como comunidades terapéuticas no pueden ser avaladas así, especialmente por falta de compromiso con los principios éticos de este modelo.

Solidaridad económica

Entre las instituciones con una orientación social y subsidiaria que han logrado continuar su misión desde el año 2002 a la fecha, se encuentra la Fundación Casa Nueva, ubicada en la región de Xalapa, Veracruz, que opera desde hace años un programa para adultos y otro para adolescentes. Casa Nueva ha desarrollado un modelo propio que reconoce inspiración en los programas de Hogares Claret de Colombia y en la visión de Amity Foundation de Arizona, Estados Unidos de América.

Destaca su carácter inclusivo y solidario con personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, aspecto que se ha logrado cumplir debido a un vigoroso programa de procuración de fondos que abarca sociedad civil, empresariado, fundaciones de segundo piso y en ocasiones fondos gubernamentales.

También las unidades de internamiento de Centros de Integración Juvenil (CJJ) en nuestro país han tomado inspiración en sus procesos de intervención del modelo de CT.

Métodos cuestionados

El Anexo mexicano es una derivación del Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos pero a diferencia del movimiento original, el anexo optó por incluir entre sus prácticas el internamiento forzoso, es decir sin la voluntad del usuario. La palabra anexo se refiere a que al lado o en medio de un grupo de AA, se ubicó un área para el descanso nocturno de los usuarios.

El internamiento en este tipo de centros se da generalmente a través de una solicitud de algún familiar ante la cual algunos miembros de la comunidad del anexo van por el usuario y lo trasladan bajo presiones, utilizando con cierta frecuencia el uso de la fuerza física. La reproducción y diseminación de anexos en el territorio nacional en décadas recientes ha sido exponencial. Los anexos constituyen un conjunto complejo y abigarrado de espacios en los que se aplica desde el aislamiento físico obligado hasta la tortura mental y física en algunos casos.

Muchos de estos espacios presentan condiciones de pobre ventilación e higiene y el hacinamiento es frecuente. La metodología de trabajo consiste en juntas continuas de AA en las que se privilegia la catarsis y se permite la confrontación directa o indirecta entre compañeros. La participación profesional es escasa y, en ocasiones es sobre todo una fachada ante las exigencias normativas de las autoridades. A pesar de ciertos esfuerzos de capacitación y acompañamiento por parte de los gobiernos federal y estatales, los resultados son limitados.

Líderes sin experiencia

A la dificultad para un cambio de mentalidad en los líderes expresada en la frase: “si a mí me funcionó a otros les tiene que funcionar” (el método, la rudeza, el abuso) se suma un contexto educativo pobre de gran parte de la población atendida, entre quienes algunos llegan a ser líderes, así como una insuficiencia de recursos humanos profesionales que participen en estos programas.

Los anexos enfrentan problemas sociales graves: el consumo descontrolado de alcohol y de otras drogas, la violencia familiar y

social asociada, los trastornos mentales concomitantes, entre otros males, pero no los resuelven. En cierto modo, a través de una metodología agresiva tienden a perpetuar las conductas violentas asociadas al machismo y la masculinidad dominantes.

No se niega la presencia de experiencias muy loables en este tipo de centros pero pareciera que en el complejo entramado que existe no es lo que predomina. Hay que reconocer, sin embargo, que los anexos llenan un vacío asistencial generado por la escasa atención gubernamental y social al problema de las adicciones en grandes sectores de la población mexicana.

En la siguiente tabla se exponen sintéticamente diversas características de los modelos abordados: el Modelo Minnesota, la Comunidad Terapéutica y los anexos, en las observaciones hechas por el autor de este capítulo.

Características de modelos residenciales de tratamiento de las adicciones

Característica/ Modelo	Modelo Minnesota	Comunidad Terapéutica	Anexo 24 h
Internamiento voluntario	+++++	+++++	+
Participación profesional	+++++	++++	+
Respeto a dere- chos humanos	+++++	+++++	+

Terapia individual	+++++	++++	+
Terapia grupal	+++++	+++++	+
Terapia familiar	+++++	++++	+
Juntas de AA o similar	++++	+++	+++++
Estudio y seguimiento de doce pasos	+++++	++	+++
Proyecto de vida	+++	++++	+
Ayuda mutua entre pares	+++++	+++++	+++++
Vinculación con psiquiatría	+++++	++++	+
Instalaciones adecuadas	+++++	++++	+
Alimentación con calidad	+++++	++++	++
Instalaciones y facilidades deportivas	+++++	+++	+
Utiliza estrategias de medio camino	++++	++++	++++
Tiempo de internamiento	1 a 3 meses	3 a 9 meses	2 a 4 meses

+ Mínimo o Nulo

++ Escaso

+++ Algo

++++ Bastante

+++++ Mucho

Perfil de usuarios de programas de tratamiento residencial

Un rasgo en común de todos los tratamientos residenciales que hemos descrito y, probablemente de otros más, es que han surgido de las necesidades de los usuarios en los momentos en que se crearon. Como hemos dicho, en todos los casos que se han descrito, el denominador común es que se trató de personas con dependencia del alcohol (1949 en Minnesota) o de otras drogas (1959 en California) que no lograban permanecer en las agrupaciones de ayuda mutua o que presentaban recaídas múltiples con el modelo ambulatorio. En el caso del modelo mexicano descrito, la justificación fue estar disponible para “ayudar al alcohólico” durante las 24 horas del día.

Este hecho no debe interpretarse como un fracaso de las agrupaciones tradicionales de ayuda mutua. Nada más alejado de la realidad. La prueba de ello son los miles de grupos tradicionales en el mundo que están vigentes y los millones de seres que pueden dar testimonio de la ayuda que les han dado.

La importancia de conocer a la persona

No obstante, la realidad muestra desde hace décadas que existen perfiles de consumidores de alcohol y otras drogas que requieren pasar por un proceso residencial para poder caminar en el terreno de la sobriedad. Antes de entrar a las propuestas sobre una posible correlación entre perfiles clínicos, psicosociales y demográficos de los consumidores y las indicaciones o recomendaciones de tratamiento

residencial, es pertinente reflexionar acerca de los perfiles de las personas que se atienden en los modelos de tratamiento vigentes en nuestro país y que actualmente estos rasgos están más relacionados con perfiles socioeconómicos que clínicos.

Por las razones expuestas, los centros que trabajan con el Modelo Minnesota suelen atender a población de estratos medios altos y altos que padecen trastornos por consumo de drogas. La atención médica y de enfermería continua en instalaciones adecuadas para cuidados médicos, así como la vinculación con psiquiatras, permite atender con seguridad y eficacia ciertas condiciones médicas y psiquiátricas, previamente o a la par de la inmersión del usuario en el proceso terapéutico.

Se trata de una población que generalmente suele tener ciertos sustentos familiares, sociales y laborales que con la guía adecuada son capaces de intervenir a la persona consumidora de manera eficaz para generar la aceptación del internamiento. La incorporación de familiares a procesos de tratamiento paralelos es una práctica muy frecuente.

Además, los asuntos relacionados con la reinserción sociolaboral y familiar no suelen implicar alta incertidumbre ni riesgos muy elevados. En cuanto al nivel educativo de muchos participantes, les permite acceder sin limitaciones significativas a lecturas de textos que permiten adquirir conocimientos e ideas relevantes para el proceso de aceptación y cambio. También sucede que es una población exigente de los servicios que recibe y espera ser atendida con criterios de calidad.

La población atendida en comunidades terapéuticas (CT) suele proceder de niveles socioeconómicos bajos o medios bajos, incluso

medios en menor medida. No es raro encontrar que estos usuarios han cursado con uno o varios procesos de internamiento en clínicas o con mayor frecuencia en anexos. Los jóvenes que ingresan han tenido deserción o fracaso escolar y los adultos, dificultades laborales o desempleo.

Adictos difíciles de rehabilitarse

Es decir, se trata de una población que ha sido severamente afectada por la adicción al alcohol y a las drogas. Este tipo de centros proveen atención médica y psiquiátrica pero no cuentan con el personal suficiente y entrenado de manera permanente ni con las instalaciones propicias para la atención de problemas médicos o psiquiátricos severos, por ello, en estos casos se requiere de un tratamiento previo para estabilizar y controlar y, de este modo continuar el seguimiento requerido en la etapa residencial.

Frecuentemente, se trata de poblaciones que requieren de entrenamiento en habilidades emocionales y cognoscitivas, aspecto que el modelo atiende con orientación pedagógica muy marcada. Los residentes en CT suelen tener participación muy activa en diferentes tareas que son sustanciales al buen funcionamiento de un hogar.

Es una población que se enfrenta constantemente a la disyuntiva de permanecer o desertar del tratamiento residencial. Aunque el aliento y apoyo grupales buscan siempre motivar la continuidad, esto representa un reto a nivel individual y comunitario. En CT cabe el dicho: “la recuperación inicia con un acto de libertad” que implica permanecer en un programa.

Sin ayuda psiquiátrica ni psicológica

La población mayoritaria con problemas de adicción en nuestro país se atiende en los llamados anexos. El perfil de usuarios de un anexo suele representar al sector socioeconómico más bajo de la sociedad. Al no existir una evaluación previa al ingreso de tipo médico, psiquiátrico o psicológico, la población desde una perspectiva clínica puede ser muy variable.

Predominan los consumidores severos de alcohol y drogas pero en ocasiones hay poblaciones tan diversas como: niños con problemas de conducta o en situación de calle, ancianos abandonados, pacientes con trastornos psicóticos crónicos, entre otros. Atender a una población tan disímil que frecuentemente satura estos espacios es un reto ante el cual no se cuenta con los recursos humanos, físicos y financieros necesarios. En los anexos se contiene a sectores a los que nadie más atiende desde una perspectiva de salud integral como un derecho humano.

Falta de recursos humanos y económicos

La distribución de los diferentes sectores socioeconómicos en las variables de tratamiento residencial, desde tratamientos altamente especializados, multidisciplinarios y respetuosos de los derechos humanos, hasta tratamientos con mínima participación profesional, que pueden ser violentos y abusivos, en algunos casos, es muestra clara de la severa desigualdad de oportunidades que existe en nues-

tro país; en este caso, respecto al acceso a servicios de salud para el tratamiento de las adicciones.

Debemos considerar que la indicación de tratamiento residencial debe basarse en aspectos clínicos relacionados con características del trastorno mismo, la existencia de co-morbilidades y tomando en cuenta diversas variables psicosociales y sociodemográficas.

Tratamientos según la severidad de la adicción

El requisito fundamental para indicar un tratamiento residencial para adicciones es justamente que la persona reúna criterios diagnósticos de un Trastorno por Consumo de Sustancias con una severidad de moderada a grave, o bien adicción a ciertas conductas que se encuentran fuera de control como es el caso de la ludopatía. Los trastornos leves o iniciales debieran atenderse en primera opción por métodos ambulatorios.

Una pregunta que surge es qué tipo o modelo de tratamiento residencial debe indicarse. Al respecto, el comentario es que si bien el Modelo Minnesota y la Comunidad Terapéutica tienen particularidades conceptuales y metodológicas que los distinguen, también es cierto que comparten semejanzas muy importantes, por citar tres fundamentales: un encuadre ético que previene el maltrato y respeta los derechos humanos, un énfasis determinante en la importancia de la ayuda mutua y el apoyo grupal y una visión integral de la persona y del tratamiento.

Tratamientos por decisión propia

Por ello, la propuesta es que más que por tipos, la elección de tratamiento, bajo las últimas tres condiciones mencionadas, debe ser por tiempos de estancia residencial. Para esto deben pensarse estancias cortas (menores a tres meses) y estancias amplias (mayores a tres meses), considerando los siguientes factores en la toma de decisiones y partiendo de la base de un tratamiento con consentimiento del usuario:

- La frecuencia del consumo y consecuencias del mismo.
- El tipo de droga: *crack*, cristal, opiáceos y benzodiacepinas implican retos particulares por su alto grado adictógeno y los síndromes de supresión concomitantes.
- El nivel de disfunción y la ausencia de apoyo en el núcleo familiar.
- La interrupción de actividades escolares o laborales.
- La conducta agresiva, antisocial, e incluso el riesgo o intentos de autoagresión.
- La co-morbilidad psiquiátrica incluyendo los trastornos de la personalidad.
- El antecedente de recaída o recaídas previas.

Entre más vigentes y severas se encuentren este tipo de condiciones, la indicación sobre la duración del tratamiento residencial se considerará más duradera y viceversa; teniendo siempre como objetivo último la reinserción sociofamiliar y el cuidado continuo por parte de profesionales y redes de pares.

Adicciones problemáticas

Ahora bien, sabiendo que las adicciones pueden causar múltiples complicaciones, frecuentemente reflejadas en conductas de riesgo para el propio usuario, sus familiares y otras personas: psicosis, violencia, etcétera. Estas conductas pueden representar auténticas urgencias que requieren una intervención policiaca y/o médico-psiquiátrica. Esto puede conducir a procesos breves de contención, aun sin consentimiento del usuario, para disminuir la peligrosidad hacia sí mismo o para terceros.

Estas intervenciones, necesarias en ocasiones, no deben considerarse como una coyuntura para internar a alguien en un centro de tratamiento residencial en contra de su voluntad. En todo caso, estas situaciones debieran constituir un terreno en el cual se puede llevar a cabo una intervención familiar o judicial con la persona consumidora para ofrecerle la opción de tratamiento residencial.

Llegará así al tratamiento eligiendo la opción menos mala y sin un compromiso de fondo. El reto del tratamiento residencial es ser lo suficientemente adherente y persuasivo para crear poco a poco la aceptación del problema y del tratamiento requerido en quien se mostraba escéptico y defensivo.

Enfrentar las adicciones, alianza de muchos

Los retos y las necesidades asociadas al tratamiento de las adicciones y a la salud mental en nuestro país son de una magnitud preocupante,



por decir lo menos. Para enfrentarlos, se requiere de una gran alianza intersectorial que involucre al sector salud y de seguridad social, al sector educativo, específicamente a las instituciones de educación superior, al de impartición de justicia y al sector privado, incluyendo a los organismos de la sociedad civil que cuenten con vocación y experiencia en el tema.

Los tiempos que vivimos son complicados, problemas antiguos y recientes se conjugan en nuestra realidad: una gran desigualdad social y económica, escasez de oportunidades para muchos, un sistema de salud deteriorado en recursos humanos y materiales, una pandemia cuyos alcances y control efectivo se ven distantes; una crisis económica severa y un gobierno sin proclividad para hacer alianzas con el sector privado y los organismos de la sociedad civil. No obstante, es tiempo para proponer y buscar los consensos necesarios y encontrar la voluntad política capaz de aglutinar esfuerzos.

Soluciones diferentes

Considero que hay que ver el tema como un macro-proceso en el que se dan participaciones de diferentes actores de manera coordinada.

El proceso debiera iniciar por una detección del problema capaz de derivar en alguna de las siguientes alternativas:

- Tratamiento ambulatorio
- Tratamiento residencial
- Tratamiento de atención de urgencias

Los ámbitos idóneos para la detección y referencia adecuadas son las diversas instancias del Sector Salud, contando entre ellas a:

- Centros de Salud
- Unidades de Medicina Familiar
- Centros Uneme-CAPA
- Hospitales Generales
- Hospitales Psiquiátricos
- Centros de Integración Juvenil
- Organizaciones de la sociedad civil especializadas

En paralelo, el sistema de impartición de justicia debiera ofrecer este servicio sobre la base de la extensa y documentada relación entre consecuencias del consumo de drogas y el delito. Esta participación podría darse en dos modalidades:

- a) Justicia alternativa, es decir la opción de atenderse en tratamiento residencial, ante ciertos tipos de delitos en lugar de ir a un reclusorio.
- b) Tratamiento extenso en tiempo en espacios con privación de la libertad.

Propuestas necesarias

Para la atención de urgencias y/o condiciones psicopatológicas que así lo requieran habría que pensar en redes de colaboración entre las unidades de salud y aquellos anexos que decidieran re-convertirse a centros de contención breve y temporal, de intervención en crisis y de inducción a tratamiento residencial con observancia de la libertad

de decisión del individuo una vez superado el cuadro agudo. Desde luego que también los hospitales psiquiátricos tendrían que tener mejor disposición para atender a esta población. El problema es que son pocos y para gran parte de la población lejanos geográficamente. Por ello se requeriría también de las otras opciones por implementar.

Esta propuesta, esbozada de manera muy general, tendría que ir acompañada de tres ejes indispensables:

1. La capacitación de recursos humanos, en la que las universidades tendrían un papel prioritario dando preferencia a la formación a nivel técnico, de licenciaturas y posgrados para el personal que requiere el modelo. A la par, las instituciones de salud tendrían que asumir una agenda de educación continua para instruir a su personal.
2. Investigación y evaluación, en las que también las universidades tendrían que participar dando prioridad a la evaluación de procesos, de resultados y a los estudios de costo-beneficio para optimizar el funcionamiento del modelo.
3. El financiamiento, cuya consideración es indispensable y, el que seguramente tendría que contar con fuentes diversas: presupuestos federales y estatales, aportaciones de las instituciones de seguridad social, fundaciones de segundo piso, empresariado, sociedad civil y los propios usuarios o sus familiares a través de cuotas diferenciadas que, en un porcentaje alto de casos tendrían que ser mínimas.





La familia y las adicciones

Jessica Ángeles Riquelme

La adicción rompe vínculos, reglas y corazones.

Sandy Swenson

“[...] todos nos desgastamos, mis hijos, mis padres y era verlo cómo se consumía, cómo cada vez perdía más autoestima.

Cuando bebía, era otra persona, un monstruo; llegaba a casa peleando, se había vuelto agresivo, cualquier cosa que le decíamos era motivo de pelea.

Era una situación muy, muy complicada, donde nos estábamos desgastando todos.

Lo peor era sentir que lo perdía, que no lo podía ayudar, que lo intenté muchísimas veces, y aun así lo veía hundirse cada vez más, quería morirse [...].”¹

El testimonio anterior, sin lugar a dudas, refleja el sentir de la gran mayoría de las familias entre las cuales se encuentra una persona que

1. https://www.youtube.com/watch?v=8zTmeTL_d0Y



padece adicción. Sin importar cultura, religión o raza, esta enfermedad afecta a los seres más cercanos de quien la padece y las repercusiones pueden ir más allá de una generación.

No es una guerra contra las drogas, es una defensa de nuestra mente.

Bertha K. Madras

Escuela de Medicina de Harvard ²

El adicto también afecta a quienes lo aman

El origen de la familia se basa en la dependencia del recién nacido de algún adulto, su madre generalmente, para sobrevivir; sin embargo, en décadas recientes su concepto va más allá del modelo tradicional (madre, padre e hijos) y se ha ampliado para incluir las diferentes variaciones como S. T. Gladding lo define: “personas que se relacionan de manera biológica y/o psicológica, mantienen vínculos históricos, emocionales o económicos, y se perciben como parte de un hogar”.³ Estos lazos tan estrechos impactan en la salud y en la enfermedad, de ahí que la adicción, que en sí misma devasta a la persona que la contrae, también lo hace con los más cercanos a ella.

2. Ureste, M. y *Animal Político* (enero 26 de 2016). *Las frases de los expertos a favor y en contra de la legalización de la marihuana en México*. Consultado el 9 de marzo de 2020 en <https://www.animalpolitico.com/2016/01/las-frases-de-los-expertos-a-favor-y-en-contra-de-la-legalizacion-de-la-marijuana-en-mexico/>

3. Gladding, S. (2007). *Family therapy, history, theory and practice*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson-Merrill Prentice Hall.

Gracias a diferentes investigaciones, se sabe que la adicción es “una enfermedad médica crónica tratable que involucra interacciones complejas entre los circuitos cerebrales, la genética, el medio ambiente y las experiencias de vida de un individuo, quien consume sustancias o adopta comportamientos que se vuelven compulsivos y que a menudo continúan a pesar de las consecuencias dañinas”,⁴ lo que implica la influencia de la familia en la prevención, el inicio y desarrollo del padecimiento, así como en la recuperación de éste.

La prevención de la adicción, es decir, todo aquello que impida que la enfermedad se produzca, comprende factores de riesgo y de protección. Mientras los primeros son aquellos que aumentan la probabilidad de que se contraiga la enfermedad, los segundos al contrario, la disminuyen.

El medio ambiente y los riesgos

Los factores de riesgo y de protección de acuerdo al ámbito en que se producen pueden ser individuales, familiares, de amistades, escolares y comunitarios. En este caso, conviene hacer énfasis en los relacionados con la familia.

Un vínculo fuerte entre padres e hijos, la participación de aquéllos en su vida y los límites claros, disminuyen que los jóvenes em-

4. *American Society of Addiction Medicine* (septiembre 15 de 2019). Consultado el 25 de octubre de 2020 en <https://www.asam.org/>

piecen a experimentar con alcohol y otras drogas,⁵ por ello se consideran factores de protección propios de la familia. En cambio, en cuanto a factores de riesgo, existen estudios que identifican patrones de comportamiento⁶ recurrentes que favorecen el inicio del contacto con drogas, como la sobreprotección materna hacia el posible consumidor (o consumidora), un parente distante, ausente, castigador, autoritario y/o violento, así como un hermano parentalizado.

Por otro lado, en el documento citado (Rees, Reginald y Valenzuela, Alejandra, 2003) también se menciona que la ausencia de normas sobre el uso de drogas, ausencia o inconsistencia en la disciplina, bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, los conflictos entre los padres y el adolescente, y el consumo de alcohol por parte del parente son también factores de riesgo.

El buen ejemplo, obligación de los padres

El consumo de alcohol y/u otras drogas por parte de los padres es una constante en los adolescentes también consumidores, lo cual es lógico por diferentes motivos. El abuso de alcohol por parte de algunos de sus miembros, implica que la familia desarrolle

5. NIDA. 2020, mayo 25. *¿Cuáles son las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el abuso de drogas en el futuro?* Consultado el 25 de octubre de 2020 en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-las-se>

6. Rees, Reginald y Valenzuela, Alejandra (2003). "Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana" en *Revista chilena de neuro-psi-quiatria*, 41(3), pp. 173-186. Consultado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000300002>

conductas adaptativas para mantener la estabilidad, como evitar hablar de lo que sucede, de sentimientos o emociones y no confiar en los demás, como si lo vivido dentro de casa fuera único y nadie más pudiera entenderlo.

La experta en el estudio de familias con miembros que son adictos a alcohol y otras drogas y las consecuencias en las siguientes generaciones, Claudia Black,⁷ afirma que en estos hogares se establecen tres reglas: “No hablar, no sentir y no confiar”.⁸

Tres reglas que hacen daño y confunden

- No hablar se alimenta a través del miedo y el control e inicia con la racionalización y justificación del consumo (por ejemplo: “es joven”, “a cualquiera le pasa”, “no es tan frecuente”, etcétera) hasta que éste se normaliza o se convierte en un tema que no es posible tocar, como un escudo ante las heridas que se han producido por esta situación y con la fantasía de que eventualmente desaparezca. Ante estas conductas, niñas y niños optan por guardar silencio, pues no saben cómo compartir lo que piensan o sienten, incluso pueden llegar a dudar de ello, situación que se puede prolongar a lo largo de la vida, aunque ya no se viva con la persona con problemas de adicción.
- No confiar es consecuencia lógica de la situación. La persona que ingiere alcohol y/u otras drogas atrae toda la atención, demanda más tiempo y que la familia esté continuamente atendiendo

7. <https://www.claudiablack.com/>

8. Black, C. (2019). *It will never happen to me: growing up with addiction as youngsters, adolescents, and adults*. Las Vegas: Central Recovery Press.

emergencias relacionadas como accidentes, problemas de salud, escolares o legales. Todo ello impide que niños y niñas reciban la seguridad y atención que les genere confianza, además de que no pueden tener certeza con respecto a situaciones tan simples como la celebración de cumpleaños o un viaje, de ahí que se comporten de manera suspicaz y desconfiada, lo que asumen como normal en su juventud y adultez.

- No sentir es la norma para evitar el dolor y alimentar la fantasía de la desaparición del consumo, lo que en el niño se traduce como incapacidad para expresar y compartir sus sentimientos, de hecho es reprimir como respuesta ante una situación desesperada.

Otros mandatos nocivos que menciona Black son:

- No pienses acerca de lo que sucede, no preguntes qué sucede. Solo haz lo que se te indica o lo que “debes” (“adivina lo que se requiere de ti”) que es confuso para niños y adolescentes.
- No pidas nada ni lo esperes, porque no eres importante (es la enfermedad la que acapara todo).
- No juegues, madura, en esta casa resolvemos y atendemos crisis, no hay tiempo que perder en el ocio.

Para escapar de la realidad

Todo ello producto de una enfermedad crónica que involucra no solo la salud física sino mental y emocional del doliente y de todos

los que lo rodean, y en la cual lo que ayuda a veces se considera deslealtad (como poner límites respecto al consumo u otras situaciones, evitar la facilitación,⁹ pedirle a la persona que se retire de la casa si no se atiende o ingiere drogas dentro de casa). Además, la adicción impide el desarrollo de habilidades socioemocionales de los miembros de la familia, favorece actitudes codependientes¹⁰ y también el consumo de los jóvenes como una alternativa para escapar de la situación en casa, anestesiar el dolor o enfrentar su realidad.

Por supuesto, que la enfermedad familiar, al igual que la individual, no aparece de un momento a otro, sino que progresá poco a poco, hasta que la persona con adicción y su familia se ven envueltas en caos, dolor, frustración e impotencia, y las pérdidas materiales, emocionales y éticas se han acumulado tanto que es imposible seguir negando que existe el padecimiento. Desafortunadamente, en ocasiones, pasa mucho tiempo antes de recibir ayuda y atención profesional, así, el impacto es mayor y la recuperación se dificulta.

9. La facilitación o las conductas facilitadoras son términos propios de la intervención en adicciones y se definen como comportamientos que favorecen que el consumo de sustancias psicoactivas continúe, como prestar dinero para que pague deudas, llamar al trabajo y dar excusas por sus inasistencias (cuando la razón está relacionada con su abuso de drogas), permitir la ingesta en casa, etcétera, y que en términos de la Organización Alcohólicos Anónimos, le impide "tocar fondo", que es la realidad que la persona requiere para solicitar ayuda para dejar el alcohol y/u otras drogas e iniciar un cambio de estilo de vida.

10. Se denomina codependencia al patrón de ayuda a los demás, sin importar si es útil, se lo han solicitado o pone en riesgo su integridad física o mental, además de baja autoestima, falta de límites con respecto al resto de las personas, espíritu de "sacrificio" (aunque no se requiera), negación de las necesidades y los deseos propios, perfeccionismo y problemas de control.

Padres adictos, hijos en riesgo

Se mencionó en párrafos anteriores al consumo de alcohol y/u otras drogas por parte de los padres como factor de riesgo, para que los jóvenes se inicien en ello. Por desgracia, no solo impacta en este comportamiento, también en la reacción del sistema familiar para mantener la estabilidad a toda costa, y que comprende las reglas que refiere la médica Black.¹¹

No eres responsable de todo lo que no funciona y todo lo que funciona no es una coincidencia.

Janet Woititz

Características de hijos de padres adictos

Crecer en un hogar donde la adicción ha estado presente, implica desarrollar mecanismos para enfrentar la realidad, los cuales después forman parte de la personalidad aunque sea de manera inconsciente y ya no tengan razón de ser ni sean útiles. La autora Janet Woititz describe características¹² presentes en los hijos adultos de padres alcohólicos, entre las cuales destacan:

- No saber lo que es un comportamiento normal (porque en su casa no lo hubo).
- Dificultad para concluir un proyecto.

11. Black, C. *Op. cit.*

12. Woititz, J. (2010). *Adult Children of Alcoholics: Expanded Edition*. Florida, Health Communications, Inc.

- Mentir cuando sería tan fácil decir la verdad.
- Juzgarse a sí mismo sin piedad.
- Dificultad para divertirse.
- Tomarse demasiado en serio.
- Dificultad para tener relaciones de verdadera intimidad.
- Sobrerreaccionar ante cambios en los que no tienen control (una sorpresa por ejemplo).
- Buscar constantemente aprobación y afirmación.
- Sentirse diferentes a los demás.
- Ser en extremo responsable o irresponsable (sin términos medios).
- Ser leales, aun cuando esa lealtad no es merecida.
- Ser impulsivos.

Entorno saludable elude las adicciones

Cabe mencionar que estos rasgos se presentan también en hijos de padres incapaces de serlo por diferentes razones (por ejemplo, una enfermedad mental). Lo cierto es que estos patrones de conducta inhiben el sano desarrollo de las personas e incluso pueden propiciar el consumo de alcohol o drogas. Por ejemplo, si hay dificultad para divertirse, estos adultos encontrarán en el alcohol u otra droga, una manera de hacerlo, lo cual puede convertirse en una puerta para el abuso de sustancias o la dependencia, aunado a la predisposición genética¹³ que se ha demostrado en diferentes investigaciones.

13. Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., Begleiter, H. *et al.* "Familial Transmission of Substance Dependence: Alcohol, Marijuana, Cocaine, and Habitual Smoking: A Report From the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism en Arch Gen Psychiatry. 1998; 55(11), pp. 982-988. doi:10.1001/archpsyc.55.11.982

Conviene recalcar aquí que esta condición no determina al individuo y que la epigenética ha comprobado que si el ambiente es saludable y protector, la probabilidad de contraer la dependencia disminuye de manera significativa.

Aunados a la genética, los rasgos de personalidad, se encuentran los patrones de interacción —como *no hablar, no sentir y no confiar*—, que los *sobrevivientes* llevan consigo a su familia nuclear. Y si conforman una pareja con una persona con un bagaje similar, el desarrollo de sus hijos se verá severamente afectado y seguro incluirá factores de riesgo como falta de límites (debido a que sus padres carecen de una perspectiva sobre lo que es normal) o de vínculos fuertes con sus padres (porque éstos tienen dificultades para establecer relaciones de intimidad), sin mencionar si alguno de los dos desarrolla alcoholismo o adicción a otras drogas.

Intervención: cómo ayudar a quien no quiere ser ayudado.

Vernon Johnson

Enfrentar el pasado

Desafortunadamente, al igual que con las personas que desarrollan dependencia al alcohol y/u otras drogas, los hijos adultos tampoco reciben atención especializada a tiempo, debido a que en su familia de origen, la adicción era prioritaria y al salir de ella, lo único que desean es olvidar el pasado, sin saber que necesitan enfrentarlo, redefinirlo y ser conscientes de los patrones que deben modificar para vivir mejor.

En el “Libro Grande” de Alcohólicos Anónimos se menciona el término “tocar fondo”, que se ha acuñado para referirse al punto en que es tanto el dolor de la enfermedad, que la persona con dependencia a alguna sustancia psicoactiva, decide buscar ayuda. Estos fondos de sufrimiento tradicionalmente han sido la cárcel, el hospital psiquiátrico o la muerte. Sin embargo, existen alternativas para “elevar esos fondos” y evitar que la enfermedad cause estragos irreversibles en la persona, y una estrategia para ello es la intervención, originalmente diseñada por Vernon Johnson, la cual tiene por objetivo mostrarle a quien la padece las consecuencias de la adicción sin que haya lugar a dudas, y ofrecerle alternativas de tratamiento con el apoyo de las personas que tengan buena relación con ella, además de ascendencia.

Buscar ayuda en beneficio del enfermo

La progresión de la enfermedad sucede en el paciente como en su familia, tanto la negación como las actitudes facilitadoras. También, el dolor y la frustración aumentan a tal grado que pueden provocar que alguien del núcleo familiar busque ayuda, y es entonces cuando un profesional puede preparar la técnica de intervención que incluye una breve formación para los familiares acerca de la adicción, la elaboración de textos con datos específicos de las consecuencias de la adicción (por ejemplo, el martes pasado no llegaste a tiempo a mi fiesta de cumpleaños, cuando lo habías prometido, y después, lo hiciste intoxicado) y ensayo de la sesión, en la que se informa de la

realidad al paciente, en un tono de cariño y preocupación, pero con firmeza, para que decida acceder a recibir tratamiento.

Esta estrategia es muy común, pero requiere de preparación y un profesional que la conduzca, para que sea exitosa y cumpla con su propósito. No obstante, si no hubiera una respuesta positiva de parte de la persona *intervenida*, sí puede ser el primer paso para la recuperación de sus familiares.

Si la persona accede al tratamiento, indiscutiblemente éste debe incluir una intervención familiar integral. Es decir, comenzar por un diagnóstico de funcionamiento familiar, con base en jerarquías, alianzas, coaliciones, niveles de involucramiento y conflicto, así como límites existentes.

Una vez hecho lo anterior, el tratamiento debe incluir una etapa psicoeducativa para que los familiares involucrados aprendan sobre las adicciones.

Si una persona se pone bien, toda la situación mejora.

VIVIENDO CON UN ALCOHÓLICO SOBRIOS

Literatura de Grupos de Familia Al-Anon

Aprender sobre las adicciones

- La adicción como enfermedad crónica, que no causaron, no controlan y no pueden curar, pero que sí los afecta.
- Las conductas facilitadoras de consumo.
- Las etapas de rehabilitación tanto individual como familiar.
- La familia desde un punto de vista sistémico.

- Identificación y expresión adecuada de emociones.
- Herramientas de comunicación asertiva.

De igual manera, la terapia familiar debe ser un elemento indispensable en la intervención, puesto que la evidencia científica sostiene que la terapia favorece el compromiso y el apego al tratamiento para consumidores de sustancias, así como una mejora en las relaciones familiares y en el pronóstico del residente/paciente.¹⁴

La importancia de la terapia familiar

Es claro que no solo el paciente/residente debe realizar cambios en su estilo de vida, también la familia y es la terapia la que puede promover que se lleven a cabo estas modificaciones de tipo intrapersonal, interpersonal y ambiental, no solo para apoyar la rehabilitación y/o reinserción social del paciente identificado, sino para prevenir el abuso de sustancias entre otros miembros o en otras generaciones.¹⁵

La terapia familiar es un espacio seguro en el que se rompe el silencio típico en estos casos y permite hablar de los efectos del consumo de sustancias en el sistema, así como otros problemas. Además, contribuye a redefinir las jerarquías, especialmente en el caso del liderazgo de los padres o tutores para definir límites, que

14. Center for Substance Abuse Treatment. "Substance Abuse Treatment and Family Therapy" en *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, núm. 39. DHHS Publication núm. (SMA) 04. 3957. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004. Consultado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64265/>

15. *Ibid.*



por lo general son confusos. A partir de estos dos puntos, es posible la reorganización de la familia de manera más funcional, en la que quede claro cómo pueden evitar la *facilitación* del consumo, asumir sus responsabilidades e iniciar nuevos comportamientos para estilos de vida saludables.

YO PUEDO CAMBIARME A MÍ MISMO.

A otros, solo puedo amarlos.

Familias Anónimas

Resultados favorables

La terapia familiar puede complementarse con terapia individual o de pareja, según se requiera. En la medida en que se atienda a los miembros involucrados en estos diferentes niveles, se favorece el pronóstico tanto para ellos como para el paciente.

Por otro lado, en algunos modelos de tratamiento, se contempla terapia grupal para los familiares que es conducida por uno o dos terapeutas familiares, cuyo objetivo es compartir experiencias similares y buscar alternativas de solución para problemas en común.

Finalmente, conviene mencionar otro pilar en la rehabilitación familiar: los grupos de los 12 pasos que se basan en apoyo mutuo mediante reuniones grupales, las cuales son autogobernadas por personas que tienen una preocupación en común. Entre los más conocidos están Al-Anon y Familias Anónimas.

En los 12 pasos está la solución

Si bien es cierto que las terapias individual, de pareja y familiar son un gran apoyo en el proceso de rehabilitación de las adicciones, también lo es que un muy buen complemento es la asistencia habitual a los grupos de ayuda mutua, los cuales permiten adquirir otra dimensión de la enfermedad y compartir con otras personas lo que sucede, además de alternativas para vivir mejor como es la filosofía de los 12 pasos.

Con base en el contenido de este capítulo sobre “Familia y adicciones”, se puede concluir lo siguiente:

Las conductas adictivas afectan a todos

- La familia influye en la prevención, el inicio y desarrollo de conductas adictivas. Si bien es cierto que la dependencia a sustancias psicoactivas es una enfermedad de carácter multifactorial, también lo es que el ambiente familiar es uno de los factores relacionados.
- La adicción es una enfermedad que no solo afecta a quien la padece, sino también a sus seres más cercanos, quienes desarrollan conductas para hacer frente a un mal que les causa dolor, impotencia, desconcierto y temor, entre otros sentimientos.
- La familia no causa, no controla ni cura la adicción, pero sí puede intervenir para propiciar un cambio en quien la padece.
- El tratamiento familiar favorece el apego a tratamiento y el pronóstico de recuperación del paciente con dependencia a sustancias.

- Los adultos que crecieron en familias con problemas de adicción requieren apoyo psicoterapéutico y/o de grupos de autoayuda, para revisar el pasado e identificar aquellas conductas que ya no les son útiles e incluso ahora son perjudiciales, para que puedan entablar relaciones satisfactorias y ser buenos padres.

Un procedimiento positivo

El tratamiento a la familia con adicción aumenta la posibilidad de que el paciente también reciba atención y se recupere, y significa una oportunidad para que las siguientes generaciones tengan una mejor calidad de vida.



Genes y alcoholismo: Una revisión

Genes and Alcoholism: A review

Marc A. Schuckit

1. Este capítulo apareció originalmente en el *Diario de estudios de alcohol y medicinas* con la siguiente referencia: Schuckit, M. A.: "Una breve historia de investigación en la genética de alcohol y desórdenes de consumo de drogas para el 75 aniversario del *Diario de estudios de alcohol y medicinas*". *Diario de Estudios de Alcohol y Medicinas*, Suplemento 17, 59-67, 2014 y es publicado aquí con el permiso del diario original.

Esta investigación fue apoyada por Institutos Nacionales del Instituto de la Salud / Instituto Nacional de Subvenciones del Alcoholismo y Abuso del Alcohol 5U10AA08401, 5R01AA005526, 5R01AA015760 y 1R01AA021162.

1. This chapter originally appeared in the *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* as Schuckit, M.A.: A brief history of research on the genetics of alcohol and drug use disorders for the 75th anniversary of the *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supplement 17, 59-67, 2014 and is published here with the permission of the original journal.

This research was supported by National Institutes of Health/National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Grants 5U10AA08401, 5R01AA005526, 5R01AA015760, and 1R01AA021162.

Introducción: situando los hallazgos actuales en una perspectiva histórica

En los últimos 50 años se ha progresado tanto en la búsqueda de genes relacionados con el alcohol y otros desórdenes en el consumo de drogas, que es difícil elegir las conclusiones más relevantes para esta amplia descripción. Después de meditarlo, mi enfoque se centrará en el alcohol, porque los datos genéticos más abundantes han sido publicados en torno a los desórdenes en el uso de alcohol (DUA, a menudo informalmente referidos como alcoholismo). Esa alta persistencia en los estudios aconteció porque el alcohol es la droga de abuso más frecuente, y reflejo de que los problemas con él ocurren fuertemente a través de generaciones dentro de las familias. Más detalles en cuanto a influencias genéticas en el abuso de otras sustancias pueden hallarse en diversas fuentes (Bierut, 2011; Edenberg, 2011; Lessov-Schlaggar *et al.*, 2012; Mayfield *et al.*, 2008; Olfson y Bierut, 2012; Schuckit, 2009; Xian *et al.*, 2008; Yan *et al.*, 2013).

La era moderna de estudios genéticos en cuanto al alcohol y otros problemas relacionados con las drogas comenzó con la observación de que los problemas de alcohol se agrupan en familias (revisado por Cotton, 1979; Goodwin, 1979, 1985, 1989). Sin embargo, la influencia familiar, aunque es un primer paso clave en la consideración de que los factores genéticos que intervienen sí podrían ser importantes, no se manifiesta si el vínculo familiar está relacionado con los genes, el ambiente o la combinación de dichos factores.

La distinción entre la importancia de los genes y/o el medio ambiente para estas condiciones fue dirigida, posteriormente, a través de dos enfoques principales. En primer lugar, habiendo establecido de

Introduction: Placing the Current Findings in Historical Perspective

In the last 50 years, so much progress has been made regarding the search for genes relating to alcohol and other drug use disorders that it is difficult to choose which findings are most relevant to this broad overview. After some thought, my focus here will be on alcohol because the most plentiful genetic data have been published on alcohol use disorders (AUDs, often informally referred to as alcoholism). That high intensity of studies occurred because alcohol is the most prevalent drug of abuse and reflecting the fact that problems with alcohol run strongly across generations within families. More detail regarding genetic influences for other substances of abuse can be found elsewhere (Bierut, 2011; Edenberg, 2011; Lessov-Schlaggar et al., 2012; Mayfield et al., 2008; Olfson and Bierut, 2012; Schuckit, 2009; Xian et al., 2008; Yan et al., 2013).

The modern era of genetic studies regarding alcohol and other drug-related problems began with observations that alcohol problems cluster in families (reviewed by Cotton, 1979; Goodwin, 1979, 1985, 1989). However, a familial influence, although a key first step in considering whether genetic factors might be important, does not demonstrate whether the familial link relates to genes, environment, or their combination.

The distinction between the importance of genes and/or environment for these conditions was next addressed primarily through two approaches. First, having established a three- to four-fold increased risk for AUDs in relatives of alcoholics (Goodwin, 1989), studies evaluated if this enhanced risk for alcohol

tres a cuatro como mayor riesgo por DUA en familiares de alcohólicos (Goodwin, 1989); los estudios evaluaron si este riesgo cobra relevancia en torno a problemas de alcohol observados en hijos de alcohólicos, aun si el descendiente hubiera sido separado de manera temprana de algún parente alcohólico. El primer esfuerzo en esta área evaluó a una pequeña muestra de hijos de alcohólicos y sujetos de control que se convirtieron en hijos adoptivos a distintas edades, quienes fueron estudiados a los 20 años; el autor reportó pocas diferencias notables entre los grupos (Roe, 1944). Sin embargo, tanto la pequeña muestra como los problemas metodológicos no arrojaron conclusiones definitivas. Posteriormente, un estudio más amplio que se centró en los medios hermanos de familias de alcohólicos y sujetos de control halló que, sobre 154 individuos, los resultados adversos del alcohol en el descendiente se relacionaban más estrechamente con el alcoholismo de un parente biológico que con los problemas de alcohol de los padres de crianza (Schuckit *et al.*, 1972). Este artículo fue publicado, aproximadamente, al mismo tiempo que varios estudios sobre adopción en Estados Unidos de América, Dinamarca y Suecia, y confirmó un riesgo tripe, o mayor, de alcoholismo en hijos de alcohólicos adoptados y criados por no alcohólicos, aunque las pruebas fueron menos concluyentes en torno a hijas de alcohólicos (Goodwin *et al.*, 1973, 1974, 1977). Una investigación comparó los resultados relacionados con el alcohol en hijos de alcohólicos criados en sus familias originales con los de sus hermanos que habían sido adoptados, encontrando tasas similares de problemas de alcohol en ambos (Goodwin *et al.*, 1974).

Los estudios de gemelos también fueron útiles en la distinción entre influencias genéticas y ambientales en el alcoholismo. Este enfoque aprovecha el hecho de que aunque los gemelos comparten 100% de sus

problems observed in children of alcoholics was seen even if the offspring had been separated from any alcoholic parent early in life. The first effort in this area evaluated a small sample of children of alcoholics and controls who became foster children at various ages and who were studied in their 20s; the author reported few notable differences between the groups (Roe, 1944). However, the small sample and methodological problems did not allow for definitive conclusions. Later, a larger study focusing on half-siblings from families of alcoholics and controls reported on 154 subjects, finding that adverse alcohol outcomes in offspring related more closely to alcoholism in a biological parent than alcohol problems in the parents of upbringing (Schuckit et al., 1972). This article was published at about the same time as several large adoption studies from the United States, Denmark, and Sweden, which confirmed the three-fold or higher increased risk for alcoholism in sons of alcoholics adopted away and raised by nonalcoholics, although less conclusive evidence was found for daughters of alcoholics (Goodwin et al., 1973, 1974, 1977). One investigation compared alcohol-related outcomes in sons of alcoholics raised in their original families with outcomes for their brothers who had been adopted out, finding similar rates of alcohol problems in both brothers (Goodwin et al., 1974).

Studies of twins were also useful in distinguishing between genetic and environmental influences in alcoholism. This approach takes advantage of the fact that although identical twins share 100% of their genes, fraternal twins share only 50% (the same as any full siblings). Because twin pairs are usually raised together in the same homes and experience the same childhood life events at

genes, los mellizos comparten solo 50% (lo mismo que cualquier hermano completo). Como los hermanos gemelos son por lo general criados juntos en las mismas casas y experimentan los mismos acontecimientos infantiles en los mismos años, un nivel más alto de similitud para un diagnóstico entre aquellos idénticos comparado con mellizos indica que los factores genéticos probablemente contribuirían al desarrollo del desorden, más allá del efecto del entorno infantil. Los estudios de gemelos fueron realizados en Estados Unidos de América, Finlandia, Suecia y Reino Unido (Gurling *et al.*, 1984; Hrubec y Omenn, 1981; Kaji, 1960; Kendler *et al.*, 1994; Murray *et al.*, 1983; Partanen *et al.*, 1977), y casi todos respaldaron una influencia genética en el alcoholismo en una proporción estimada del riesgo explicado por genes aproximadamente de 40 a 60% (Edenberg, 2011; Kendler *et al.*, 2012). Se observaron estudios similares con resultados análogos respecto a otros problemas relacionados con las drogas (Bierut, 2011; Tsuang *et al.*, 1996).

A continuación, los investigadores buscaron identificar genes específicos que contribuyan al riesgo en estas condiciones. Un paso importante era identificar algunas características genéticamente influidas, también referidas como fenotipos, en los cuales probablemente impactarían los genes. Uno de estos fenotipos se asoció con un menor riesgo de DUA, pero no tenía relación con otros desórdenes en el abuso de sustancias (DAS): un rubor de piel intenso después de beber, relacionado con diversas variaciones en enzimas al metabolizar el alcohol, tuvo que ver con una mayor sensibilidad a la bebida. Este fenómeno había sido observado durante siglos en bebedores asiáticos (japoneses, chinos y coreanos) y las enzimas involucradas fueron identificadas en los años setenta (Bosron *et al.*, 1980; von Wartburg, 1980). Un segundo fenotipo, relacionado con un alto riesgo tanto para DUA como para

the same ages, a higher level of similarity for a diagnosis among identical compared with fraternal twins indicates that genetic factors were likely to have contributed to the development of the disorder, above and beyond the effect of the childhood environment. Twin studies were carried out in the United States, Finland, Sweden, and the United Kingdom (Gurling et al., 1984; Hrubec and Omenn, 1981; Kaji, 1960; Kendler et al., 1994; Murray et al., 1983; Partanen et al., 1977), and almost all supported a genetic influence in alcoholism with an estimated proportion of the risk explained by genes of about 40% to 60% (Edenberg, 2011; Kendler et al., 2012). Similar studies with similar results were seen for other drug-related problems (Bierut, 2011; Tsuang et al., 1996).

Investigators next turned to methods for identifying specific genes that contribute to the risk for these conditions. An important step was to identify some genetically influenced characteristics, also referred to as phenotypes, on which genes were likely to impact. One such phenotype was associated with a decreased risk for AUDs but was unrelated to other SUDs: an intense skin flush after drinking related to several variations in alcohol metabolizing enzymes that were associated with an enhanced sensitivity to alcohol. This phenomenon had been observed for centuries in Asian drinkers (Japanese, Chinese, and Koreans), and the enzymes involved were identified in the 1970s (Bosron et al., 1980; von Wartburg, 1980). A second phenotype, one that related to an enhanced risk for both AUDs and SUDs, was the long-known association between substance-related problems and impulsive behaviors (Dick et al., 2006; Schuckit et al., 1970; Slutske et al., 1998). Impulsivity involves a pattern of making decisions with-

DAS, fue el antiguamente conocido vínculo entre los problemas de abuso de sustancias y los comportamientos impulsivos (Dick *et al.*, 2006; Schuckit *et al.*, 1970; Slutske *et al.*, 1998). La impulsividad implica un patrón para tomar decisiones sin pensar en las consecuencias y probablemente esté relacionado con la dificultad para aprender de problemas anteriores y evitar complicaciones posteriores. Las características subyacentes están potencialmente relacionadas con la búsqueda de sensaciones y la desinhibición fisiológica del comportamiento, que contribuyen a lo que fue descrito como subtipos del tipo B y el tipo 2 de alcoholismo que tienen que ver con un inicio temprano de alcoholismo y otros problemas de drogas, y una trayectoria clínica severa (Babor *et al.*, 1992; Cloninger, 1987). La tercera característica genéticamente relacionada afecta el riesgo de DUA pero no de DAS, y corresponde a un bajo nivel de respuesta (bajo NR o bajo nivel de sensibilidad) a los efectos de alcohol (Schuckit, 1980). Un cuarto fenotipo, relacionado tanto con DUA como con DAS, opera principalmente a través de varias condiciones psiquiátricas adicionales, como esquizofrenia y desórdenes bipolares (Schuckit, 2009; Yip *et al.*, 2012).

La búsqueda de genes específicos potencialmente relacionados con el alcohol y otros problemas de drogas entre 1970 y 2000 a menudo usaba estudios sobre el vínculo y la asociación (gen del candidato) (Agrawal *et al.*, 2008). El vínculo evalúa la herencia de un rasgo (o desorden como DUA) dentro de las familias, determinando si algunos marcadores genéticos (es decir, señales) espaciados a través de los 23 pares de cromosomas humanos son heredados con el rasgo. Este enfoque identifica regiones de cromosomas que pueden contener variaciones genéticas que afectan el riesgo de tener dicho rasgo y que son áreas potencialmente fructíferas para evaluar genes específicos. Estudios

out thinking of the consequences and is likely to relate to difficulties learning from earlier problems in order to avoid later difficulties. The underlying characteristics are potentially related to sensation seeking and behavioral/physiological disinhibition that contribute to what was described as Type 2 and Type B subtypes of alcoholism that are associated with an early onset of alcohol and other drug problems and a severe clinical course (Babor et al., 1992; Cloninger, 1987). The third genetically related characteristic affects the risk for AUDs but not SUDs and relates to a low level of response (low LR or low sensitivity) to the effects of alcohol (Schuckit, 1980). A fourth phenotype, one related to both AUDs and SUDs, operates through several additional major psychiatric conditions, such as schizophrenia and bipolar disorders (Schuckit, 2009; Yip et al., 2012).

The search for specific genes potentially related to alcohol and other drug problems between 1970 and 2000 often used linkage and association (candidate gene) studies (Agrawal et al., 2008). Linkage evaluates inheritance of a trait (or disorder like AUDs) within families by determining whether some gene markers (i.e., signposts) spaced across the 23 pairs of human chromosomes are inherited together with the trait. This approach identifies regions of chromosomes that may contain genetic variations affecting the risk for the trait and that are potentially fruitful areas to evaluate for specific genes. Association studies work to identify markers (or genes) that are more (or less) common in people with a trait than in those without. These studies sometimes begin by searching for genes that might be related to the trait (e.g., AUDs) by looking at genes that lie in chromosomal regions of interest high-

asociados trabajan para identificar señales (o genes) que son más (o menos) comunes en la gente con un rasgo, que en aquellos sin este. Estos estudios a veces comienzan buscando genes que podrían estar relacionados con el rasgo (p. ej., DUA) observando los que se encuentren en regiones cromosómicas de interés, destacadas en los análisis de vinculación. Más recientemente, los enfoques adicionales se han convertido en el modo principal para buscar condiciones relacionadas con variaciones genéticas con el DUA y el DAS (p. ej., Edenberg *et al.*, 2010; Ehlers *et al.*, 2010; Gelernter *et al.*, 2009). Estos nuevos protocolos, así como los resultados de vinculación y asociación, forman la base del estado actual de la técnica en las investigaciones genéticas sobre condiciones relacionadas con sustancias, como se describe en la siguiente sección.

Estudios actuales de factores genéticos y ambientales que contribuyen al DUA y al DAS

Los desórdenes en el uso de alcohol y otras drogas son típicos de influencias genéticas y condiciones psiquiátricas y médicas más complejas. Los genes contribuyen al riesgo, usualmente operando en el contexto de importantes características ambientales y de actitud (p. ej., Schuckit *et al.*, 2011, 2012b). Las influencias genéticas de desórdenes complejos no siguen las reglas propuestas por Mendel desde hace más de un siglo, pero operan a través de una serie de mecanismos con muchos genes que contribuyen a un rango de características (o fenotipos) genéticamente influidos. Por tanto, como brevemente se señaló con anterioridad, la búsqueda de genes puede simplificarse un poco si

lighted in linkage analyses. More recently, additional approaches have become the prominent mode for searching for gene variations related to conditions like AUDs and SUDs (e.g., Edenberg et al., 2010; Ehlers et al., 2010; Gelernter et al., 2009). These newer protocols as well as results from linkage and association studies form the basis for the current state of the art in genetic investigations into substance-related conditions, as described in the next section.

Current studies of genetic and environmental contributors to AUDs and SUDs

Alcohol and other drug use disorders are typical of most complex genetically influenced medical and psychiatric conditions. Genes contribute to the risk, usually by operating in the context of important environmental and attitudinal characteristics (e.g., Schuckit et al., 2011, 2012b). The genetic influences for complex disorders do not follow the rules proposed by Mendel over a century ago but operate through a series of mechanisms with many genes contributing to a range of genetically influenced characteristics (or phenotypes). Therefore, as briefly noted earlier, the search for genes can be simplified a bit if the focus is on specific phenotypes (such as the low sensitivity to alcohol) rather than the much more complex and heterogeneous AUD itself. Reflecting space limitations, this section briefly outlines data supporting only some of the range of current

el enfoque se concentra en fenotipos específicos (como la baja sensibilidad al alcohol) en lugar de hacerlo en torno del muy complejo y heterogéneo DUA. Reconociendo las limitaciones de espacio, esta sección describe brevemente los datos que respaldan solo algunos de los más actuales e interesantes métodos para estudiar influencias genéticas en diferentes fenotipos asociados al riesgo de DUA y DAS, define algunas aproximaciones recientes aplicadas a los desórdenes en el uso de sustancias y ofrece algunos ejemplos de resultados que representan los principales enfoques contemporáneos.

Estudios de asociación sobre los genes que influyen en los fenotipos del DUA y del DAS

Estos estudios buscan genes que se asocian o correlacionan con un fenotipo específico. Los efectos protectores de los DUA (pero no de los DAS) de algunas variaciones en los genes que producen las principales enzimas metabolizadoras del alcohol se conocen desde hace mucho tiempo y se mencionan brevemente más arriba (Beirut *et al.*, 2012; Eng *et al.*, 2007; Hubacek *et al.*, 2012; Lie *et al.*, 2011; Luckzak *et al.*, 2011). Un ejemplo es una mutación observada en alrededor de 40% de los asiáticos en el gen que produce la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH), responsable del metabolismo del primer producto de descomposición del alcohol, el acetaldehído. Si ambas copias de ese gen tienen la mutación (es decir, los individuos son homocigotos para la ALDH2-2, 2-2), incluso las dosis bajas de alcohol producen náuseas y vómitos severos y un intenso rubor de la piel, dando como resultado que el riesgo de DUA sea cercano a cero. Si la persona solo tiene una copia genética de la

interesting methods used to study genetic influences in different phenotypes associated with the risk for AUDs and SUDs, defines some recent approaches applied to the field of substance-related disorders, and offers some examples of results that represent the major current approaches.

"Association studies" regarding genes impacting on phenotypes for AUDs and SUDs

Association studies search for genes that are associated or correlate with a specific phenotype. The protective effects for AUDs (but not SUDs) from some variations in genes that produce the major alcohol-metabolizing enzymes have long been known and are briefly mentioned above (Bierut et al., 2012; Eng et al., 2007; Hubacek et al., 2012; Li et al., 2011; Luczak et al., 2011). One example is a mutation seen in about 40% of Asians in the gene producing the enzyme aldehyde dehydrogenase (ALDH) that is responsible for the metabolism of the first breakdown product of alcohol, acetaldehyde. If both copies of that gene have the mutation (i.e., the individuals are homozygotes for *ALDH2-2, 2-2*), even low doses of alcohol produce severe nausea and vomiting and an intense skin flush, with the result that the AUD risk is close to zero. If the person has only one genetic copy of the mutation (i.e., they are heterozygotes), his or her reaction to alcohol involves more minor symptoms such as a skin flush. Although many *ALDH-2* heterozygotes are drinkers, they tend to consume less per occasion than others of that ethnic/racial group and have a diminished AUD risk. Additional mutations can

mutación (es decir, son heterocigotos), su reacción al alcohol implica más síntomas menores como el enrojecimiento de la piel. Aunque muchos heterocigotos ALDH-2 son bebedores, tienden a consumir menos que otros de ese grupo étnico/racial y tienen un reducido riesgo de DUA. Pueden producirse mutaciones adicionales en los principales genes que metabolizan el alcohol en acetaldehído (formas de alcohol deshidrogenasa o ADH) con las formas enzimáticas resultantes conocidas como ADH1B-2 y ADH1C-1, que producen un enrojecimiento moderado de la piel en una reacción al alcohol que también se relaciona con un menor riesgo de DUA. Las funciones de estas variaciones genéticas se estudiaron originalmente a través de enfoques de vinculación y asociación (gen candidato), como se definió en la sección anterior.

Las variaciones en los genes que amplifican la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la desinhibición (ejemplos de conductas de externalización) aumentan el riesgo tanto para los DUA como para los DAS. Se han identificado múltiples genes relacionados con este aumento de riesgo mediante estudios de vinculación y asociación, incluidas diversas variaciones del receptor químico cerebral (neurotransmisor) del ácido gamma aminobutírico (por ejemplo, el gen del receptor GABRA2), genes relacionados con los receptores colinérgicos (por ejemplo, CHRNA5), varios genes relacionados con el metabolismo y los receptores de dopamina, y una forma de ADH que funciona principalmente con niveles elevados de alcohol en la sangre (ADH4) (Derringer *et al.*, 2010; Dick *et al.*, 2010, 2011, 2013; Edenberg *et al.*, 2006; Gelernter *et al.*, 2007). También se han identificado genes relacionados con la desinhibición mediante estudios de las características electrofisiológicas conexas, incluidas las variaciones genéticas del receptor GABRA2, otro receptor de una sustancia química cerebral más estimulante, el glutamato (GRM8),

occur in the major genes that metabolize alcohol to acetaldehyde (forms of alcohol dehydrogenase or *ADH*) with resulting enzyme forms known as *ADH1B-2* and *ADH1C-1* that produce a modest skin flush in a reaction to alcohol that also relates to a lower AUD risk. The roles for these gene variations were originally studied using linkage and association (candidate gene) approaches, as defined in the prior section.

Variations in genes that enhance impulsivity, sensation seeking, and disinhibition (examples of externalizing behaviors) increase the risk for both AUDs and SUDs. Multiple genes have been identified as related to this enhanced risk through linkage and association studies, including several variations of the receptors for the brain chemical (neurotransmitter) gamma aminobutyric acid (e.g., the *GABRA2* receptor gene), genes related to cholinergic receptors (e.g., *CHARNA5*), several genes relating to dopamine metabolism and receptors, and an *ADH* form that operates primarily at high blood alcohol levels (*ADH4*) (Derringer et al., 2010; Dick et al., 2010, 2011, 2013; Edenberg et al., 2006; Gelernter et al., 2007). Genes related to disinhibition have also been identified through studies of related electrophysiological characteristics including gene variations for the *GABRA2* receptor, another receptor for a more stimulating brain chemical, glutamate (*GRM8*), a receptor for muscarinic cholinergic brain activity (*CHRM2*), and a gene that influences how a potassium channel in brain cells relates to stimuli such as alcohol (*KCNJ6*) (Chen et al., 2012; Edenberg et al., 2004; Wang et al., 2004).

Recent association studies have highlighted gene variations potentially related to the low LR, or low sensitivity, to alcohol, the

un receptor de la actividad cerebral colinérgica muscarínica (CHRM2) y un gen que influye en la forma en que un canal de potasio de las células cerebrales se relaciona con estímulos como el del alcohol (KCNJ6) (Chen *et al.*, 2012; Edenberg *et al.*, 2004; Wang *et al.*, 2004).

En recientes estudios de asociación se han puesto de relieve variaciones genéticas potencialmente relacionadas con el bajo NR, o baja sensibilidad, al alcohol, que es el más estudiado de varios fenómenos diferentes relacionados con la reacción a esta sustancia (Newlin y Renton, 2010). El NR puede medirse mediante observaciones directas de la respuesta al alcohol a una determinada concentración de alcohol en la sangre o mediante un cuestionario retrospectivo que rastrea el número habitual de copas requeridas a través de cuatro efectos diferentes; el NR puede documentar por adelantado la trayectoria de un bebedor; predice el consumo excesivo posterior y los problemas de alcohol, pero no los DAS; y es en sí misma entre 40 y 60% genética (Chung y Martin, 2009; Quinn y Fromme, 2011; Schuckit y Smith, 2013; Schuckit *et al.*, 2012b). Los estudios han descrito las posibles asociaciones de esta menor sensibilidad al alcohol con una variación en una enzima metabolizadora del alcohol activa en el cerebro, CYP2E1 (Webb *et al.*, 2011), un gen que afecta la manera en que los canales de potasio de las células responden al alcohol (KCMNA1), variaciones en el gen de la proteína que afecta el modo en que el cerebro transporta la serotonina de vuelta a las células (SLC6A4), así como variaciones genéticas adicionales del complejo de receptores colinérgicos del cromosoma 15 (Choquet *et al.*, 2013; Joslyn *et al.*, 2008; Schuckit *et al.*, 2001, 2005; Wilhelmsen *et al.*, 2003). Los efectos sobre el consumo de alcohol en exceso de los genes que contribuyen al bajo NR también operan a través de varios eventos ambientales (por ejemplo, la relación con compañeros que beben en exceso y las reacciones

most thoroughly studied of several different phenomena related to the reaction to this substance (Newlin and Renton, 2010). LR can be measured through direct observations of the response to alcohol at a given blood alcohol concentration or through a retrospective questionnaire that records the usual number of drinks required across four different effects; LR can be documented very early in a person's drinking career; it predicts later heavy drinking and alcohol problems but not SUDs; and is itself 40%–60% genetic (Chung and Martin, 2009; Quinn and Fromme, 2011; Schuckit and Smith, 2013; Schuckit et al., 2012b). Studies have described the potential associations of this lower sensitivity to alcohol with a variation in an alcohol-metabolizing enzyme active in the brain, CYP2E1 (Webb et al., 2011), a gene that affects how potassium channels in cells respond to alcohol (*KCMNA1*), variations in the gene for the protein that affects how the brain transports the chemical serotonin back into cells (*SLC6A4*), as well as additional gene variations from the cholinergic receptor complex on chromosome 15 (Choquet et al., 2013; Joslyn et al., 2008; Schuckit et al., 2001, 2005; Wilhelmsen et al., 2003). The effects on heavier drinking for genes that contribute to the low LR also operate partly through several environmental events (e.g., associating with heavy drinking peers and reactions to stress), and the underlying mechanism may relate to a mild inefficiency in the amount of brain effort required to process some cognitive tasks (Paulus et al., 2012).

Specific genes related to psychiatric disorders associated with a high risk of both alcohol and other drug-related problems are best reviewed through further reading regarding genetic contributors to schizophrenia, bipolar disorder, and several additional psychi-

nes al estrés), y el mecanismo subyacente puede estar relacionado con una leve ineficiencia en la cantidad de esfuerzo cerebral necesario para procesar algunas tareas cognitivas (Paulus *et al.*, 2012).

La mejor manera de examinar los genes específicos relacionados con los trastornos psiquiátricos coligados con un alto riesgo de problemas concernientes al alcohol y otras drogas es a través de lecturas adicionales sobre los que contribuyen a la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otras afecciones psiquiátricas. Los detalles sobre estas complejas relaciones van más allá del enfoque de este trabajo. Sin embargo, los resultados recientes han resaltado una serie de variaciones genéticas que probablemente estén relacionadas con el riesgo de padecer trastornos por consumo de alcohol y otras drogas y algunas afecciones psiquiátricas. Entre ellas figuran las variaciones que afectan al receptor de la dopamina 2 (DRD2); el transportador de la dopamina (SLC6A3); genes adicionales relacionados con la serotonina; la enzima catecol-o-metil transferasa (COMT), responsable del metabolismo de varias sustancias químicas del cerebro; y las variaciones genéticas que afectan a los receptores de opiáceos (por ejemplo, OPRM1) (Bierut, 2011; Dick *et al.*, 2007; Olfson y Bierut, 2012).

Estudios de asociación del genoma completo relacionados con el DUA y el DAS

Los estudios de asociación genética discutidos hasta ahora se centran en cómo una o un número muy limitado de variaciones genéticas se relacionan con un fenotipo. En cambio, los estudios de asociación del genoma completo (EAGC, es decir, relacionados con el conjunto com-

atric conditions. Details about these complex relationships are beyond the scope of this review. However, recent results have highlighted a range of genetic variations likely to be related to the risk for alcohol and other drug use disorders and some psychiatric conditions. These include variations affecting the dopamine 2 receptor (DRD2), the dopamine transporter (SLC6A3), additional serotonin-related genes, the enzyme Catechol-O-Methyl Transferase (COMT) responsible for the metabolism of several brain chemicals, and gene variations that affect the opioid receptors (e.g., OPRM1) (Bierut, 2011; Dick et al., 2007; Olfson and Bierut, 2012).

Genome-wide association studies related to AUDs and SUDs

Genetic association studies discussed thus far focus on how one or a very limited number of gene variations relate to a phenotype. In contrast, genome- (i.e., related to the complete set of genetic material for an individual) wide association studies (GWASs) evaluate variations in genes across all chromosomes at once in an attempt to identify variations that are more (or less) common in people with a trait than in those without that phenotype (Manolio, 2010). These studies begin with no hypotheses regarding which genes are likely to prove to be important, and the analyses use single nucleotide polymorphism (SNP) variations in single positions (base pairs) in the large DNA sequences of base pairs. In this approach, more than 100,000 (sometimes more than a million) SNPs are evaluated for large groups of individuals (often tens of

pleto de material genético de un individuo) evalúan las variaciones de los genes en todos los cromosomas a la vez, en un intento por identificar las variaciones que son más (o menos) comunes en las personas con un rasgo que en las que no tienen ese fenotipo (Manolio, 2010). Estos estudios comienzan sin hipótesis sobre cuáles son los genes que probablemente resulten importantes, y los análisis utilizan variaciones del polimorfismo de un solo nucleótido (PSN) en posiciones únicas (pares de bases) en las grandes secuencias de ADN de los pares de bases. En este enfoque, se evalúan más de 100 mil (a veces más de un millón) PSN para grandes grupos de individuos (a menudo decenas de miles) compuestos por personas con y sin la característica que se está estudiando. Una desventaja de evaluar simultáneamente la relación de tantos PSN con una característica (por ejemplo, externalizando atributos, NR o DUA) es el nivel de relevancia estadística necesario para que un hallazgo se considere con altas probabilidades de ser significativo. En lugar de la probabilidad (*p*) de que un solo hallazgo sea importante de 5 en 100 (es decir, *p* < 0.05), en un EAGC un descubrimiento significativo debe tener menos de una posibilidad entre 100 millones de estar equivocado (es decir, 5×10^{-8}). Algunos estudios reportarán hallazgos de interés potencial con probabilidades de 10^{-5} a 10^{-7} , pero estos se consideran potencialmente interesantes pero no definitivos.

Aunque algunos resultados de los EAGC han sido impresionantes (por ejemplo, el descubrimiento de una variación genética relacionada con una degeneración del ojo, la degeneración macular; Klein *et al*, 2005), pocos resultados en el campo de los trastornos relacionados con las sustancias han sido tan enérgicos. Un hallazgo destacado de un EAGC informó de una relación entre los niveles de ingestión de alcohol con una variación en el gen candidato a la susceptibilidad al autismo 2 (AUTS2),

thousands) composed of people with and without the characteristic being studied. A downside of simultaneously evaluating the relationship of so many SNPs with a characteristic (e.g., externalizing attributes, LR, or AUDs) is the level of statistical significance required for a finding to be considered as highly likely to be meaningful. Instead of the probability (p) that a single finding is meaningful of 5 in a 100 (i.e., $p < .05$), in a GWAS a meaningful finding must have less than 1 chance in 100 million of being wrong (i.e., 5×10^{-8}). Some studies will report findings of potential interest with probabilities of 10^{-5} to 10^{-7} , but those are considered potentially interesting but not definitive.

Although a few GWAS results have been impressive (e.g., the discovery of a gene variation related to a degeneration of the eye, macular degeneration; Klein et al., 2005), few results in the substance-related disorders field have been as strong. One prominent finding from a GWAS reported an association of alcohol intake levels with a variation in the autism susceptibility candidate 2 (AUTS2) gene, with a p value of 10^{-8} (Schumann et al., 2011). Another large GWAS reported a finding on chromosome 2 in a region that other studies had suggested as potentially related to the LR to alcohol, some electrophysiological measures, and alcohol dependence ($p < 10^{-8}$), although the specific gene responsible for the finding has not been determined (Treutlein et al., 2009). Several other GWAS have highlighted a potential (i.e., $\sim 10^{-6}$) relationship to AUDs and SUDs for several gene variations originally cited in association studies, including several potassium channel genes, the μ opioid1 receptor (OPMR1), the dopamine 2 receptor (DRD2), an alcohol-metabolizing gene, and the cholinergic recep-

con un valor p de 10^{-8} (Schumann *et al.*, 2011). Otro extenso EAGC informó sobre un hallazgo en el cromosoma 2 en una región que otros estudios habían sugerido como potencialmente relacionada con el NR al alcohol, algunas medidas electrofisiológicas y la dependencia del alcohol ($p < 10^{-8}$), aunque no se ha determinado el gen específico responsable de dicho descubrimiento (Treutlein *et al.*, 2009). Muchos otros EAGC han puesto de relieve una relación potencial (es decir, $< 10^{-6}$) con los DUA y los DAS para diversas variaciones genéticas originalmente citadas en estudios de asociación, incluidos varios genes del canal de potasio, el receptor opioide1 μ (OPMR1), el receptor de la dopamina 2 (DRD2), un gen metabolizador del alcohol y el grupo de receptores colinérgicos del cromosoma 15 (Agrawal *et al.*, 2011; Biernacka *et al.*, 2013; Bierut, 2011; Olfson y Bierut, 2012). Por otra parte, este enfoque de amplio alcance y no basado en hipótesis también ha resaltado algunos genes potencialmente prometedores que no se han identificado en trabajos anteriores de vinculación o asociación y que tienen poca o ninguna relación lógica con el alcohol y otros trastornos del consumo de drogas.

Una variación del enfoque de los EAGC es centrar el trabajo en un conjunto limitado de vías cerebrales que podrían estar lógicamente relacionadas con el desarrollo de DUA o DAS. Estos denominados análisis de conjuntos genéticos o análisis de enriquecimiento de conjuntos genéticos, están más centrados que el enfoque habitual de los EAGC, pero siguen incorporando PSN de una amplia gama de genes (Biernacka *et al.*, 2013; Joslyn *et al.*, 2010). Dichos análisis han recalado la posible importancia de los genes relacionados con los receptores excitadores del cerebro (receptores de N-metil-d-aspartato [NMDA]), así como el posible impacto de los genes relacionados con los cuerpos cetónicos que intervienen en una reacción adversa al alcohol, y los conjuntos de

tor cluster on chromosome 15 (Agrawal et al., 2011; Biernacka et al., 2013; Bierut, 2011; Olfson and Bierut, 2012). On the other hand, this non-hypothesis-driven and broad brush approach has also highlighted some potentially promising genes that have not been identified in prior linkage or association work and that have little, if any, logical relationship to alcohol and other drug use disorders.

A variation of the GWAS approach is to center the work on a limited set of brain pathways that might logically be related to the development of AUDs or SUDs. These approaches, referred to as Gene Set Analyses or Gene Set Enrichment Analyses, are more focused than the usual GWAS approach but still incorporate SNPs from a wide range of genes (Biernacka et al., 2013; Joslyn et al., 2010). Such analyses have highlighted the potential importance of genes related to the more excitatory brain receptors (*N*-methyl-d-aspartate [NMDA] receptors), as well as the potential impact of genes relating to ketone bodies that are involved with an adverse reaction to alcohol, and gene sets representing a wide range of brain receptor systems.

In summary, GWAS and related approaches that incorporate a large number of chromosomal elements (SNPs) hold promise for adding useful information regarding specific genes that might contribute to both alcohol- and other drug-related problems. However, to be identified by the GWAS approach, the impact of the gene must be relatively strong, the statistical level of significance required is demanding, and it is likely that some important gene variations seen in a relatively small number of families are overlooked.

genes que representan una amplia gama de sistemas de receptores cerebrales. En resumen, los EAGC y los enfoques conexos que incorporan un gran número de elementos cromosómicos (PSN) son prometedores para añadir información útil sobre genes específicos que podrían contribuir a los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas. Sin embargo, para ser identificado por el enfoque de los EAGC, el impacto del gen debe ser considerablemente fuerte, el nivel estadístico de relevancia requerido es exigente, y es probable que se pasen por alto algunas variaciones genéticas importantes observadas en un número relativamente pequeño de familias.

La búsqueda de variantes genéticas raras y potencialmente relacionadas con el alcohol y otros problemas de drogas

Dado que los enfoques de los EAGC solo identifican variaciones genéticas relativamente comunes que posiblemente tengan efectos muy pequeños en el riesgo de una característica, algunos estudios han incluido un enfoque con el perfil opuesto de activos y pasivos. Las variaciones genéticas más raras con efectos más potentes son más difíciles de encontrar, pero podría valer la pena el esfuerzo (Bodmer y Bonilla, 2008; Edenberg, 2011). Un enfoque para encontrar estas raras variantes consiste en centrarse en genes prometedores de asociaciones anteriores y estudios relacionados. El gen pertinente se evalúa entonces en profundidad en un proceso llamado secuenciación, buscando variaciones en toda la secuencia de sus componentes básicos (pares de bases) a través del gen.



Searching for rare gene variants potentially related to alcohol and other drug problems

Because GWAS approaches only identify relatively common gene variations that are likely to have very small impacts on the risk for a characteristic, some studies have included an approach with the opposite profile of assets and liabilities. The more rare genetic variations with more powerful effects are more difficult to find but could be worth the effort (Bodmer and Bonilla, 2008; Edenberg, 2011).

One approach to finding these rare variants is to focus on promising genes from prior association and related studies. The relevant gene is then evaluated in depth in a process called sequencing, looking for variations in the entire sequence of its building blocks (base pairs) across the gene. In effect, the approach is based on a hypothesis that genes relevant to a specific trait or condition are likely to have many variations that occur relatively rarely in the general population but that have a large impact within specific families. Although this procedure has great promise and detailed sequencing of genes is now being carried out in many laboratories, it is too early to highlight specific and reliable results related to the SUDs.

Searching for genes by observing similarities in characteristics across species

Many of the association studies and several of the more focused variations of GWAS chose the specific genes or brain chemical sys-

En efecto, el enfoque se basa en la hipótesis de que los genes relacionados con un rasgo o una condición específicos tengan muchas variaciones que se producen con poca frecuencia en la población general, pero que tienen un gran impacto en familias específicas. Aunque este procedimiento es muy prometedor y la secuenciación detallada de los genes se está llevando a cabo actualmente en muchos laboratorios, es demasiado pronto para señalar resultados específicos y fiables relacionados con los DAS.

La búsqueda de genes a través de la observación de similitudes en las características de las distintas especies

Muchos de los estudios de asociación y diversas variaciones más enfocadas de los EAGC eligieron los genes específicos o los sistemas químicos del cerebro en los cuales centrarse observando los resultados a través de las especies. Este enfoque ha sido útil en lo que respecta al bajo NR al alcohol, ya que es probable que múltiples especies de animales (gusanos, ratas, ratones y monos) tengan subgrupos que difieren drásticamente en la intensidad con que responden al alcohol (por ejemplo, Barr *et al.*, 2003; Davies *et al.*, 2003). Un estudio relevante comenzó con datos de ratones y humanos que indicaban que una variación en un gen glicánico (GPC5) se relacionaba con el bajo NR al alcohol (Joslyn *et al.*, 2011). Los investigadores descubrieron que el gen similar de la *Drosophila* (moscas de la fruta) tenía una relación parecida con el NR. El GPC5 afecta la forma en que una célula modula su actividad eléctrica y las variaciones en el GPC5 están implicadas en los efectos del



tems on which to focus by looking at results across species. This approach has been useful regarding the low LR to alcohol, as multiple animal species (worms, rats, mice, and monkeys) are likely to have subgroups that differ dramatically on the intensity with which they respond to alcohol (e.g., Barr et al., 2003; Davies et al., 2003). One relevant study began with mouse and human data indicating that a variation in a glycan gene (*GPC5*) related to the low LR to alcohol (Joslyn et al., 2011). The investigators then found that the similar gene in *Drosophila* (fruit flies) had a similar relation to LR. *GPC5* affects how a cell modulates its electrical activity and variations in *GPC5* are implicated in the effects of alcohol (Joslyn et al., 2011). Another example of a similar cross-species approach identified a possible link of the *anaplastic lymphoma kinase* (*ALK*) gene to the sedating effects of alcohol across *Drosophila*, mice, and humans (Lasek et al., 2011). The cross-species approach for identifying genes potentially relevant to alcohol and other drug use disorders is still relatively new, but it holds promise.

Some additional approaches used in recent genetic studies

Other approaches being applied to enhance the understanding of genetic influences in the substance-related field include studies of copy number variants (CNVs). These represent duplications or deletions of runs of gene building blocks (base pairs) as part of an individual's genetic makeup (Lin et al., 2012). Although the clinical significance of CNVs has been debated in the alcohol and other

alcohol (Joslyn *et al.*, 2011). Otro ejemplo de un enfoque similar entre especies identificó un posible vínculo del gen del linfoma quinasa anaplásico (ALK, por sus siglas en inglés) con los efectos sedantes del alcohol en *Drosophila*, los ratones y los seres humanos (Lasek *et al.*, 2011). Este enfoque entre especies para identificar los genes potencialmente pertinentes a los trastornos del consumo de alcohol y otras drogas es todavía relativamente nuevo, pero promisorio.

Algunos enfoques adicionales utilizados en estudios genéticos recientes

Otros enfoques que se están aplicando para mejorar la comprensión de las influencias genéticas en el ámbito relacionado con las sustancias son los estudios de las variantes del número de copias (vnc). Estas representan duplicaciones o supresiones de series de bloques de construcción de genes (pares de bases) como parte de la composición genética de un individuo (Lin *et al.*, 2012). Aunque la importancia clínica de las vnc se ha debatido en el campo del alcohol y otras drogas, los estudios buscan vnc concretas que puedan estar asociadas con la dependencia del alcohol o fenómenos relacionados.

Otro enfoque esencial para la comprensión óptima de los efectos de los genes se denomina estudios de genética funcional. Estos ofrecen importantes conocimientos sobre cómo las variaciones genéticas afectan al desarrollo de rasgos o trastornos, incluidos los relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Esas investigaciones determinan, a nivel molecular, cómo operan las variaciones genéticas de las proteínas producidas por los genes, incluidas las enzimas y los recep-

drug field, studies are searching for particular CNVs that might be associated with alcohol dependence or related phenomena.

Another approach that is essential for optimal understanding of gene effects is referred to as functional genetic studies. These offer important insights into how gene variations affect the development of traits or disorders, including those related to alcohol and other drug use. Such investigations get down to the molecular level of determining how gene-based variations in the proteins made by genes, including enzymes and receptors, operate and, thus, offer great promise regarding potential future evaluations of new treatments and potential prevention approaches (Pochareddy and Edenberg, 2011).

A third interesting approach that is in its relative infancy regarding alcohol and other drugs includes a focus on factors that affect whether a gene is active or dormant. The phenomenon involved is known as epigenetics and occurs, at least in part, through a process of adding a chemical unit, a methyl group, to specific pairs of the DNA, which then affects gene expression (Bohacek et al., 2013). Such studies may give key insights into the functioning of the nervous system, memory formation, and how genes react to life events, including exposure to alcohol or other drugs (Franklin and Mansuy, 2010; Robinson and Nestler, 2011).

tores y, por tanto, son prometedoras en lo que respecta a posibles evaluaciones futuras de nuevos tratamientos y enfoques de prevención (Pochareddy y Edenberg, 2011).

Un tercer estudio interesante que se encuentra en etapa temprana con respecto al alcohol y otras drogas incluye un enfoque en los factores que afectan a si un gen está activo o inactivo. El fenómeno en cuestión se conoce como epigenética y se produce, al menos en parte, a través de un proceso de adición de una unidad química, un grupo metilo, a pares específicos del ADN, que luego afecta la expresión del gen (Bohacek *et al.*, 2013). Esos estudios pueden proporcionar conocimientos fundamentales sobre el funcionamiento del sistema nervioso, la formación de la memoria y la manera en que los genes reaccionan a los acontecimientos de la vida, incluida la exposición al alcohol u otras drogas (Franklin y Mansuy, 2010; Robinson y Nestler, 2011).

La óptima comprensión de las influencias genéticas requiere una evaluación de factores ambientales y de actitud

Al menos 40% del riesgo de desarrollar problemas relacionados con las sustancias recae en el medio ambiente y en las relaciones genético-ambientales. Utilizando un bajo NR al alcohol como ejemplo, los genes solo pueden contribuir a los problemas relacionados con el alcohol si una persona bebe, y aproximadamente la mitad del efecto genético está mediado por la selección de compañeros que beben mucho, las expectativas positivas sobre los efectos del alcohol, el estrés de la vida diaria y el uso del alcohol para hacer frente al estrés (Schuckit *et al.*, 2011, 2012b).



Optimal understanding of genetic influences requires evaluating environmental and attitudinal factors

At least 40% of the risk for developing substance-related problems rests with the environment and gene-environment relationships. Using the low LR to alcohol as an example, the genes can only contribute to alcohol-related problems if a person drinks, and about half the genetic effect is mediated through selecting heavy drinking peers, positive expectations of the effects of alcohol, life stresses, and using alcohol to deal with stress (Schuckit et al., 2011, 2012b). Knowing the mechanisms through which the predisposition operate can lead to programs to prevent the adverse alcohol outcomes associated with LR by addressing the environmental components related to that specific risk (Schuckit et al., 2012a).

Some concluding thoughts

Over the past 50 to 75 years, our field has developed methods and concepts that Mendel had probably never dreamed about. These advances have had a major impact on our understanding of the complexities involved in the ~60% of the risk for alcohol and other drug use disorders explained by genes. This review gives a bird's eye view of where the field of genetic influences in substance use disorders has been and our likely future directions. Research in this area has progressed through linkage and association genetic studies, participation in a range of GWAS, and current involvement in Gene Set En-

Conocer los mecanismos a través de los cuales opera la predisposición puede conducir a programas para prevenir los resultados adversos del alcohol asociados con el **NR**, abordando los componentes ambientales relacionados con ese riesgo específico (Schuckit *et al.*, 2012a).

Algunas reflexiones finales

Durante los últimos 50 a 75 años, nuestro campo ha desarrollado métodos y conceptos que Mendel probablemente nunca soñó. Estos avances han tenido un gran impacto en nuestra comprensión de las complejidades involucradas en el ~60% del riesgo de los desórdenes del uso de alcohol y otras drogas explicados por los genes. Esta revisión da una amplia visión sobre dónde ha estado el campo de las influencias genéticas en los trastornos por consumo de sustancias y nuestras probables direcciones futuras. La investigación en esta área ha progresado gracias a los estudios de vinculación y asociación genética, la participación en una serie de **EAGC** y la actual implicación en los análisis de enriquecimiento de conjuntos genéticos, la secuenciación de genes para buscar variantes genéticas raras con efectos potencialmente robustos, los estudios de las **VNC** en los pares de bases que son los componentes básicos de los genes, las evaluaciones de los fenómenos epigenéticos que apagan y encienden los genes, y una serie de otros métodos desarrollados recientemente. Se espera que esta breve reseña ayude a los investigadores en materia de alcohol y drogas que trabajan fuera del ámbito de la genética a comprender mejor los avances actuales y los apasionantes trabajos futuros que es probable que se produzcan en nuestro campo.

richment Analyses, sequencing genes to search for rare gene variants with potentially robust effects, studies of CNVs in the base pairs that are the building blocks of genes, evaluations of epigenetic phenomena that turn genes off and on, and a host of other recently developed methods. It is hoped that this brief review has helped alcohol and drug researchers who work outside the genetics field to gain a useful understanding of the current developments and exciting future work likely to accrue in our field.

Some overall conclusions

1. Most medical and psychiatric disorders develop through a combination of genetic and environmental characteristics.
2. Some rare (often occurring in less than one in several thousand people) conditions follow the genetic model proposed by Gregor Mendel over 100 years ago. He hypothesized that some gene variations (mutations) are so powerful, or dominant, that if a person has only one copy of the mutation on the DNA they will develop the condition (for example, Huntington's Chorea). Here, the mutation only has to come from 1 parent. Other gene variations, referred to as recessive disorders, require that both members of a DNA pair (the gene version from both their mother and from father) are required to produce the condition (for example, cystic fibrosis).
3. However, the vast majority of known medical and psychiatric conditions are much more common (often occurring roughly 1% or more of the population) and are neither dominant nor recessive.

Algunas conclusiones generales

1. La mayoría de los desórdenes médicos y psiquiátricos se desarrollan a través de una combinación de características genéticas y ambientales.
2. Algunas afecciones poco frecuentes (que a menudo ocurren en menos de una de cada mil personas) siguen el modelo genético propuesto por Gregor Mendel hace más de 100 años. Él planteó la hipótesis de que algunas variaciones genéticas (mutaciones) son tan poderosas o dominantes, que si una persona tiene solo una copia de la mutación en el ADN desarrollará la condición (por ejemplo, la corea de Huntington). En este caso, la mutación solo tiene que provenir de un progenitor. Otras variaciones genéticas, denominadas trastornos recesivos, requieren que ambos miembros de un par de ADN (la versión genética tanto de la madre como del padre) sean necesarios para producir la afección (por ejemplo, la fibrosis quística).
3. Sin embargo, la gran mayoría de las afecciones médicas y psiquiátricas conocidas son mucho más comunes (a menudo ocurren aproximadamente en 1% o más de la población) y no son ni dominantes ni recesivas. Se desarrollan a partir de una combinación de muchas variaciones genéticas relacionadas con diferentes características que aumentan o disminuyen el riesgo de una afección. Es probable que la mayoría de los genes de esa lista afecten por sí mismos solo a 1% o menos del riesgo, pero en el caso de los DUA la combinación de todos los genes que influyen en el riesgo representa entre 40 y 60% de la vulnerabilidad para desarrollar alcoholismo.
4. Los genes implicados no son específicos de los DUA, sino que operan influyendo en otras características (fenotipos) que posteriormente

These develop from a combination of many gene variations that relate to different characteristics that increase or decrease the risk for a condition. Most genes on that list are likely to by themselves impact on only 1% or less of the risk, but for AUDs the combination of all the genes that impact on the risk account for between 40% to 60% of the vulnerability for developing alcoholism.

4. The genes involved are not specific for AUDs but operate by influencing other characteristics (phenotypes) that then affect the AUD risk. For alcoholism, some of these other (or intermediate) genetically and environmentally influenced characteristics that then impact on the AUD risk are a low sensitivity to alcohol (indicating the need for higher numbers of drinks needed for effects seen very early in a person's experience with alcohol), high levels of impulsivity, mutations in alcohol metabolizing enzymes, and so on.
5. It is important to remember that for complex genetically influenced conditions the environment is also very important and for AUDs environment explains roughly half of the risk.
6. Currently, a wide range of studies are searching for what is likely to be the hundreds of genes that impact on the AUD risk. Most of these gene variations will operate indirectly through additional characteristics and not have a direct and exclusive relationship to alcohol problems. Similarly, studies are underway to find what aspects of the environment that work in tandem with the genes to impact on the risk for AUDs. Finding additional relevant genes will add to our understanding of how systems of brain chemicals add to the risk for heavier drinking and alcohol problems, but each gene is likely to add only a small amount of

te afectan al riesgo de DUA. En el caso del alcoholismo, algunas de estas otras características (o intermedias) influenciadas genética y ambientalmente que luego afectan el riesgo de DUA son una baja sensibilidad al alcohol (lo que indica la necesidad de un mayor número de copas para que se observen de manera anticipada los efectos en la experiencia de una persona con el alcohol), altos niveles de impulsividad, mutaciones en las enzimas metabolizadoras del alcohol, y así sucesivamente.

5. Es importante recordar que para las condiciones complejas de influencia genética, el medio ambiente es muy importante y, para los DUA, el medio ambiente explica aproximadamente la mitad del riesgo.
6. En la actualidad, una amplia gama de estudios está buscando lo que probablemente sean los cientos de genes que influyen en el riesgo de DUA. La mayoría de estas variaciones genéticas operará indirectamente a través de características adicionales y no tendrá una relación directa y exclusiva con los problemas de alcohol. También, se realizan estudios para encontrar qué aspectos del ambiente funcionan en conjunto con los genes que impactan en el riesgo de DUA. Encontrar más genes relevantes ayudará a nuestra comprensión de cómo los sistemas químicos del cerebro aumentan el riesgo de beber más y de tener problemas con el alcohol, pero es probable que cada gen añada solo una pequeña cantidad de riesgo por sí mismo. Sin embargo, dado que la alteración de los genes puede conllevar peligros significativos por sí misma, enfocarse en la alteración genética para el tratamiento o la prevención de los DUA no es práctico por ahora. Al mismo tiempo, los estudios ambientales contribuyen a nuestra comprensión de cómo los genes influyen en el riesgo y han dado lugar a algunos esfuerzos para reducir el peligro de alcoholismo mediante la disminución del impacto de los genes que lo aumentan.

risk by itself. However, because altering genes themselves can carry significant dangers, a gene altering approach to treating or preventing AUDs is not practical in the foreseeable future. At the same time environmental studies contribute to our understandings of how the genes impact on the risk and have led to some efforts to lower the alcoholism risk by diminishing the impact of the genes that increased the risk .

Referencias / References

Agrawal A., Hinrichs A. L., Dunn G., Bertelsen S., Dick D. M., Saccone S. F., Bierut L. J. "Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) sample." *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 93:12-20. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Agrawal A., Lynskey M. T., Hinrichs A., Grucza R., Saccone S. F., Krueger R., Bierut L. J. The GENEVA Consortium. "A genome-wide association study of DSM-IV cannabis dependence." *Addiction Biology*. 2011; 16:514-518. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Avery O. T., Macleod C. M., McCarty M. "Studies on the chemical nature of the substance inducing transformation of pneumococcal types: Induction of transformation by a desoxyribonucleic acid fraction isolated from pneumococcus type III." *Journal of Experimental Medicine*. 1944; 79:137-158. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Babor T. F., Hofmann M., DelBoca F. K., Hesselbrock V., Meyer R. E., Dolinsky Z. S., Rounsaville B. "Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity." *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49:599-608. [PubMed] [Google Scholar].

Barr C. S., Newman T. K., Becker M. L., Champoux M., Lesch K. P., Suomi S. J., Higley J. D. "Serotonin transporter gene variation is associated with alcohol sensitivity in rhesus macaques exposed to early-life stress." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003; 27:812–817. [PubMed] [Google Scholar].

Biernacka J. M., Geske J., Jenkins G. D., Colby C., Rider D. N., Karpayak V. M., Fridley B. L. "Genome-wide gene-set analysis for identification of pathways associated with alcohol dependence." *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2013; 16:271–278. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Bierut L. J. "Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence." *Neuron*. 2011; 69:618–627. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Bierut L. J., Goate A. M., Breslau N., Johnson E. O., Bertelsen S., Fox L., Edenberg H. J. "ADH1B is associated with alcohol dependence and alcohol consumption in populations of European and African ancestry." *Molecular Psychiatry*. 2012; 17:445–450. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Bodmer W., Bonilla C. "Common and rare variants in multifactorial susceptibility to common diseases." *Nature Genetics*. 2008; 40:695–701. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Bohacek J., Gapp K., Saab B. J., Mansuy I. M. "Transgenerational epigenetic effects on brain functions." *Biological Psychiatry*. 2013; 73:313–320. [PubMed] [Google Scholar].

Bosron W. F., Li T. K., Vallee B. L. "New molecular forms of human liver alcohol dehydrogenase: Isolation and characterization of ADH Indianapolis." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1980; 77:5784–5788. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Chen A. C., Rangaswamy M., Porjesz B. "Endophenotypes in psychiatric genetics." In: Nurnberger J. I., Berrettini W., editors. *Principles of psychiatric genetics*. New York, NY: Cambridge University Press; 2012. [Google Scholar].

Choquet H., Joslyn G., Lee A., Kasberger J., Robertson M., Brush G., Jorgenson E. "Examination of rare missense variants in the CHRNA5-A3-B4 gene cluster to level of response to alcohol in the San Diego Sibling Pair Study." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013; 37:1311–1316. [PubMed] [Google Scholar].

Chung T., Martin C. S. "Subjective stimulant and sedative effects of alcohol during early drinking experiences predict alcohol involvement in treated adolescents." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2009; 70:660-667. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Cloninger C. R. "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism." *Science*. 1987; 236:410-416. [PubMed] [Google Scholar].

Cotton N.S. "The familial incidence of alcoholism: A review." *Journal of Studies on Alcohol*. 1979; 40:89-116. [PubMed] [Google Scholar].

Crow E. W., Crow J. F. "100 years ago: Walter Sutton and the chromosome theory of heredity." *Genetics*. 2002; 160:1-4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Davies A. G., Pierce-Shimomura J. T., Kim H., VanHoven M. K., Thiele T. R., Bonci A., McIntire S. L. "A central role of the BK potassium channel in behavioral responses to ethanol in *C. elegans*." *Cell*. 2003; 115:655-666. [PubMed][Google Scholar].

Derringer J., Krueger R. F., Dick D. M., Saccone S., Grucza R. A., Agrawal A., Bierut L. J. the Gene Environment Association Studies (GENEVA) Consortium. "Predicting sensation seeking from dopamine genes: A candidate-system approach." *Psychological Science*. 2010; 21:1282-1290. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Dick D. M., Aliev F., Krueger R. F., Edwards A., Agrawal A., Lynskey M., Bierut L. "Genome-wide association study of conduct disorder symptomatology." *Molecular Psychiatry*. 2011; 16:800-808. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Dick D. M., Aliev F., Latendresse S., Porjesz B., Schuckit M., Rangaswamy M., Kramer J. "How phenotype and developmental stage affect the genes we find: GABRA2 and impulsivity." *Twin Research and Human Genetics*. 2013; 16:661-669. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Dick D. M., Meyers J., Aliev F., Nurnberger J., Jr, Kramer J., Kuperman S., Bierut L. "Evidence for genes on chromosome 2 contributing to alcohol dependence with conduct disorder and suicide attempts." *American Journal of Medical Genetics, Part B, Neuropsychiatric Genetics*. 2010; 153B:1179-1188. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Dick D. M., Plunkett J., Wetherill L. F., Xuei X., Goate A., Hesselbrock V., Foroud T. "Association between *GABRA1* and drinking behaviors in the collaborative study on the genetics of alcoholism sample." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2006; 30:1101-1110. [PubMed] [Google Scholar].

Dick D. M., Wang J. C., Plunkett J., Aliev F., Hinrichs A., Bertelsen S., Goate A. "Family-based association analyses of alcohol dependence phenotypes across *DRD2* and neighboring gene *ANKK1*." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31:1645-1653. [PubMed] [Google Scholar].

Edenberg H. J. "Common and rare variants in alcohol dependence." *Biological Psychiatry*. 2011; 70:498-499. [PubMed] [Google Scholar].

Edenberg H. J., Dick D. M., Xuei X., Tian H., Almasy L., Bauer L. O., Begleiter H. "Variations in *GABRA2*, encoding the 2 subunit of the GABA(A) receptor, are associated with alcohol dependence and with brain oscillations." *American Journal of Human Genetics*. 2004; 74:705-714. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Edenberg H. J., Koller D. L., Xuei X., Wetherill L., McClintick J. N., Almasy L., Foroud T. "Genome-wide association study of alcohol dependence implicates a region on chromosome 11." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2010; 34:840-852. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Edenberg H. J., Xuei X., Chen H. J., Tian H., Wetherill L. F., Dick D. M., Foroud T. "Association of alcohol dehydrogenase genes with alcohol dependence: A comprehensive analysis." *Human Molecular Genetics*. 2006; 15:1539-1549. [PubMed] [Google Scholar].

Ehlers C. L., Gizer I. R., Schuckit M. A., Wilhelmsen K. C. "Genome-wide scan for self-rating of the effects of alcohol in American Indians." *Psychiatric Genetics*. 2010; 20:221-228. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Eng M.Y., Luczak S.E., Wall T.L. "ALDH2, ADH1B, and ADH1C genotypes in Asians: A literature review." *Alcohol Research & Health*. 2007; 30:22-27. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Franklin T.B., Mansuy I.M. "Epigenetic inheritance in mammals: Evidence for the impact of adverse environmental effects." *Neurobiology of Disease*. 2010; 39:61-65. [PubMed] [Google Scholar]

Gelernter J., Gueorguieva R., Kranzler H.R., Zhang H., Cramer J., Rosenheck R., Krystal J.H., the VA Cooperative Study #425 Study Group. "Opioid receptor gene (OPRM1, OPRK1, and OPRD1) variants and response to naltrexone treatment for alcohol dependence: Results from the VA Cooperative Study." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31:555–563. [PubMed] [Google Scholar]

Gelernter J., Kranzler H.R., Panhuysen C., Weiss R.D., Brady K., Poling J., Farrer L. "Dense genomewide linkage scan for alcohol dependence in African Americans: Significant linkage on chromosome 10." *Biological Psychiatry*. 2009; 65:111–115. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

González-Alcaide G., Castelló-Cogollos L., Castellano-Gómez M., Agullo-Catalayud V., Aleixandre-Benavent R., Álvarez F.J., Valderrama-Zurián J.C. "Scientific publications and research groups on alcohol consumption and related problems worldwide: Authorship analysis of papers indexed in PubMed and Scopus databases (2005 to 2009)." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37, Supplement s1. 2013: E381–E393. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W. "Alcoholism and heredity: A review and hypothesis." *Archives of General Psychiatry*. 1979; 36:57–61. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W. "Alcoholism and genetics: The sins of the fathers." *Archives of General Psychiatry*. 1985; 42:171–174. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W. "The gene for alcoholism." *Journal of Studies on Alcohol*. 1989; 50:397–398. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., Guze S.B., Winokur G. "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents." *Archives of General Psychiatry*. 1973; 28:238–243. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W., Schulsinger F., Knop J., Mednick S., Guze S.B. "Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics." *Archives of General Psychiatry*. 1977; 34:751–755. [PubMed] [Google Scholar]

Goodwin D.W., Schulsinger F., Møller N., Hermansen L., Winokur G., Guze S.B. "Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics." *Archives of General Psychiatry*. 1974; 31:164–169. [PubMed] [Google Scholar]

Griffiths A.J.F., Miller J.H., Suzuki D.T., Lewontin R.C., Gelbart W.M. *An introduction to genetic analyses*. 7th ed. New York, NY: W.H. Freeman & Co; 2000. [Google Scholar]

Gurling H.M.D., Oppenheim B.E., Murray R.M. "Depression, criminality and psychopathology associated with alcoholism: Evidence from a twin study." *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae* [The Mendel Institute, Rome]. 1984; 33:333–339. [PubMed] [Google Scholar]

Hrubec Z., Omenn G.S. "Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: Twin concordances for alcoholism and its biological end points by zygosity among male veterans." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1981; 5:207–215. [PubMed] [Google Scholar]

Hubacek J.A., Pikhart H., Peasey A., Kubinova R., Bobak M. "ADH1B polymorphism, alcohol consumption, and binge drinking in Slavic Caucasians: Results from the Czech HAPIEE study." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012; 36:900–905. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Joslyn G., Brush G., Robertson M., Smith T.L., Kalmijn J., Schuckit M., White R.L. "Chromosome 15q25.1 genetic markers associated with level of response to alcohol in humans." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2008; 105:20368–20373. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Joslyn G., Ravindranathan A., Brush G., Schuckit M., White R.L. "Human variation in alcohol response is influenced by variation in neuronal signaling genes." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2010; 34:800–812. [PubMed] [Google Scholar]

Joslyn G., Wolf F.W., Brush G., Wu L., Schuckit M., White R.L. "Glypican gene GPC5 participates in the behavioral response to ethanol: Evidence from humans, mice, and fruit flies." *G3: Genes, Genomes, Genetics*. 2011; 1:627–635. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Kaji L. *Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol*. Lund, Sweden: University of Lund; 1960. [Google Scholar]

Kendler K.S., Neale M.C., Heath A.C., Kessler R.C., Eaves L.J. "A twin-family study of alcoholism in women." *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151:707–715. [PubMed] [Google Scholar]

Kendler K.S., Sundquist K., Ohlsson H., Palmér K., Maes H., Winkleby M.A., Sundquist J. "Genetic and familial environmental influences on the risk for drug abuse: A national Swedish adoption study." *Archives of General Psychiatry*. 2012; 69:690–697. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Klein R.J., Zeiss C., Chew E.Y., Tsai J-Y., Sackler R.S., Haynes C., Hoh J. "Complement factor H polymorphism in age-related macular degeneration." *Science*. 2005; 308:385–389. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Lasek A.W., Lim J., Kliethermes C.L., Berger K.H., Joslyn G., Brush G., Heberlein U. "An evolutionary conserved role for anaplastic lymphoma kinase in behavioral responses to ethanol." *PLoS One*. 2011; 6(7): e22636–e22642. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Lessov-Schlaggar C.N., Kristjansson S.D., Bucholz K.K., Heath A.C., Madden P.A.F. "Genetic influences on developmental smoking trajectories." *Addiction*. 2012; 107:1696–1704. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Li D., Zhao H., Gelernter J. "Strong association of the alcohol dehydrogenase 1B gene (ADH1B) with alcohol dependence and alcohol-induced medical diseases." *Biological Psychiatry*. 2011; 70:504–512. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Lin P., Hartz S.M., Wang J-C., Agrawal A., Zhang T-X., McKenna N., Rice J.P., the COGA Collaborators, & the COGEND Collaborators, GENEVA. "Copy number variations in 6q14.1 and 5q13.2 are associated with alcohol dependence." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012; 36:1512–1518. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Luczak S.E., Pandika D., Shea S.H., Eng M.Y., Liang T., Wall T.L. "ALDH2 and ADH1B interactions in retrospective reports of low-dose reactions and initial sensitivity to alcohol in Asian American college students." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011; 35:1238–1245. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Manolio T.A. "Genomewide association studies and assessment of the risk of disease." *The New England Journal of Medicine*. 2010; 363:166–176. [PubMed] [Google Scholar]

Mardones J., Segovia N., Hederra A. "Heredity of experimental alcohol preference in rats. II. Coefficient of heredity." *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1953; 14:1–2. [PubMed] [Google Scholar]

Mayfield R.D., Harris R.A., Schuckit M.A. "Genetic factors influencing alcohol dependence." *British Journal of Pharmacology*. 2008; 154:275–287. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

McElheny V.K. *Drawing the map of life: Inside the human genome project*. New York, NY: Basic Books; 2010. [Google Scholar]

McLaren A. *Our own master race: Eugenics in Canada, 1885–1945*. Toronto, Ontario: Oxford University Press; 1990. [Google Scholar]

Min Jou W., Haegeman G., Ysebaert M., Fiers W. "Nucleotide sequence of the gene coding for the bacteriophage MS2 coat protein." *Nature*. 1972; 237:82–88. [PubMed] [Google Scholar]

Murray R.M., Clifford C., Gurlin H.M. "Twin and alcoholism studies." In: Galanter M, editor. *Recent developments in alcoholism* (Vol. 1, ch. 5) New York, NY: Gardner Press; 1983. [Google Scholar]

Newlin D.B., Renton R.M. #High risk groups often have higher levels of alcohol response than low risk: The other side of the coin." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2010; 34:199–202. Author reply 203–205. [PubMed] [Google Scholar]

Olfson E., Bierut L.J. "Convergence of genome-wide association and candidate gene studies for alcoholism." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012; 36:2086–2094. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Partanen J., Bruun K., Markkanen T. "Inheritance of drinking behavior: A study on intelligence, personality, and use of alcohol of adult twins." In: Pattison EM, Sobell MB, Sobell LC, editors. *Emerging concepts of alcohol dependence* (ch. 10) New York, NY: Springer; 1977. [Google Scholar]

Paulus M.P., Schuckit M.A., Tapert S.F., Tolentino N.J., Matthews S.C., Smith T.L., Simmons A.N. "High versus low level of response to alcohol: Evidence of differential reactivity to emotional stimuli." *Biological Psychiatry*. 2012; 72:848–855. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Pochareddy S., Edenberg H.J. "Variation in the ADH1B proximal promoter affects expression." *Chemico-Biological Interactions*. 2011; 191:38–41. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Quinn P.D., Fromme K. "Subjective response to alcohol challenge: A quantitative review." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011; 35:1759–1770. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Robison A.J., Nestler E.J. "Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction." *Nature Reviews Neuroscience*. 2011; 12:623–637. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Roe A. "The adult adjustment of children of alcoholic parents raised in foster-homes." *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1944; 5:378–393. [Google Scholar]

Schuckit M.A. "Self-rating of alcohol intoxication by young men with and without family histories of alcoholism." *Journal of Studies on Alcohol*. 1980; 41:242–249. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A. "An overview of genetic influences in alcoholism." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009; 36:S5–S14. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Edenberg H.J., Kalmijn J., Flury L., Smith T.L., Reich T., Foroud T. "A genome-wide search for genes that relate to a low level of response to alcohol." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2001; 25:323–329. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Goodwin D.A., Winokur G. "A study of alcoholism in half siblings." *American Journal of Psychiatry*. 1972; 128:1132–1136. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Kalmijn J.A., Smith T.L., Saunders G., Fromme K. "Structuring a college alcohol prevention program on the low level of response to alcohol model: A pilot study." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012a; 36:1244–1252. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M., Rimmer J., Reich T., Winokur G. "Alcoholism: Antisocial traits in male alcoholics." *The British Journal of Psychiatry*. 1970; 117:575–576. [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Smith T.L. "Stability of scores and correlations with drinking behaviors over 15 years for the self-report of the effects of alcohol questionnaire." *Drug and Alcohol Dependence*. 2013; 128:194–199. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Smith T.L., Heron J., Hickman M., Macleod J., Lewis G., Davy-Smith G. "Testing a level of response to alcohol-based model of heavy drinking and alcohol problems in 1,905 17-year-olds." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011; 35:1897–1904. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Smith T.L., Kalmijn J., Trim R.S., Cesario E., Saunders G., Campbell N. "Comparison across two generations of prospective models of how the low level of response to alcohol affects alcohol outcomes." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2012b; 73:195–204. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Schuckit M.A., Wilhelmsen K., Smith T.L., Feiler H.S., Lind P., Lange L.A., Kalmijn J. "Autosomal linkage analysis for the level of response to alcohol." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005; 29:1976–1982. [PubMed] [Google Scholar]

Schumann G., Coin L.J., Lourdusamy A., Charoen P., Berger K.H., Stacey D., Elliott P. "Genome-wide association and genetic functional studies identify autism susceptibility candidate 2 gene (AUTS2) in the regulation of alcohol consumption." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2011; 108:7119–7124. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Slutske W.S., Heath A.C., Dinwiddie S.H., Madden P.A.F., Bucholz K.K., Dunne M.P., Martin N.G. "Common genetic risk factors for conduct disorder and alcohol dependence." *Journal of Abnormal Psychology*. 1998; 107:363–374. [PubMed] [Google Scholar]

Treutlein J., Cichon S., Ridinger M., Wodarz N., Soyka M., Zill P., Rietschel M. "Genome-wide association study of alcohol dependence." *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66:773–784. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Tsuang M.T., Lyons M.J., Eisen S.A., Goldberg J., True W., Lin N., Eaves L. "Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: A study of 3,372 twin pairs." *American Journal of Medical Genetics*. 1996; 67:473–477. [PubMed] [Google Scholar]

Von Wartburg J.P. "Alcohol metabolism and alcoholism: Pharmaco-genetic considerations." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, Supplement s286. 1980:179–188. [PubMed] [Google Scholar]

Wang J.C., Hinrichs A.L., Stock H., Budde J., Allen R., Bertelsen S., Bierut L.J. "Evidence of common and specific genetic effects: Association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome." *Human Molecular Genetics*. 2004; 13:1903–1911. [PubMed] [Google Scholar]

Watson J.D., Crick F.H. "Molecular structure of nucleic acids: A structure for deoxyribose nucleic acid." *Nature*. 1953; 171:737–738. [PubMed] [Google Scholar]

Webb A., Lind P.A., Kalmijn J., Feiler H.S., Smith T.L., Schuckit M.A., Wilhelmsen K. "The investigation into CYP2E1 in relation to the level of response to alcohol through a combination of linkage and association analysis." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011; 35:10–18. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Wilhelmsen K.C., Schuckit M., Smith T.L., Lee J.V., Segall S.K., Feiler H.S., Kalmijn J. "The search for genes related to a low-level response to alcohol determined by alcohol challenges." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003; 27:1041–1047. [PubMed] [Google Scholar]

Williams R.J. "The etiology of alcoholism: A working hypothesis involving the interplay of hereditary and environmental factors." *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1947; 7:567–587. [PubMed] [Google Scholar]

Xian H., Scherrer J.F., Grant J.D., Eisen S.A., True W.R., Jacob T., Bucholz K.K. "Genetic and environmental contributions to nicotine, alcohol and cannabis dependence in male twins." *Addiction*. 2008; 103:1391–1398. [PubMed] [Google Scholar]

Yan J., Aliev F., Webb B.T., Kendler K.S., Williamson V.S., Edenberg H.J., Dick D.M. "Using genetic information from candidate gene and genome-wide association studies in risk prediction for alcohol dependence." *Addiction Biology*. Advance online publication. 2013. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12035/pdf>. [PMC free article] [PubMed]

Yip S.W., Doherty J., Wakeley J., Saunders K., Tzagarakis C., De Wit H., Rogers R.D. "Reduced subjective response to acute ethanol administration among young men with a broad bipolar phenotype." *Neuropsychopharmacology*. 2012; 37:1808–1815. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]





Modelos de prevención de adicciones basados en evidencias científicas

Carmen Fernández Cáceres

Miriam Carrillo

Beatriz León Parra

La Cátedra de Investigación en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez de la Universidad Anáhuac ha desarrollado diversos programas de investigación entre los que destacan la evaluación del programa preventivo “Desarrollo de Competencias con Jóvenes”, el diagnóstico de riesgos macrosociales del consumo de drogas y la encuesta con estudiantes de educación secundaria acerca del uso de drogas, violencia e integración escolar. Todas estas investigaciones sustentan parte del actuar preventivo, constituyen evidencias científicas de lo que funciona y es necesario considerar en el diseño y desarrollo de todo programa preventivo.

Como parte fundamental de la cátedra, se han realizado intervenciones preventivas en el ámbito escolar y en el entorno laboral en diversos municipios del estado de México, todas ellas sustentadas en evidencias que funcionan.

En este capítulo presentaremos los distintos modelos de prevención de adicciones que se han desarrollado a lo largo de los años y los que, basados en evidencia científica, han sido probados y modificados durante los 51 años de los Centros de Integración Juvenil, A. C., así como el modelo que actualmente opera y que dio sustento al desarrollo de las distintas actividades de la cátedra.

Evidencias científicas a través de los años

Hoy día, todos los actores sociales involucrados en la prevención del consumo de drogas: investigadores, académicos y expertos, coinciden en que los programas basados en teorías o modelos sustentados en evidencia científica posibilitan la modificación de los factores que facilitan el consumo o potencian aquellos que protegen del consumo de sustancias psicoactivas.

Disponer de bases teóricas sólidas para la prevención de las adicciones permite, no solo contar con un sistema comprensivo más integral sobre el fenómeno del consumo, sino también, coadyuva a delimitar estrategias específicas de intervención que responden de manera más oportuna y precisa a los riesgos ante los que se expone una determinada población.

Los principales enfoques que han dado pauta a modelos explicativos y modelos de intervención son:

Evolución de enfoques en prevención de adicciones

60s Ético-Jurídico

- Conocimientos aislados
- Casos
- Observaciones
- Delito
- Falta Moral
- Prohibición

Médico-asistencial 70s

- Inicio de estudios epidemiológicos nacionales y locales
- Enfermedad
- Daño
- Información
- Orientación
- Educación en drogas

80s Sociocultural

- Sistematización de estudios epidemiológicos
- Incidencia
- Prevalencia
- Grupos en riesgo





Juicios sobre lo bueno y lo malo

Ético-jurídico.

Este modelo considera a las adicciones desde el orden social y la distinción entre lo público y lo privado, en donde el sujeto actúa mediante la incorporación de juicios de valor sobre “lo bueno” y “lo malo”, lo permitido y lo prohibido. La conducta tiene componentes morales y legales, con restricciones y sanciones, a partir de los deberes y derechos de las personas y de la sociedad. Las acciones se orientan a la reducción de la oferta, aunque también se recurre a la información, para que los individuos conozcan las consecuencias y penalizaciones del uso o de la distribución de drogas.

Educar a la población

Médico-asistencial.

Considera a las adicciones como una enfermedad con diferentes estadios (historia natural), que se caracteriza por una irreversible pérdida de control sobre la sustancia causante de dependencia. La droga es el agente que induce la enfermedad en presencia de un estado de susceptibilidad del individuo, el cual se inserta en un entorno favorable del consumo. Las acciones se orientan a educar a la población para crear conciencia sobre las repercusiones.



Las adicciones y el ambiente social

Sociocultural.

Explica el uso de drogas a partir de la organización social y la cultura que, con las estructuras económicas y los aspectos circunstanciales, determinan los procesos colectivos. Las adicciones son una expresión del malestar de los individuos ante entornos o hechos que no cubren sus necesidades básicas.

La capacidad para enfrentar la adversidad

Psicosocial.

Se fundamenta en la interacción de los sujetos individuales y colectivos, que definen sus repertorios conductuales y, a la vez, impactan en la construcción de los fenómenos mediante su conducta y relación con otros. El análisis se centra en la persona sin interesar el tipo de sustancia que consume. Resalta las relaciones de los sujetos con las drogas. Enfatiza medidas tendentes a fortalecer la resiliencia para enfrentar situaciones adversas.

Evaluar los programas

Ecológico-Integrativo.

Parte de las interrelaciones e interdependencias del sistema socio-cultural, sistema biológico y sistema de comportamiento que con-

vergen en una perspectiva complementaria de variables que inciden en el uso de drogas.

El nivel de relación entre un modelo teórico y un programa permite conocer en qué grado y de qué forma se incide en las variables hacia las cuales se enfocan los objetivos (Becoña, 2002), porque permite:

- Identificar las variables pertinentes y definir cómo, cuándo y quién debe evaluarlas.
- Ubicar las fuentes de varianza extraña.
- Alertar al investigador sobre lo potencialmente importante o las interacciones intrusivas.
- Distinguir entre la validez de la implementación del programa y la validez de la teoría en que se basa.
- Dictar el modelo estadístico más adecuado para el análisis de datos y la validez de las asunciones requeridas en ese modelo.
- Desarrollar una base de conocimiento acumulativo sobre cómo y cuánto funciona el programa.

Estrategias para evitar el consumo de drogas

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos se fundamenta en lo que se denomina la etiología del uso de drogas con tres supuestos básicos: 1) factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de drogas en unas personas con respecto a otras, 2) una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de quienes consumen las primeras respecto a quienes no las usan, 3) una serie de variables biológicas

cas, psicológicas y socioculturales modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Los modelos teóricos se han centrado en analizar distintas variables para comprender por qué unas personas usan drogas y otras no, y para aplicar estrategias preventivas para que el consumo no se produzca o no progrese hacia la adicción.

De acuerdo con el número y tipo de variables y el tipo de relación que definen, las teorías que sustentan los programas preventivos se pueden clasificar como:

a) Teorías parciales o basadas en pocos componentes:

Biológicas, de salud pública, de creencias de salud, de aprendizaje, actitudinales-conductuales, de la afectividad, psicológicas, intrapersonales, basadas en la familia, de enfoque sistémico, modelo social de Peele, modelo de Becker, modelo de Burgess y de afrontamiento del estrés.

b) Teorías de estadios y evolutivas:

Modelo evolutivo de Kandel, de etapas motivacionales multicomponentes, del proceso de reafirmación de los jóvenes, de la madurez sobre el consumo de drogas, de la pseudomadurez o del desarrollo precoz, psicopatológico del desarrollo, de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas y de la socialización primaria.

c) Teorías integrativas y comprensivas:

De aprendizaje social, de la autoeficacia, del desarrollo social, de conductas de riesgo o conductas problema, teoría interaccional, de estilos de vida y factores de riesgo, de autocontrol y de la influencia triádica.



d) Teorías integrativas para sustancias específicas:

Alcohol, teoría del aprendizaje social, tabaco: teoría biopsicosocial; y otras drogas: inexistencia de teorías específicas.

e) Teorías comprensivas y secuenciales de las fases del consumo de drogas:

Fase de predisposición, de conocimiento, experimentación e inicio en el consumo, consolidación del uso al abuso y a la dependencia, abandono o mantenimiento, recaídas.

Factores de riesgo

Partir de un marco teórico ha permitido comprender y explicar los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, definir métodos más consistentes para incidir en contextos, circunstancias y comportamientos para facilitar factores protectores de consumo, así como delimitar diseños para medir los resultados.

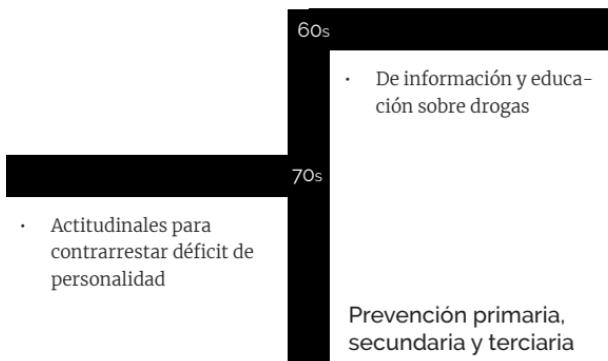
Un programa preventivo es el conjunto organizado, coherente e integrado de acciones que tienen el propósito de evitar la aparición o incidencia del problema al que se dirige, en una población determinada. En el caso de las adicciones, los objetivos también han avanzado, abarcan desde impedir o retrasar las conductas de uso y abuso de drogas, potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo, limitar el número y tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición de la prueba o experimentación de sustancias al abuso y dependencia, disminuir las consecuencias negativas del consumo en quienes han usado drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia, educar a las personas para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con

las drogas, estimular el desarrollo psicosocial y bienestar de las personas en diferentes etapas de vida, y modificar las condiciones del entorno sociocultural para fomentar alternativas de vida saludable.

Diferentes objetivos de prevención

De igual modo que los enfoques y modelos teóricos se han enriquecido, los programas de prevención del consumo de drogas también han evolucionado a través del tiempo; desde aquellos que solo alertaban sobre los efectos de las drogas, los que se enfocaban al desarrollo personal afectivo, los que entrenaban en habilidades específicas o generales, hasta llegar a los que incluyen estrategias integrales con componentes vinculados a los denominados determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención, como se ilustra a continuación.

Evolución de programas de prevención de adicciones





Década de los sesenta

Desde una perspectiva tradicional, se compartía la creencia de que la población no conocía los efectos del consumo. Los programas

asumían que, si la población obtenía información sobre el tema, sería capaz de tomar la decisión de no consumir. La tendencia era mostrar las consecuencias negativas de las drogas, apelando al miedo y, muchas veces, a contenidos de tipo moralista para desalentar el consumo (Perry y Kelder, 1992 en Becoña, 1999).

Confusión en los mensajes

Una de sus deficiencias radicaba en que se transmitía información inadecuada para ciertas edades o se confundían los mensajes emitidos mediante estrategias para infundir miedo, lo cual aumentaba la curiosidad de la población en riesgo y no incidía en quienes ya usaban drogas. Los programas de “información sobre drogas” consistentes en campañas acerca de los efectos del consumo en el organismo y de “educación sobre drogas” para comunicar mensajes y emprender acciones que además de proveer conocimientos acerca de las drogas y sus efectos, ayudaban a las personas a desarrollar conductas contrarias al consumo, fueron muy utilizados durante varios años y aún a la fecha siguen empleándose, aunque la mayoría complementándose con otro tipo de estrategias.

Durante esta década, en Centros de Integración Juvenil (cij), el programa preventivo se instrumentaba con este tipo de acciones de información y educación sobre drogas, bajo un enfoque biomédico y con un eje estratégico de participación comunitaria, para favorecer la colaboración de instituciones, organizaciones afines y de la sociedad civil.

Década de los setenta

Además de proporcionar información sobre las consecuencias del uso de drogas, enfatizando en este caso las de corto plazo, los programas se centraban en el déficit de personalidad e intervenían mediante el reforzamiento de valores, de la autoestima, las creencias y actitudes. Se buscaba cambiar la “concepción y expectativas positivas” sobre las drogas que tenía una proporción considerable de la población, por una visión negativa; considerando que el conocimiento cambia actitudes, sin considerar que existen múltiples factores relacionados con la conducta de consumo (Rundell y Brovold, 1988 en Becoña, 1999), más bien se abordaba desde una perspectiva individualista.

En los CIJ, se desarrollaban intervenciones preventivas específicas e inespecíficas. Las primeras se dirigen, de modo directo, al abordaje del consumo de drogas; las inespecíficas, integran medidas ambientales orientadas a crear mejores condiciones de vida.

Década de los ochenta

La evolución de los modelos preventivos fue evidente con la propuesta de Laevel y Clark (1966 en Becoña, 2002), quienes sugirieron la división de los programas de prevención en tres niveles: prevención primaria (orientada a impedir el surgimiento del problema), prevención secundaria (para atender el problema cuando se manifiesta) y prevención terciaria (que se dirigía más a la rehabilitación), de suma relevancia en la salud pública.

El ambiente social y las drogas

Los programas preventivos durante esta década, se basaban en teorías psicosociales y de influencia social (Evans, 1976 en Becoña, 1999), del aprendizaje social (Bandura, 1986 en Becoña 1999), y en estudios relacionados con los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977 en Becoña, 1999), que consideran la existencia de variables de la personalidad, de tipo conductual y ambientales que inciden en el consumo de drogas (Perry y Kelder, 1992 en Becoña, 1999), considerando que algunas veces, la normalización del consumo está marcada por el ambiente social, por lo que resulta indispensable favorecer el aprendizaje de habilidades sociales protectoras (Flay, 1985; Perry, 1986; Sussman, 1989 en Becoña, 2002). Aunque las estrategias abarcaban variables más allá del individuo, las medidas implementadas solo se centraban en la prevención primaria.

En los CII, además de las estrategias de información y educación sobre drogas se integró la *educación para la salud y la promoción de la salud*, que buscan la sensibilización en torno a los problemas de salud que enfrenta la comunidad y la instrumentación de medidas específicas de manera autogestiva. Familia, escuela y comunidad, se constituyen como los ámbitos más importantes para realizar actividades de prevención, por sus funciones normativas y porque son las organizaciones que más influencia ejercen sobre las personas, sobre todo de los más jóvenes.



Atención y enfoque para las adicciones

Además, con el propósito de construir una aproximación más allá de los modelos multicausales, se retoma el enfoque de la medicina social para integrar los elementos biológicos, de causalidad y sociohistóricos no solo como entidades distintas o aisladas (CJL, 2019), sino para concebir integralmente la interacción de los componentes que constituyen a los procesos de salud-enfermedad y atención —en este caso, las adicciones—, como hechos colectivos e históricos.

Década de los noventa

Esta década es fundamental para la estructuración e implementación de programas preventivos sistemáticos e integrales; consideran la multicausalidad y las etapas secuenciales del consumo. Los objetivos van más allá del rechazo al consumo de drogas y se centran en el desarrollo emocional y de habilidades generales y específicas (Botvin *et al.*, 1990, 1997 en Becoña, 1999), con el objetivo de que las personas, sobre todo adolescentes, sean capaces de manejar las influencias externas. Se desarrollan intervenciones psicoeducativas, con base en modelos sociocognitivos, métodos de reaprendizaje social y técnicas de modelamiento conductual.

Destacan, por un lado, los programas de habilidades para la vida (OMS, OPS, 2001), que buscan el desarrollo o fortalecimiento de aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria mediante: a) habilidades sociales e interpersonales; comunicación, negociación/rechazo, aserción, interpersonales, cooperación y empatía; b) habilidades cognoscitivas;

toma de decisiones, soluciones alternas, pensamiento crítico, autoevaluación y clarificación de valores; y c) habilidades para manejar emociones; control de estrés y de sentimientos, aumento interno de un centro de control.

Orientación educativa para los adolescentes

Por otro lado, también destacan los programas que buscan reforzar competencias con un enfoque educativo; como el programa del Desarrollo Positivo de los Adolescentes, que enfatiza las potencialidades manifiestas más que las supuestas incapacidades de los jóvenes (Damon, 2004 en *cij*, 2019); como paradigmas alternativos a las orientaciones tradicionales del déficit y que incluye conductas prosociales y destrezas necesarias para tener éxito en la escuela, el trabajo y en la comunidad, además reducen comportamientos como uso de drogas, prácticas sexuales de riesgo, conducta antisocial, violencia o trastornos depresivos (Benson *et al.*, 2004 en *cij*, 2019).

En esta misma línea, ha tenido gran relevancia, el *Modelo de Competencias Sociales y Emocionales*, que delimita características necesarias para que los jóvenes se conviertan en adultos exitosos; el International Youth Foundation (1990), aseveró que, en los programas preventivos exitosos dirigidos a niños, adolescentes y jóvenes, debería fomentarse la competencia, la conexión, el carácter y la confianza; Lerner (1995, 2004) añadió el cuidado y la contribución. La evidencia ha demostrado que el desarrollo de habilidades específicas o generales y competencias puede retrasar el inicio del uso de drogas,

prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y fomentar el ajuste social positivo.

Intervenciones en los sectores vulnerables

Ante la insuficiencia del modelo que clasificaba a las acciones en niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, para abarcar objetivos que van desde promoción de estilos de vida saludable hasta intervenciones en sectores socialmente vulnerables y de reducción de conductas de riesgo en contextos de consumo, el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos de América, formuló un nuevo marco para la prevención, con base en la clasificación operacional desarrollada previamente por Gordon, 1983, 1987; y Mrazek y Haggerty, 1994 en *cij*, 2015. Desde este marco, partiendo del enfoque de riesgo/protección, las intervenciones preventivas se clasificaron en universales, selectivas e indicadas. *La prevención universal* se dirige a la población en general, sin distinguir su nivel de riesgo ante el consumo de drogas; instrumenta estrategias globales para promover prácticas saludables y evitar el consumo; tiene bajo costo, amplia cobertura y no requiere de capacitación especializada para su operación. *La prevención selectiva* se dirige a grupos expuestos a condiciones de riesgo psicosocial asociadas al consumo; los factores de riesgo pueden ser biológicos, psicológicos, sociales o ambientales; el objetivo es retrasar el primer consumo y la edad de inicio; las acciones y los contenidos se delimitan en función de los factores de riesgo del grupo, y requiere personal especializado. *La prevención indicada* se orienta a personas que han experimentado

con drogas, muestran conductas problemáticas asociadas al consumo o expuestas a situaciones de elevado riesgo psicosocial, que no cubran criterios de abuso o dependencia; los objetivos están enfocados a impedir la transición de la experimentación o uso ocasional al abuso o dependencia de sustancias, y a reducir efectos y consecuencias que podría generar el consumo.

Las adicciones se pueden prevenir

El enfoque de riesgo-protección deriva de la epidemiología, la salud pública y la psicología social; plantea que las adicciones son procesos prevenibles, cuya génesis se facilita o se detiene en función de la presencia o ausencia de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad estadística de desarrollar problemas asociados al consumo de sustancias (Hawkins *et al.*, 1992 en *cij*, 2019).

Desde esta perspectiva, la identificación de los llamados factores de riesgo y factores de protección resulta de suma utilidad para actuar sobre dichas variables. Los factores de riesgo y los de protección, no son entidades opuestas de un continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí (NIDA, 1997 en *cij*, 2019).

Esta precisión conceptual permite plantear estrategias de prevención acordes a los niveles y tipos de riesgo de cada población, en diferentes escenarios sociales. Las estrategias se orientan a reducir los factores de riesgo y fortalecer los de protección. Los factores de riesgo pueden residir a nivel individual, familiar, comunitario e institucional, o pueden ser de naturaleza biológica, psicológica, ambiental y social.

Prevención y factores de riesgo

En los *cij*, la promoción de la salud y la prevención diferencial forman parte del marco general de las intervenciones con ejes epistemológicos y metodológicos; se fundamentan en un cuerpo creciente de conocimientos provenientes de diversas disciplinas sobre los factores de riesgo y de protección, que convergen en una perspectiva integradora sobre el desarrollo del individuo, desde un modelo ecológico que considera una serie de interrelaciones e interdependencias complejas de aproximaciones biológicas, conductuales y sociales; los distintos ambientes en los que interactúan las personas influyen de forma directa en su desarrollo; para hacer prevención, se requiere considerar tanto la oferta como la demanda de drogas, analizar los riesgos y las protecciones, así como las incidencias socioambientales y culturales (Bronfenbrenner, 1999 en *cij*, 2019).

Primera década del siglo xxi

Desde principios del presente siglo, la acumulación de experiencias condujo al diseño de intervenciones diferenciales, basadas en características, necesidades, intereses y recursos de la comunidad, en lugar de centrar las acciones en el nivel individual u organizacional (SAMHSA, 1995 en Becoña, 2002).

Como la prevención es parte de un proceso social y educativo, los programas preventivos se desarrollan por contexto, el cual se define como el conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho en un escenario definido, en donde el significado de las conductas, como el uso de drogas, adquiere connotaciones o representacio-

nes específicas: programas para el ámbito familiar, escolar, laboral, de salud, recreativo, comunitario.

Nuevas estrategias ante la violencia familiar

Con la incorporación acelerada de nuevas sustancias psicoactivas y el análisis de los cambios en las tendencias epidemiológicas del consumo, se impulsan las estrategias preventivas diferenciales por nivel y tipo de riesgo, focalizando contextos y poblaciones expuestas a condiciones y situaciones de elevada vulnerabilidad social, como personas víctimas de violencia, familiares de personas en reclusión y familiares de usuarios de sustancias, grupos migrantes, entre otros.

Asimismo, con la transformación de las políticas de drogas en el mundo, se integra, además, el enfoque de reducción de riesgos y daños asociados al uso de sustancias psicoactivas en las estrategias y los programas preventivos que aceptan el consumo de sustancias psicoactivas como una característica de la historia de la humanidad, partiendo del reconocimiento de los derechos y las responsabilidades de las personas que usan drogas por decisión propia.

Medidas para reducir el abuso de sustancias

Se argumenta que los problemas se deben principalmente a la manera como se usan las sustancias y promueve la participación de los usuarios

de drogas en el diseño de programas o acciones. Las estrategias se basan en el conocimiento preciso del escenario, de la población, sus demandas y necesidades reales, para proporcionar información y medidas que contribuyan a reducir los riesgos y daños que puede ocasionar el abuso de dichas sustancias (Vega, 2001; Markez y Póo, 2003 en CJ, 2019).

En los CJ, el programa preventivo consolida su visión integral para intervenir con las personas —en cada etapa de su vida—, las familias y comunidades, considerando la interacción permanente con el entorno. Los objetivos están dirigidos a generar herramientas para el afrontamiento de factores de riesgo psicosocial y la reducción de consecuencias asociadas al uso de drogas, fortalecer habilidades y competencias e impulsar la participación de la comunidad en la construcción de procesos y alternativas más saludables de desarrollo personal y colectivo.

Jornadas informativas y culturales

Las intervenciones se diseñan de acuerdo con el riesgo y las características de la población: sexo, etapa de desarrollo, ocupación, escolaridad, rol social, así como sus recursos y necesidades (CJ, 2019). Los servicios preventivos abarcan dispositivos de detección temprana de factores de riesgo y derivación temprana de casos de consumo, actividades de promoción de la salud, sesiones o jornadas informativas, círculos de lectura, talleres psicoeducativos, desarrollo de habilidades socioemocionales, cursos de capacitación y consejería breve. Junto a los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción, integran una continuación de atención a la comunidad.

Segunda década del siglo xxi

En la década reciente, ya no hay lugar para intervenciones que se desarrollan a partir de la intuición o las meras voluntades. La prevención debe basarse en modelos teóricos y en investigaciones empíricamente contrastadas. Se ha logrado el desarrollo de programas preventivos integrales para reducir la demanda de drogas, e incidir en los riesgos y daños asociados.

La ciencia y el desarrollo de programas eficaces

La evidencia científica ha desempeñado un papel fundamental en: planeación, diseño, implementación y evaluación de intervenciones preventivas, para saber por qué, dónde, en qué, con qué y cómo se tiene que desarrollar los programas con estándares de calidad, principios teóricos y lineamientos metodológicos que garantizan su apego al rigor y a mejores prácticas consensuadas entre organismos líderes en la materia (NIDA, 2004; UNODC, 2013, 2018; CICAD, 2013; EMCDDA, 2011; Copolad, 2014). Por ejemplo, los programas preventivos efectivos deberán:

- Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo o su influencia.
- Incluir todas las formas y sustancias de consumo de drogas, incluyendo tabaco, alcohol, mariguana e inhalables.
- Contener estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de estas sustancias e incrementar la competencia social.

- Incluir métodos interactivos como foros de opinión, en lugar de solo técnicas didácticas.
- Tener un componente que incluya a padres o tutores para que reforzencen el aprendizaje de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en cuanto a la realidad del consumo de drogas y sus efectos nocivos, que pueda generar la discusión en familia y la reflexión de la postura que adopta la familia sobre el consumo.
- Operarse a largo plazo, desde los primeros años de desarrollo y los ciclos escolares, con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales.
- Incluir campañas en los medios de comunicación y cambios en la política, como nuevas normas y leyes que restringen el acceso al alcohol, tabaco u otras drogas, y que son más eficaces cuando se acompañan de intervenciones en la familia y escuela.
- Fortalecer las normas contra el consumo en todos los ámbitos de prevención, incluyendo la familia, escuela y comunidad.
- Adaptarse a cada comunidad específica para tratar la naturaleza concreta del problema del abuso de drogas en la misma.
- Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberán ser los esfuerzos preventivos y deberán iniciarse más temprano.
- Ser específicos para la edad de los participantes, apropiados a su periodo de desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.
- Ser costo-efectivos. Por cada dólar gastado en la prevención del consumo de drogas, las comunidades pueden ahorrar cuatro o cinco en costos de tratamiento y terapias dirigidas a tratar el consumo de drogas.

Las redes sociales para prevenir las adicciones

La prevención del uso de drogas debe orientarse a elevar la calidad de vida de las personas y comunidades. Por ello, en los programas preventivos se incorporan acciones orientadas a entrenar a niños y jóvenes en habilidades y competencias dirigidas al afrontamiento de factores de riesgo; orientar a padres de familia en habilidades parentales, de comunicación y vinculación afectiva, así como en el reconocimiento y abordaje de señales de consumo; medidas para promover la salud mental en las familias, en particular para la prevención de depresión, ansiedad, estrés y violencias; reforzar estrategias de detección temprana y programas de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas con sectores expuestos a riesgos psicosociales; capacitar a maestros y otras personas estratégicas en la identificación y derivación de indicadores de riesgo y de consumo de sustancias; dar continuidad a la gestión, prevención y atención de factores de riesgo en las empresas para prevenir el consumo de drogas y las consecuencias asociadas; fortalecer actividades que promuevan el arte, la cultura, el deporte y la participación ciudadana como alternativas protectoras ante el uso de drogas en la comunidad; programas y campañas preventivas basadas en recursos multimedia, tecnologías digitales y redes sociales, para impactar a públicos amplios y favorecer las intervenciones entre pares juveniles.

Con el propósito de fortalecer la interactividad de las estrategias preventivas, reducir los costos, potenciar el alcance de los programas y la participación de la población, se ha impulsado el uso de tecnologías de la información y comunicación, así como de las redes sociales, tanto

para apoyar como para adaptar estrategias preventivas a entornos virtuales en donde interactúan sobre todos los adolescentes y jóvenes. A través de redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y YouTube, sitios web y comunidades virtuales, se difunde información científica acerca de los efectos del consumo de drogas, orientación para reducir riesgos y daños asociados, alternativas de autocuidado y protección entre pares, recomendaciones para madres y padres de familia, así como estrategias y materiales para la formación de especialistas.

Además, los programas necesariamente se desarrollan con diseños de evaluación (diagnóstica, de proceso, resultados e impacto) simultáneos a las etapas de planeación y operación de las estrategias y sus elementos.

Programas basados en evidencia

En los años recientes, la prevención de adicciones ha avanzado de manera significativa. Con los meta-análisis sobre distintos modelos teóricos, programas de intervención y estudios epidemiológicos y sociales, se puede afirmar que, aplicados de forma rigurosa, los programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, logran eficazmente sus objetivos.

Sin embargo, aún existe un largo camino que recorrer para el desarrollo de estructuras explicativas de las variables que influyen en el consumo de drogas y en el diseño de nuevas estrategias para revertir o modificar, con propósitos preventivos, las adicciones. Lo innegable es que, para que la prevención funcione, debe tener sustento científico: basarse en teorías psicosociales, retomar hallazgos de la inves-

tigación, emplear métodos consistentes de intervención y demostrar su efectividad. Los programas de prevención de adicciones basados en la ciencia son efectivos, replicables y sustentables.

El objetivo: generar información

Este es precisamente el objetivo de la Cátedra de Investigación en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez: generar información científica y replicable. Las investigaciones realizadas han dado como resultado las siguientes publicaciones en medios científicos especializados:

- Análisis de factores psicosociales y familiares asociados al consumo de drogas. Implicaciones para el diseño de programas de atención. Rodríguez-Kuri, S. E., Arellanez-Hernández, J. L., Pérez-Islands, V., & Fernández-Cáceres, C. (2018). “Predictive factors of alcohol abuse and dependence in Mexican adolescents” en *Journal of Substance Use*, 23(5), 506–510.
- Rodríguez-Kuri, S. E., García-Aurrecoechea, R., Benítez-Villa, J. L., & Fernández-Cáceres, C. (2019). “Diagnosis of macrosocial risks of drug use in Mexican municipalities” en *Salud Mental*, 42(1), 5–12.
- Encuesta de competencias socioemocionales en estudiantes de educación secundaria. Díaz-Negrete, D. B., Zapata-Tellez, J., Castillo-Franco, P. I., López-Granados, L. M., Córdova-Alcaráz, A. J., Fernández-Cáceres, C. “Capacidad explicativa de un modelo de competencias socioemocionales asociadas al uso de drogas en jóvenes estudiantes de educación media básica”. RIIAD [Internet]. 17 de diciembre de 2018 [citado el 30 de septiembre de 2020];

4(2):25-2. Available from: <https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2018.2.04>

También se publicaron un informe de actividades de la Cátedra de Investigación en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez durante 2013-2016 y un libro en 2018, titulado *Hallazgos en el diagnóstico y atención de las adicciones. Cátedra “Doctor Jesús Kumate Rodríguez”*.

La cátedra ha impulsado la formación de recursos humanos a través de actividades académicas diversas como:

- Diplomado en Terapia Familiar Multidimensional con perspectiva de género que cuenta con ocho generaciones concluidas y una en curso.
- Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en métodos de investigación en ciencias de la salud y adicciones con dos generaciones concluidas.

La pandemia Covid-19 y las drogas

Actualmente, la Cátedra de Investigación en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez realiza diversas investigaciones entre las que destaca el Patrón del Uso de Drogas durante la pandemia Covid-19.

Referencias

Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Madrid: Asociación de Técnicos en el Desarrollo de Servicios Sociales (Ades), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Becoña, I. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. España: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, España.

Centros de Integración Juvenil. (2015). *Prevención del consumo de drogas en cij*. México: Centros de Integración Juvenil.

Fernández, C. (2020). *Factores Psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. Implicaciones para el diseño de programas de atención*. Tesis para obtener el grado de doctor en Terapia Familiar y de Pareja. México: Instituto Regional de Estudios de la Familia.

Fernández, C. et al. (2019). *50 años de atención de las adicciones en México. La experiencia de Centros de Integración Juvenil*. México: Centros de Integración Juvenil.

Lerner, R. (2005). *Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases*. Institute for Applied Research in Youth Development, Tufts University. Disponible en: <https://lifehouseduluth.org/wp-content/uploads/2015/02/Positive-Youth-Development1.pdf>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. EMCDDA.

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Copolad, Entidad de Coordinación y Ejecución.

Salvador, L., Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaraz, A., Villar A. y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Consejería de Sanidad y Consumo.

United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization (2018). *International Standard on Drug Use Prevention*. Second updated edition.



Psicoterapia y adicciones

Toffie Sasson Hamui

Cada escuela psicológica tiene una teoría sobre el origen de las adicciones que se basa en cómo concibe al psiquismo; y por lo tanto una técnica específica para su tratamiento.

La escuela cognitiva propone que el origen de las adicciones radica en creencias distorsionadas, en ciertos supuestos básicos que mantienen la adicción, supuestos como “soy incapaz de dejar de consumir”, “no me puedo divertir si no me drogo”, “la vida es muy difícil y es mejor con drogas” o “todos mis problemas se resuelven con la droga”; por lo tanto, propone que se debe trabajar con técnicas para destruir esas distorsiones del pensamiento que llevan a creencias limitantes, y posteriormente la persona, como consecuencia, tenga creencias que le permitan controlar su consumo.

Conocer sus inquietudes y temores

La terapia Gestalt supone que la causa de las adicciones radica en “asuntos pendientes” o ciclos inconclusos de la experiencia; son emociones no gestionadas, sentimientos atascados, nudos perso-

nales que le quitan la vitalidad en el aquí y ahora. Son emociones que se mantienen atoradas dentro de la persona y como consecuencia de esa emoción atrofiada se da el consumo. Por lo tanto, sus técnicas tienen como meta que el paciente logre expresar sus emociones, para que sea más consciente de lo que ocurre en su interior, lo perciba, acepte y propicie una conducta activa en torno al cambio; al mostrar sus emociones queda libre y no requiere de la droga para expresarlas.

El psicoanálisis clásico plantea que el consumo compulsivo de sustancias se debe a un conflicto inconsciente, y se debe hacer una interpretación mutativa. Si logramos diluir dicho conflicto inconsciente, por medio de herramientas como la interpretación, el paciente ya no requerirá del consumo y lo dejará.

La importancia de aportar ideas y técnicas

Desde mi perspectiva, cualquier enfoque reduccionista, como los tres anteriores, y que proponga “una sola técnica” para ayudar a los pacientes adictos para que dejen de consumir “espontáneamente”, resulta pobre e ineficaz. Sin embargo, cada escuela psicológica aporta ideas, experiencia y técnicas que podemos usar en determinadas ocasiones con ciertos pacientes.

En 2004, en el marco del 43º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) en la ciudad de New Orleans, conocí al médico Hugo Bleichmar y su Enfoque Modular Transformacional, y desde entonces trabajo bajo este modelo que permite integrar las múltiples



teorías que intentan dar cuenta de las adicciones y obtener aplicaciones técnicas más efectivas.

Nuevos métodos para el tratamiento de las adicciones

Ingelmo, J., Ramos, M. I., Méndez, J. A. y González, E., basándose en dicho enfoque, escribieron un artículo titulado “El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas” (Ingelmo, 2000). En lo personal, me identifico con este modelo de trabajo ya que permite la integración de muchas aportaciones psicológicas y médicas para la comprensión y el tratamiento de las adicciones. A continuación pretendo explicar la manera en que trabajo usando este enfoque y para eso es relevante decir que, dichos autores, en el artículo mencionado, proponen que existen dos niveles psicopatológicos dentro de las adicciones, un nivel psicopatológico común y otro específico. A continuación explico esta diferencia.

Nivel psicopatológico común

Las características psicopatológicas de las que voy a tratar en este apartado, las encontramos en todas las personas con adicción, sin importar las características personales de cada adicto, incluso sin importar la droga que cada uno consume.

El elemento central que persiste en todas las personas con adicción es el deseo compulsivo de consumir, esta es la característica

clínica fundamental según la psiquiatría descriptiva del síndrome de dependencia; en este nivel no se le da importancia a la motivación que impulsa el consumo; el deseo de consumo se constituye a partir de que la persona tiene un encuentro con la droga; desde esta perspectiva no existe un perfil de personalidad previo vinculado a la dependencia de drogas.

Antes de que la persona comience con el consumo, bajo la óptica de este nivel psicopatológico común, solo se asume que podría existir algún factor aislado que ayudaría a la constitución del deseo de consumir una vez que se ha dado el contacto con la droga.

Síntomas de autodestrucción

Las características que encontramos en todas las personas con adicción, y por lo tanto en el nivel común, son: tolerancia, síndrome de supresión, pérdida de control, consumo a pesar de las consecuencias adversas, distorsiones del pensamiento como obsesión y negación. Las técnicas de tratamiento deben estar enfocadas, en un principio, a resolver estas características comunes. Cabe señalar que, de las características que mencioné en el nivel común, dos de ellas son físicas (tolerancia y supresión) y cuatro psicológicas (pérdida de control, consumo a pesar de las consecuencias negativas, obsesión y negación).

En cuanto a la técnica, es fundamental considerar esto, ya es donde los tratamientos primarios (casi siempre a modo de internamiento) tienen un lugar importante, pues enfrentan el desafío de resolver di-

chos síntomas comunes. Los pacientes reciben atención médica y psicológica bajo el paradigma de la adicción como enfermedad primaria según la psiquiatría descriptiva y las aportaciones de Alcohólicos Anónimos. Además de la atención a los síntomas comunes, en las clínicas de tratamiento se les induce a grupos de autoayuda con los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos; en especial las clínicas de tratamiento que trabajan bajo el Modelo Minnesota (Spicer, 1993).

Estimular al enfermo para el rechazo a las drogas

Cuando la persona con adicción acude con un psicoterapeuta, y aún está consumiendo, éste debe de considerar la importancia de inducir al paciente a la abstinencia de sustancias, y para esto debe evaluar un amplio abanico de temas (Washton, 2003):

- 1. Motivos por los que desea tratamiento.**
- 2. El patrón detallado de consumo, frecuencia, cantidad, circunstancias y vía de administración de sustancias adictivas.**
- 3. Presencia y gravedad de problemas médicos y psicosociales.**
- 4. La historia previa de uso de drogas, la progresión del uso inicial al abuso y la adicción.**
- 5. Periodos previos de abstinencia y de intentos de tratamiento con los disparadores de recaídas.**
- 6. La presencia y gravedad de otras adicciones no químicas y trastornos de la alimentación.**
- 7. Antecedentes psiquiátricos y valoración actual del estado mental.**



8. Antecedentes familiares en primer grado de adicciones y psicológicos.
9. Las relaciones interpersonales más relevantes; calidad y presencia o ausencia de apoyo familiar.
10. Historial educativo y social.
11. Situación legal actual y a futuro.
12. El tiempo de abstinencia en el momento de la entrevista, ya que las valoraciones psicológicas no son válidas en estado de intoxicación ni en estado de supresión agudo.
13. La disposición del paciente al tratamiento, su deseo de cambio y su opinión sobre el problema que tiene.

Evaluación necesaria

Derivado de esta evaluación, y con base en el juicio clínico del psicoterapeuta, se determina si el paciente debe ser internado en una clínica especializada en adicciones, donde podrá resolver los síntomas comunes o si el proceso se puede llevar a cabo por fuera; normalmente implica dos sesiones de psicoterapia por semana y la asistencia a grupo de autoayuda.

En caso de optar por un tratamiento ambulatorio, la línea de trabajo debe ser hacer conciencia de la enfermedad; que la persona se dé cuenta de la naturaleza de su problema, que vea cómo su sufrimiento es derivado del consumo de sustancias y asuma que mientras siga consumiendo no podrá tener un desarrollo psicológico ni una mejor calidad de vida.

Admitir su adicción

Y solo así, cuando el paciente entiende, acepta y se responsabiliza de su problema es que puede elegir dejar de consumir mediante un esfuerzo consciente. Sostengo que los pacientes adictos no dejan de consumir ni controlan las drogas espontáneamente ni por una interpretación putativa (así lo propone el psicoanálisis clásico) ni por corregir pensamientos distorsionados (según sugiere la terapia cognitivo conductual) ni por expresar emociones reprimidas (como propone la terapia Gestalt).

Dejar de consumir requiere de un esfuerzo consciente, y en ocasiones doloroso, al momento de sentir ganas de consumir, no se trata de desaparecer los deseos de consumo, se trata de que la persona no consuma a pesar del deseo de hacerlo. No pretendemos que el paciente no tenga ganas de consumir, pretendemos que no consuma aunque el deseo persista, la persona adicta debe de ir en contra de su deseo de consumo.

El sufrimiento de la abstinencia

Según los autores de “El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas”, y en mi experiencia clínica, he comprobado la veracidad de esto, en la clínica vemos que todas las personas con problema de adicción consideran que el deseo de consumir es muy intenso, por lo tanto, es imposible luchar contra él; se vive como urgente, y es indispensable, se supone, ceder ante él de inmediato.

¿Por qué se interpreta así el deseo de consumir? Sin dejar de lado lo biológico, depende de la forma en que es interpretado por el consumidor y está muy relacionada con los sistemas de codificación construidos en la relación del sujeto con el “contexto drogado”. Cuando surge la presión del deseo de consumir, vemos que la persona, con independencia de la droga consumida y de los motivos que tenga para su consumo, se considera incapaz de resistirse al deseo y se considera impotente para controlarlo.

Prisionero del deseo de consumir

Podría decirse que en los momentos en que surge el deseo de consumir, se activa una particular reacción marcada por la impotencia e incapacidad en el ámbito concreto y específico de las posibilidades que el sujeto considera que tiene para controlar el deseo de consumir droga.

Al pensar en el nivel psicopatológico común, esta reacción no estaría determinada por la historia individual (aunque desde el nivel psicopatológico específico sí influye), sino que estaría dada por la imagen que la persona tiene como un sujeto carente de recursos psicológicos para enfrentar el deseo de consumir, esto existe en el imaginario social y, como apuntábamos, cada drogadicto lo capta y construye para sí mismo. De ahí que la persona piense que no aguanta la presión del deseo de consumir (Ingelmo, 2000).

Nivel psicopatológico específico

En este nivel consideramos las aportaciones que implican dos aspectos principalmente:

1. Los elementos centrales de la adicción son los estados emocionales y las angustias que determinan el consumo y las causas de dichos estados.
2. El significado inconsciente que le da el adicto a la experiencia de drogarse, en otras palabras, “el valor simbólico que adquiere la experiencia con la droga”, que refuerza y personaliza el deseo de consumir, al dotarlo de una fantasmática inconsciente, concreta y específica.

La similitud de los enfermos

Este nivel es distinto para cada adicto, así como vemos que en el aspecto común podemos hacer generalizaciones y asumir que todos los adictos padecen de ciertas situaciones iguales, y por lo tanto diseñar tratamientos que aborden la problemática común, en el nivel específico podemos ver las cosas desde una postura distinta, cada adicto tiene un “pacto secreto” con la sustancia, le da placer y le permite la descarga de ansiedades específicas. El sufrimiento psíquico que está en la base del deseo de consumir, lo podemos situar en tres puntos (Ingelmo, 2000): conflictos intrapsíquicos, ansiedades narcisistas y ansiedades persecutorias.



1. Conflictos intrapsíquicos: son las angustias relacionadas con los deseos sexuales y/o agresivos. Un conflicto entre deseos, culpa y la incapacidad del yo de resolver este conflicto con defensas de alto nivel como podría ser la sublimación.
2. Las ansiedades narcisistas: ansiedades relacionadas con el Ideal del Yo y el Yo ideal, para exemplificar este tipo de ansiedad y cómo la droga puede ocupar un lugar central, transcribo el relato de Gustavo, un hombre de 34 años que, en un momento de introspección contesta a la pregunta: ¿qué te producía el LSD?

Deslumbramientos mentales

“Mucha sensación de amor, mis alucinaciones eran muy emocionales. Si bien alucinaba visual y táctil, mi principal fuente de gozo era esa capacidad de generar emociones intensas a partir de ideas concretas, como si pudiera manipular mis emociones, pero además la intensidad de las emociones. No sé, sentía mucho amor, muchísimo amor, un amor generado por mí mismo que me retroalimentaba y que me hacía no necesitar el amor externo, y la verdad es que eso me permitía estar tranquilo, yo soy muy nervioso, hablo con mucha gente al mismo tiempo, corto las conversaciones pero con LSD podía estar tranquilo y escuchar una plática ajena, como que me sentía muy saciado en lo físico y no tenía que pararme y estar buscando, era como una calma de tener un trabajo mental más organizado y coordinado, esa sensación corporal de desdén, de dejarme ir, de estar cómodo en cualquier posición, sin estar preocupado, ese era el afán.



“Las alucinaciones visuales sí me gustaban pero más esta sensación. Me encantaba ver texturas, los cambios de colores, ver pinturas abstractas, texturas de paredes, de cortezas, de pasto, de tapetes. Veía que la gente tenía destellos como si los bordes fueran luminosos, pero lo visual era el menos importante. En lo emocional hubo dos viajes importantes, el primer viaje con marihuana que me pegó, me quedé tirado en el piso junto al estéreo, en un estado de relajación tan cómodo como la morfina, que no te quieres mover para no romper con ese estado.

En busca del placer ideal

“Cuando probé la morfina, por indicación médica, sentía igual. Es como una sensación de encontrar una entidad sumamente amorosa, es un estado de éxtasis físico, un superorgasmo en todo el cuerpo, sin moverme, con una sensación de plenitud emocional y recuerdo una frase que daba vueltas que decía: ‘amor mío, por fin te encontré o por fin volviste, algo así como ya estás aquí y te extrañé tanto’. Se me quedó muy grabada esa sensación pero nunca volvió a ser tan intensa pero eso fue lo que hizo que me enamorara de las drogas.

“Eso me pasó con cada droga la primera ocasión, menos con la cocaína. Incluso si me concentro y estoy libre de estímulos, la puedo recrear. Con los ácidos encontraba eso que faltaba... Incluso al hablarlo aquí siento que estoy viajando, lo recuerdo tan claramente era un estado sin estímulos, sin necesidades, con un amor de mí para mí, sin necesidad de hacer nada para lograr amor, protegido, sin controlar la posición del cuerpo, moverme por inercia y no por buscar algo, solo, en un estado de autorregulación”.

3. Ansiedades persecutorias, depresivas y de separación.

Donald Winnicott asocia la adicción a una patología de lo transaccional. El objeto transaccional de Winnicott, una creación-des cubrimiento del sujeto, abre una zona intermedia de experiencia que se expande al juego y a la vida cultural, mientras el objeto transicional pierde importancia y su significado. En la adicción este proceso de apertura y desarrollo se regresa y el objeto transicional continúa su función que es contrarrestar la ansiedad depresiva. El objeto transicional es concretizado, se fetichiza y convierte en susceptible de remplazo como en una droga, como un objeto que puede ser manipulado por el sujeto omnipotente, negando la depresión de la separación.

Algunas personas, por carecer de un espacio transicional que les permita tolerar la separación, sentirse autónomos, genuinos, vivos y que son los mismos a través del tiempo, recurren a las drogas como una forma de evitar las agonías primitivas y psicóticas que todo ser humano puede padecer (Winnicott, 1963).

La actividad mental y el cuerpo

Aquí cabe señalar el concepto de “Segunda Piel” de Esther Bick (1968). Ella explica que en su forma más primitiva, las partes del psiquismo no están aún diferenciadas de las partes del cuerpo. Psique y soma son aún lo mismo, y se experimentan carentes de una fuerza cohesiva que asegure una vinculación entre ellas. Éstas se mantienen juntas pasivamente gracias a que la piel funciona como un límite. La función interna

de contener las partes del Sí-mismo surge gracias a la introyección de un objeto externo capaz de contener las partes del cuerpo.

Este objeto que funciona como continente, se forma durante la lactancia, ya que el bebé tiene una doble experiencia de forma simultánea: la del pezón contenido en su boca y la de su piel contenida por la piel de la madre que sostiene su cuerpo con su olor, calor y voz; en esencia, el objeto continente es vivido como una piel. Solamente si se introyecta la función continente, el bebé puede adquirir la noción de un interior del Sí-mismo y acceder a una escisión entre el Sí-mismo y el objeto¹, con sus pieles respectivamente.

Las confusiones inician al nacer

Si la madre no ejerce la función continente adecuadamente o si se deteriora gracias debido a los ataques fantasmáticos del bebé, no se introyecta, y la introyección normal es sustituida por una identificación continua que conlleva confusiones de identidad. Cuando esto sucede, el bebé, y me parece que el adulto también, busca frenéticamente un objeto-estímulo (luz, voz, olor) que mantenga una atención unificante sobre las partes del cuerpo y le permita realizar, por un instante, la experiencia de mantener juntas las partes del Sí-mismo. El mal funcionamiento de la primera piel², continúa Bick, conduce a la formación de una segunda piel, prótesis sustitutiva que remplaza la dependencia normal con el objeto continente por una seudodependencia.

1. Para Hanna Segal (Segal, 1957) esta diferenciación entre el Yo y el objeto es lo que permite la formación de símbolos propiamente dichos.

4. Anzieu (1985) nos dice que su concepto del Yo-piel corresponde al de segunda piel de Bick.

Las adicciones son una forma de llevar al extremo los órganos de los sentidos y en ese límite se evade el vacío y se evaden también en una forma negativa las agonías psicóticas. Cuando un paciente duda de su existencia, recurre a estimular los órganos de los sentidos y así, por un momento, constata que existe, siente y está vivo.

El significado de la experiencia con la droga

Cada adicto cuando se droga está, además, haciendo “otra cosa” a nivel simbólico, y es importante que un tratamiento logre descifrar esos significados ocultos, de lo contrario el deseo compulsivo se mudará a otro síntoma, incluso más destructivo. Para algunos psicoanalistas “la atribución de significado a la experiencia con la droga constituye el único proceso psíquico que interviene en la constitución del deseo de consumir”, para mí esto es un grave error y es el motivo por el que el psicoanálisis le queda tanto a deber a los pacientes con problemas de adicción y de cualquier otro cuadro autodestructivo.

Sublimar el nocivo hábito

Es importante aclarar que el atribuir un significado y el idealizar la experiencia con la droga son procesos comunes a todos los drogadictos (nivel común); pero, el significado concreto que en cada drogadicto adquiere la experiencia con la droga (nivel específico), así como

la temática específica en la que se concretiza la idealización de esa experiencia, parecen ser procesos propios de cada persona.

Es en la psicoterapia a largo plazo, cuando el paciente ha sostenido una abstinencia sólida, que podemos profundizar en las motivaciones personales y particulares de la adicción que padece.

Referencias bibliográficas

Anzieu, D. (1985). *El yo-piel*. España: Biblioteca Nueva, 1998.

Bick, E. (1968). "The experience of the skin in early object relation" en *Int. J. Psychoanal*, Vol. 49, 1968, pp. 484-486.

Ingelmo, J., Ramos, M. I., Méndez, J. A. y González, E. (2000). "El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas" en *Aperturas psicoanalíticas*. Recuperado desde <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=116>

Segal, H. (1957). "Notes on symbol formation" en *Int. J. Psychoanal*, Vol. 38, pp. 391-397.

Spicer, J. (1993). *The Minnesota model: The Evolution of the Multidisciplinary Approach to Addiction Recovery*. EEUU: Hazelden.

Washton, A. (2003). *La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención*. Barcelona, España: Paidós.

Winnicott, D. (1963). "El miedo al derrumbe" en *Exploraciones psicoanalíticas*. Paidós.





Telesalud mental. Tratamiento en línea para adictos a las drogas

Ricardo Sánchez Huesca

Carmen Fernández Cáceres

Liliana Berenice Templos Núñez

Introducción

La pandemia por Covid-19 ha modificado prácticas y conductas en amplios sectores de servicios incluyendo la medicina, la psicología y las ciencias sociales. Las restricciones de cercanía y otras medidas sanitarias, indispensables para controlar contagios, hicieron que se suspendieran o disminuyeran los tratamientos cara a cara con usuarios de sustancias.

Ante tal circunstancia, surgió la necesidad de encontrar alternativas para continuar proporcionando la atención al tener evidencia que padecer Trastorno por Uso de Sustancias puede ser un factor de riesgo de contagio, particularmente para aquellos que fu-

man o vapean sustancias como nicotina o cannabinoides, ya que esto puede ocasionar alteraciones diversas en los sistemas respiratorio y cardiovascular. Este riesgo también está presente en usuarios de opioides y metanfetaminas, sustancias que causan daño pulmonar, hipertensión pulmonar y cardiomiopatía (Dunlop *et al.*, 2020; Volkow, 2020).

Nuevos procedimientos

Las condiciones de vulnerabilidad en usuarios problemáticos o con dependencia a sustancias hacen indispensable la disponibilidad de un tratamiento pero, por otra parte, las medidas sanitarias generales para disminuir riesgos de contagio delimitan el contacto, lo que implica restringir el número de pacientes, familiares, así como de personal médico y paramédico, en cada unidad de atención, reduciendo además espacios de atención, ampliando la distancia social entre metro y medio a dos metros, el uso de cubrebocas, gel sanitizante entre otras medidas de higienización.

Además de lo anterior, cuidando a los cuidadores, es necesario posibilitar que el personal médico con condiciones clínicas que lo ubican dentro del grupo vulnerable a Covid-19 como edad avanzada, hipertensión, diabetes, sobrepeso, no asista a las unidades continuando su labor confinado en su casa. La solución para seguir proporcionando los servicios es el uso de la tecnología móvil. La crisis sanitaria evidenció un procedimiento que desde hace décadas estaba ahí pero al cual no se le había prestado suficiente atención, la telemedicina o telesalud.

Antecedentes para la nueva realidad

Nuestra sociedad actual está inmersa en un estilo de vida descrito como “era digital”, existe una aplicación para cada cosa, una herramienta de comunicación para cada propósito y una amplia gama de tecnologías y plataformas a ser seleccionadas dependiendo del contexto general. La pandemia lo que hizo fue forzarnos a mirar una metodología e instrumentación con larga data en salud.

El concepto de telemedicina data de 1905 cuando un médico holandés utilizó el teléfono para transmitir y monitorear sonidos y ritmos cardiacos. El reconocimiento formal del término inició alrededor de 1920 cuando las señales de radio y televisión fueron utilizadas para enviar evaluaciones clínicas.

Las primeras transmisiones de imágenes, videos y datos médicos complejos ocurrieron a finales de 1950 e inicios de 1960. En 1959, la Universidad de Nebraska usó la televisión interactiva para transmitir exámenes neurológicos, lo que se considera como el primer caso de una consulta por video en tiempo real. A esto siguió la conformación de la Telepsiquiatría a través de consejería a distancia.

La tecnología digital en la salud

La Organización Mundial de la Salud (s. f.) ha identificado la telepsiquiatría como un elemento clave para proporcionar atención en salud mental. Debido a que en ese campo intervienen además de los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros utilizaremos el término telesalud mental, ya que es más incluyente.

La telesalud mental utiliza dispositivos diversos como teléfono, correo electrónico, chat, mensajes de texto y videoconferencia. Estos medios tecnológicos incluyen diferentes estrategias. Cuando el intercambio de información entre paciente y especialista se da en tiempo real se denomina sincrónica, como sucede en la videoconferencia, chat o llamada telefónica. Cuando esta comunicación se da en un espacio y tiempo distinto se designa como asincrónica (Torous, Myrick, Rauseo-Ricupero & Firth, 2020). Esto sucede con frecuencia en correos electrónicos, WhatsApp y mensajes de texto.

La ausencia del contacto cara a cara impacta en las relaciones de texto. No ver el rostro y las expresiones de la otra persona ni escuchar su sonido de voz hace la comunicación más difícil. Sustituir estas carencias requiere utilizar estrategias que permitan inferir emociones y estados de ánimo en el mensaje escrito como el tamaño de la letra, puntuaciones, uso de expresiones, entre otros.

La ausencia física tiene efectos distintos en cada persona, algunas sienten reducido su sentido de intimidad y cercanía y perciben el texto escrito como distante, no afectivo. Otros, de manera contraria, pueden sentirse cómodos con esa distancia, menos intimidados por la mirada del otro y quizás con mayor disposición a contar sucesos vergonzantes o incómodos.

El ciberespacio permite un encuentro social en tiempo real o diferido. Un correo electrónico, mensaje o WhatsApp no requiere que las personas estén conectadas al mismo tiempo, esto permite minutos, horas o días para responder. Crea un espacio temporal flexible donde la interacción puede acercarse o distanciarse según se deseé.

Los beneficios de la cibercomunicación

En las comunicaciones sincrónicas como el chat o mensaje instantáneo, paciente y terapeuta están al mismo tiempo en el teléfono o en la computadora, esto facilita una comunicación puntual, directa, creando una sensación de presencia, intimidad, un estar juntos en el surgimiento de ideas y sentimientos. Ambos participantes son más espontáneos durante la sesión directa y en las pausas o cambios en el ritmo de la conversación aportan información adicional. A diferencia de los mensajes asincrónicos, aquí las sesiones están delimitadas por el tiempo y espacio.

Un elemento común a las relaciones de texto sincrónicas y asincrónicas es la desinhibición, ya que las personas pueden expresarse más abiertamente debido a varios factores. En primer lugar, el anonimato, en la comunicación escrita, la persona puede ocultar su identidad real; segundo, la invisibilidad, la otra persona no puede vernos; tercero, el texto, da la percepción de una comunicación entre iguales, ya que se puede contestar o suspender cuando se desea, el poder es mucho más horizontal.

Una ventaja de las relaciones de texto es que la distancia geográfica no es una barrera para acceder al otro. La conexión puede darse en segundos, siempre está disponible. La oportunidad de enviar un mensaje al terapeuta en cualquier momento crea una sensación de cercanía con el mismo, eliminando las barreras de tiempo y espacio. El concepto de separación adquiere un nuevo sentido, lo cual crea una ventaja o desventaja dependiendo del paciente y del terapeuta.

El tratamiento en línea una buena solución

Pero, ¿es posible proporcionar una intervención psicológica y psicoterapia a distancia? Esta es una pregunta que se ha planteado desde hace varios años por diferentes modelos de tratamiento en salud mental. A la fecha sabemos que es factible realizar una intervención breve, para un problema definido, focalizando la resolución del mismo en la o las sesiones necesarias. Es el caso de los Primeros Auxilios Psicológicos o la Intervención en Crisis.

En relación con la psicoterapia, cuyos objetivos son menos delimitados y en la cual se buscan cambios en el estado mental, emociones y/o conducta, surgen reflexiones y retos por resolver. Una amplia variedad de enfoques de psicoterapia consideran dentro de sus factores fundamentales, para un buen desarrollo, la calidad de la relación terapéutica entre paciente y terapeuta dentro de lo cual incluyen elementos como empatía, calidez y genuino interés por proporcionar ayuda por parte del segundo, además de los elementos metodológicos y técnicos apropiadamente utilizados.

Múltiples investigaciones sobre psicoterapia llegan a la conclusión que el factor fundamental para alcanzar la mejoría o curación es la relación con el terapeuta (Flückige, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Kallergis, 2019). En la modalidad de terapia a distancia cabe preguntarse: ¿cuál es el vínculo relacional que se establece con una imagen, una voz o un texto?, ¿cómo impacta el no mirar al otro a la construcción de lo que se denomina *alianza terapéutica*? Diversos estudios concluyen que no hay diferencia entre la relación terapéutica que se establece a distancia por videoconferencia que

cara a cara (Rees y Stone, 2005) aunque sigue sin contestarse esta pregunta en las relaciones de texto.

Desde que el servicio de internet se estableció alrededor de 1990, la atención psicológica utilizando este medio empezó a aparecer aunque de manera escasa; la mayoría de las personas se mostraba cauta con esta nueva forma de intervención y los clínicos desalentaban a sus pacientes de llevar a cabo su tratamiento por esa vía. La mayoría de estos profesionales se preguntaban sobre su eficacia, la idea de reemplazar un vínculo cara a cara por relaciones a distancia o de texto era casi no considerada.

La terapia a distancia es eficaz

No obstante, en la medida que internet se expandía y el servicio de telesalud mental se ampliaba, iniciaron múltiples estudios para conocer su aceptación y eficacia. Diversas investigaciones han mostrado que en años recientes, la búsqueda de tratamiento a través de estos medios es alta, así como la satisfacción con estos servicios (Ignatowicz, Atherton, Bernstein, Bryce, Court, Sturt & Griffiths, 2019); (Backhaus, Agha, Maglione, Repp, Ross, Zuest, Rice-Thorp, Lohr & Thorp, 2012).

La aplicación de la terapia a distancia ha mostrado su eficacia en servicios de prevención de suicidio, ansiedad, depresión, TDAH, trastornos de conducta y desorden de estrés postraumático entre otros (Aboujaqude, Salame, Naim, 2015; Chakrabarti, 2015; Heravian, Chang, 2018). En cuanto a los enfoques teórico-técnicos, existe

una amplia investigación sobre los resultados de la Terapia Cognitivo Conductual, pero escasa sobre otras metodologías (Aboujaqude, Salame, Naim, 2015).

La telesalud buen recurso para atender al adicto

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, en el mundo, una amplia cantidad de personas con trastornos por uso de sustancias requiere tratamiento pero solo una cantidad reducida lo recibe. La telesalud mental es un recurso que podría ayudar a resolver esta necesidad.

Aun cuando la implementación de intervenciones para usuarios de drogas a través de internet se ha desarrollado a partir de la primera década de los 2000, la atención en salud mental a distancia se había aplicado desde mucho tiempo antes utilizando los medios de comunicación asequibles de acuerdo con la época. En México, la atención a distancia con usuarios de sustancias inició en 1978 con la creación del Servicio de Orientación e Información Telefónica de los Centros de Integración Juvenil, institución que, al observar que personas usuarias y sus familiares no podían acceder a recibir atención cara a cara por no estar disponible en su localidad un centro de atención, creó este servicio telefónico el cual es atendido por psicólogos y trabajadores sociales.

Orientación por teléfono

Desde entonces y hasta la actualidad, el mismo continúa ofreciendo orientación y soporte psicológico por teléfono, ahora ampliado con mensajería instantánea (Centros de Integración Juvenil, 2019). A causa de la pandemia, los 107 centros de consulta externa especializada y las 11 unidades de hospitalización de los Centros de Integración Juvenil reestructuraron su servicio de consulta para proporcionarlo a distancia por teléfono y web. En el país, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz también opera una intervención cognitiva conductual a distancia para usuarios de drogas (Tiburcio *et al.*, 2018).

En una revisión de la situación en otros países encontramos lo siguiente. En un estudio llevado a cabo con nativos de Alaska, Legha y colaboradores (2020) analizaron los expedientes de personas que habían sido tratadas por consumo de sustancias y trastornos comórbidos (como depresión o estrés postraumático) en un formato presencial o a distancia por videoconferencia. Encontraron que las personas atendidas a distancia mostraron mayores niveles de retención al tratamiento, fueron menos referidas a farmacoterapia y finalizaron más el tratamiento completo.

Las videoconferencias, una opción objetiva

Lin y colaboradores (2019) condujeron una revisión sistemática para evaluar los resultados del uso de videoconferencias en el tratamiento

del consumo de nicotina, alcohol y opiodes. Se analizaron 13 estudios que ofrecían psicoterapia con distintos enfoques como motivacional, cognitivo conductual, terapia familiar o prevención de recaídas. Los estudios seleccionados hallaron que, en general, el tratamiento por videoconferencia promueve niveles de satisfacción en los participantes y es una alternativa efectiva cuando el tratamiento presencial no está disponible.

La perspectiva de terapeutas que prestan servicios a distancia a través de mensajería también ha sido evaluada. En un estudio cualitativo con grupos focales, los especialistas comentan que trabajar de esta forma es un reto a nivel comunicativo, ya que no existen las señales corporales que sí se observan en el trabajo cara a cara. El anonimato, la mayor disponibilidad y el grado de autonomía que se da al paciente fueron señalados como ventajas (Ekström & Johansson, 2019).

A continuación se describen algunos métodos de tratamiento a distancia específicos por sustancia.

Alcohol

Por el número de estudios publicados, se infiere que el tratamiento para esta sustancia es el que ha recibido mayor atención. Un meta-análisis que aborda los resultados de 19 ensayos clínicos aleatorios encuentra que las intervenciones a través de internet para adultos con problemas por su manera de beber son eficaces para disminuir el consumo semanal de copas estándar y respetar los límites de consumo establecidos para hombres y mujeres. Ocho de las intervenciones incorporaron la interacción con un profesional.

En la mayoría había una combinación de retroalimentación personalizada, técnicas cognitivo conductuales, psicoeducación y

elementos del Modelo del Cambio o de la Entrevista Motivacional, entre otros. El meta-análisis incluyó datos de 14 198 personas en la evaluación inicial y de 8 095 participantes en el periodo posttratamiento; 43% de los participantes abandonó en algún momento el tratamiento. Los resultados indican que las intervenciones con interacción de un profesional mostraron un impacto mayor que las automatizadas, y las que emplearon solo una retroalimentación personalizada mostraron efectos menores a las que incluyeron elementos terapéuticos (Riper *et al.*, 2018).

Ekström y Johansson (2020) condujeron el análisis cualitativo de 38 entrevistas de personas que habían participado en una intervención en línea para tratar sus problemas por consumo de alcohol. La misma incluía un foro de discusión *online*, apoyo asincrónico por escrito por parte de un terapeuta y un programa cognitivo conductual con elementos de Entrevista Motivacional. Este programa aborda el establecimiento de metas de consumo, autocontrol, solución de problemas y prevención de recaídas; opcionalmente se ofrecen módulos de regulación de sentimientos, habilidades para rehusar el consumo y control de la ansiedad.

Los bebedores prefieren el anonimato

Las motivaciones para elegir este tratamiento fueron haber experimentado consecuencias negativas del consumo de alcohol, culpa generada por su consumo y porque éste era un tratamiento disponible donde existe el anonimato. Comentan que el permanecer anónimos les

permite ser más sinceros, sobre todo al principio de la intervención y también les asegura cierto grado de privacidad y autonomía.

Otra ventaja que hallaron fue evitar contar a otras personas, familia, amigos o empleadores, que acudirían a un tratamiento para su consumo de alcohol. Los entrevistados que habían tenido la guía de un terapeuta, indicaron que les había sido de gran utilidad porque les permitió reflexionar sobre su consumo.

Algunas intervenciones en línea han abordado también el uso de alcohol y su co-morbilidad con otros trastornos mentales, como la depresión. Deady y colaboradores (2016) condujeron un ensayo clínico aleatorio con 104 jóvenes de entre 18 y 25 años de edad que presentaban síntomas leves de depresión y consumo de alcohol en riesgo. El programa es una intervención automatizada de corte cognitivo conductual conformada por cuatro módulos a completar en cuatro semanas que abordan psicoeducación, balance de decisión, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Buen recurso el tratamiento *online*

Al término de la intervención, los participantes presentaron alivio en la severidad de los síntomas de depresión y reducciones en la cantidad y frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en comparación con el grupo control. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en el seguimiento a seis meses. Estos hallazgos sugieren que la eficacia del tratamiento *online* para usuarios de alcohol en concomitancia con síntomas depresivos debe ser evaluada con mayor profundidad.

Tabaco

Taylor y colaboradores (2017) realizaron un meta-análisis para determinar la efectividad de los tratamientos *online* para dejar de fumar. Incluyeron un total de 67 ensayos clínicos aleatorios a través de los cuales analizaron los datos de 45 194 participantes. Las intervenciones que probaron dichos ensayos se clasificaron en interactivas y no interactivas, así como personalizadas y no personalizadas. Las interactivas incluían un flujo de comunicación bidireccional del paciente con la intervención (por ejemplo, con la guía de un terapeuta), mientras que las personalizadas adaptaban sus contenidos a las características y necesidades del participante.

Se encontró que los programas interactivos y personalizados fueron más eficaces en promover el cese del consumo de tabaco en comparación con los programas que incluían algún componente escrito de auto-ayuda y que las intervenciones no personalizadas y no interactivas. En otro meta-análisis llevado a cabo con dos ensayos clínicos con 615 participantes, se evaluó la eficacia de la terapia ofrecida a través de videoconferencia en comparación con la llevada a cabo únicamente por teléfono para dejar de fumar. Se encontró que no hubo diferencias en ambos grupos en cuanto a la suspensión del consumo, número de intentos de dejar de fumar, sesiones tomadas ni en la alianza terapéutica (Tzelepis *et al.*, 2019).

Es importante resaltar que los estudios incluidos en los dos meta-análisis antes citados son de calidad metodológica media a baja, esto implica que sus conclusiones deben ser tomadas con cautela y es necesario llevar a cabo investigaciones con mayor rigor metodológico.

Videoconferencias para los fumadores

En México, la utilización del tratamiento por internet para este efecto ha sido poco explorada. Un estudio realizado por Cupertino y colaboradores evalúa la viabilidad y aceptación de una herramienta computarizada que busca promover que los participantes abandonen el consumo del tabaco. El acceso a dicha herramienta se realizó a través de una computadora conectada a internet ubicada en una clínica de atención primaria.

El programa recababa información sobre el participante y lo guiaba a través de decisiones específicas sobre apoyo farmacológico y terapia. La información acerca del consumo y de las decisiones que tomaba el participante, se imprimía para él y para el proveedor de salud. Participaron 164 personas adultas, que casi en su totalidad reportaron interés en dejar de fumar después de realizar el programa.

Con buenos resultados

En el seguimiento a tres meses, una quinta parte mencionó haber participado en terapia y dos personas de cada diez dejaron de fumar (Cupertino *et al.*, 2018). Estos resultados sugieren que el uso de un programa computarizado que permita al usuario tomar decisiones autónomas e informadas sobre su consumo de tabaco puede ser una estrategia eficaz para promover la suspensión del mismo.

Cannabis

Siendo el *cannabis* la sustancia mayormente utilizada en el mundo y asumiendo que existe una amplia población que requiere atención para el uso problemático de la misma, se han creado distintas intervenciones a distancia. En Australia, se desarrollaron dos programas cuya eficacia ha sido probada. El primero es para realizarse por teléfono, creado por Gates, Norberg, Copelando y Digiusto (2012), consiste en cuatro sesiones de 60 minutos, una por semana, y son conducidas por consejeros entrenados en la metodología. Las dos primeras basadas en la Entrevista Motivacional, buscan adherencia y fortalecer la motivación al cambio.

Sesiones telefónicas para la persona adicta

Durante ese periodo, se promueve la disminución gradual semanal del consumo. Las dos sesiones siguientes consideran técnicas de la terapia cognitiva conductual para continuar reduciendo el consumo y evitar recaídas. Los participantes realizan ejercicios de auto-ayuda entre sesiones. Los autores concluyen que la Entrevista Motivacional más esta terapia conductual cognitiva por teléfono, puede ayudar a reducir la dependencia a *cannabis* y promover abstinencia en un corto plazo.

El segundo programa, se estructuró para llevarse a cabo por internet de manera autogestiva, sin un asesor presencial, el mismo fue creado por Rooke, Copeland, Norberg, Hine y McCambridge (2013) y se compone de seis módulos: 1. Retroalimentación y construcción de la motivación, 2. Manejo de la urgencia de fumar y abstinencia,

3. Cambiando el pensamiento, 4. Construyendo estrategias y habilidades, 5. Actividades y habilidades interpersonales, y 6. Prevención de recaídas y cambio de estilo de vida.

El sitio web hace una carpeta personalizada para cada participante, le permite ligas y de manera automática y semanalmente genera correos electrónicos para motivarlo. Al hacer una evaluación del programa consideran que esta intervención a través de la web puede ser un medio eficaz para usuarios de *cannabis* no graves.

Consejeros virtuales

Waller, Bonar, Fernández y otros realizaron en 2019 un estudio para evaluar la eficacia de una intervención breve por computadora cuyo objetivo era reducir el consumo de marihuana en usuarios adultos. La misma consistió de un programa interactivo guiado por un consejero virtual e integró cinco dominios derivados de la entrevista motivacional: metas para el cambio, fortalezas, preocupaciones por el uso y los beneficios del cambio, retos y herramientas para el cambio.

El objetivo principal era hacer un seguimiento a seis meses en usuarios vigentes. En general, se encontró que esta intervención breve era efectiva para reducir el uso de marihuana y los componentes que mayor peso tuvieron para conseguirlo fueron las preocupaciones y los beneficios del cambio, particularmente los relacionados con la familia y los amigos.

Otro estudio publicado en 2020 en Noruega compara resultados del tratamiento de usuarios de *cannabis* utilizando dos estrategias: una, cara a cara y otra, por medio de una aplicación para teléfono. Entre sus hallazgos sociodemográficos registró que la app fue más utilizada

por mujeres; en relación con el impacto en el consumo de *cannabis*, no hubo diferencias entre ambos grupos —presencial y app— pero sí en cuanto a salud mental, ya que el grupo de la app exhibía mayores índices de depresión de acuerdo a la Lista de Síntomas Hopkins y menor bienestar percibido. El estudio concluyó que la app puede ser una alternativa para aquellos usuarios de *cannabis* que todavía no están preparados para buscar un tratamiento en servicios de atención (Vederhaus *et al.*, 2020).

Terapias motivacionales

Existe un programa denominado *Moment*, el cual es una intervención para reducir el uso de mariguana y combina terapia breve motivacional con un automonitoreo a través de una app y mensajes. Su población objetivo son jóvenes, entre 15 y 24 años, que han usado mariguana al menos tres veces por semana. En la intervención, el joven participa en dos sesiones de terapia motivacional durante las cuales identifica tres principales motivos sociales y emocionales para el uso y discute caminos saludables para manejarlos.

Luego completa dos semanas de reportes a través de la app registrando los tres principales disparadores de uso o deseo de usar y recibe mensajes para impulsar la autoeficacia, poniendo a su consideración estrategias de enfrentamiento. El programa da seguimiento a cambios diarios y retroalimenta durante tres ocasiones al mes. En una evaluación de este programa realizado en 2014 se encontró que fue bien aceptado por los jóvenes quienes consideraron que los mensajes escritos de motivación les ayudaron y confortaron (Shrier, 2014).

Evaluar la eficacia

Un estudio realizado por Fernandes, Ferigolo y otros en Brasil en 2010 buscó evaluar la eficacia de la Intervención Breve Motivacional por teléfono para disminuir el consumo de marihuana. El estudio con un diseño experimental incluyó 524 participantes distribuidos en dos grupos, a uno se le proporcionó la intervención completa y al otro una intervención mínima.

En ambos grupos, se evaluó el nivel de consumo y motivación para el cambio. El resultado a los seis meses mostró mayor nivel de abstinencia en los sujetos del grupo experimental (73% sobre 59% del grupo control) concluyendo que este tipo de intervención completa por teléfono es eficaz para disminuir el uso de la sustancia.

En una investigación que analizó la eficacia de dos formas de tratamiento: teléfono contra internet, también se encontraron diferencias en el proceso. Entre las más relevantes está que aproximadamente la mitad de los usuarios atendidos por teléfono buscaba en un inicio un tratamiento tradicional, condición hallada solo en 2% de quienes seguían un tratamiento en web. Relevante fue también que hubo menos abandono del tratamiento en quienes lo hicieron por teléfono (38% contra 46% en web).

Dos métodos con buenos resultados

Diferencias demográficas, predictores de adherencia, retención y satisfacción con el tratamiento también fueron distintos entre ambas poblaciones. En cuanto a la eficacia para disminuir el uso de mari-

guana, los dos métodos tuvieron los mismos resultados positivos sin diferencias (Rooke, Gates, Norberg & Copeland, 2014).

Un estudio en Alemania sobre el efecto de las intervenciones en chat (sincrónicas) y postergadas (asincrónicas) de un programa para reducir el consumo problemático de marihuana denominado *Deja la basura* encontró que no existe diferencia en cuanto al objetivo de disminuir el uso de la sustancia, aunque el mensaje sincrónico construye una alianza terapéutica más fuerte entre usuario y terapeuta y produce una opinión de mayor satisfacción con el tratamiento en el paciente (Jonas, Tensil & Tossman, 2018).

Cocaína

Schaub y colaboradores (2019a) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorio con usuarios de cocaína para evaluar la eficacia de una intervención en línea en la reducción del consumo de esta sustancia. La intervención tenía dos variantes, una autoayuda y un modelo cognitivo conductual, el cual se ofrecía con y sin comunicación asincrónica con un terapeuta. Se descubrió que solo los participantes de la intervención con y sin chat mostraron un decremento en el consumo en comparación con los usuarios de cocaína que únicamente participaron en el programa de autoayuda.

En otro ensayo clínico, se evaluó una intervención automatizada, anónima, basada en la terapia cognitivo conductual, entrevista motivacional y prevención de recaídas en comparación con la intervención del grupo control, que incluyó únicamente módulos de información en línea. Se halló que no hubo diferencias en el nivel de consumo entre los participantes de la intervención automatizada y los del grupo control, sin embargo, los primeros mostraron mayores

niveles de retención. Los autores concluyeron que esta intervención atrae a un grupo específico de usuarios, personas de mayor edad y con mayor educación, posiblemente por el anonimato que la intervención asegura (Schaub *et al.*, 2019b).

Un acierto, el tratamiento computarizado

Carroll y colaboradores (2014) llevaron a cabo también un ensayo clínico aleatorio con usuarios dependientes a cocaína para evaluar la eficacia de una intervención de corte cognitivo conductual computarizada en comparación con el mantenimiento solo con metadona. Los participantes asignados a la intervención computarizada fueron más propensos a lograr tres o más semanas de abstinencia y este efecto se mantuvo a los seis meses de seguimiento. En un análisis secundario de la evaluación del tratamiento computarizado, se exploró la eficacia de éste para desarrollar estrategias de afrontamiento, notando que resulta eficaz para mejorar dichas estrategias en situaciones de riesgo de consumo (Kiluk *et al.*, 2017).

La evaluación de este tratamiento cognitivo conductual en conjunto con la galantamina también ha sido evaluado a través de un ensayo clínico. Este fármaco mejora las capacidades cognitivas y ha demostrado eficacia en el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Los autores no percibieron evidencia que en combinación con la intervención computarizada mejore los resultados del tratamiento (Carroll *et al.*, 2018).

Llamadas automatizadas

Freedman y colaboradores (2006) condujeron una investigación para evaluar el consumo de cocaína y *crack*, relacionado con ansiedad y sus disparadores en personas en situación de calle a través de un sistema de llamadas automatizadas a un celular para indagar sobre estas conductas. El celular se les proporcionaba. La información se contrastó con pruebas de toxicología en orina, resultando 73% de coincidencia entre ellas, lo que sugiere que el uso de esta herramienta es adecuado para evaluar tanto el consumo como los disparadores del mismo.

En la actualidad está en evaluación el uso de un reloj “inteligente” que mediante un sensor colocado en la muñeca permite la detección del consumo de cocaína. Este es un método menos invasivo que mediante muestras de orina (Holtyn *et al.*, 2019).

Heroína y opioides

Masson y colaboradores (2019) condujeron una evaluación del uso de tecnologías digitales y actitudes hacia la heroína para abordar temas de salud en pacientes con prescripción de metadona. Los factores que más predijeron su uso fueron la edad, tener un empleo y experimentar dolor corporal. Estos resultados se utilizaron para la creación de un portal en línea con información sobre VIH y hepatitis C específico para usuarios de opioides.

En otro estudio con pacientes atendidos con metadona, Eibl y colaboradores (2017) analizaron el nivel de retención de 3 733 pacientes que fueron atendidos a través de telesalud, cara a cara o en una combinación de ambas, encontrando que quienes habían recibido el tratamiento predominantemente a través de telesalud, pre-

sentaron mayores niveles de retención a un año de haber iniciado el tratamiento.

Otra investigación exploró el uso de internet para la prescripción de buprenorfina en personas que viven en zonas rurales. Se encontró que este medio es viable para aquellos consumidores de opiáceos con dificultad para acudir a una clínica (Brunet *et al.*, 2020). En un estudio para evaluar los resultados del uso de videoconferencia para la prescripción de buprenorfina, Zheng y colaboradores (2017) hallaron que no existen diferencias entre el uso de esta modalidad y la intervención cara a cara en los días de abstinencia.

Dispositivos móviles para la prevención

Otro estudio similar evaluó los patrones de uso de telefonía celular, internet y la disponibilidad para recibir información a través de dispositivos móviles entre usuarios de drogas inyectables. Condujeron una encuesta entre 845 personas, de las cuales, casi 90% contaba con un teléfono celular, pero solo 42% mostró interés en recibir información sobre salud, lo que puede implicar una barrera a la implementación de intervenciones a distancia para esta población (Genz *et al.*, 2015).

Las percepciones de los proveedores de salud junto a las de los pacientes también han sido analizadas. En una investigación realizada en China, Taiwán y Estados Unidos de América, se evaluó el grado de aceptación y utilidad para el desarrollo de una aplicación para teléfono inteligente que asistiera en la recuperación de usuarios de heroína. En general, los participantes estuvieron de acuerdo en que esta herramienta sería útil aunque fue cuestionada para

momentos de ansiedad por los participantes de China y Taiwán. Otras preocupaciones, se centraban en la accesibilidad a los teléfonos inteligentes. Estos resultados sugieren diferencias culturales (Schulte *et al.*, 2016).

Metanfetaminas

Ameri y colaboradores (2019) realizaron una revisión sistemática en donde se exploró el efecto de intervenciones a través de mensajes de texto y de aplicaciones de teléfono inteligente sobre el uso de metanfetaminas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. Se encontró que los mensajes de texto disminuyeron de forma significativa el consumo de esta sustancia y de las relaciones sexuales sin protección.

Las redes sociales de gran utilidad

Otro estudio evaluó el contenido de las publicaciones en grupos en redes sociales como Facebook, dedicados a apoyar la recuperación de personas con trastorno por consumo de metanfetaminas. Los autores registraron que las publicaciones ofrecían información sobre el consumo y la sustancia, mensajes de contención emocional, validación, alivio para la culpa y formación de redes de apoyo. Sugieren que este tipo de mensajes puede ser útil para disminuir el estigma que conlleva el consumo de esta sustancia y conectar con otras personas que puedan servir como modelos de apoyo (Ellway, Reilly, Le Couteur & Ward, 2019).

También se ha abordado la utilidad de una aplicación para celular que busca promover la mejora en déficits cognitivos como resultado del consumo de metanfetamina. La aplicación contiene cuatro tareas cognitivas que permiten ejercitarse la memoria y la atención. Se halló que el completar estas tareas se asocia con una mejoría en el control de impulsos y en las habilidades intelectuales de los participantes (Zhu *et al.*, 2018).

Implicaciones técnicas, éticas, de privacidad

En este punto hay que hacer algunas reflexiones. Se calcula que en 2018 en América Latina y el Caribe, 13 de cada 100 personas contaban con una suscripción a banda ancha, mientras que 16 personas de cada 100, tenían una línea telefónica fija. En telefonía celular, por cada 100 personas existían 101 suscripciones (Banco Mundial, 2018). En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares, aunque solo 44.3% de los hogares dispone de una computadora. Por tipo de población, los usuarios de internet de la zona urbana ascienden a 76.6% mientras que en la rural llegan a únicamente a 47.7% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Estos datos son relevantes para considerar el impacto que tiene la carencia de estas herramientas tecnológicas en México y en países en vías de desarrollo, disparidades importantes a resolver dentro de las políticas públicas de acceso a la salud mental y al tratamiento de las adicciones (Galea-Singer, Newcombe, Farnsworth-Grodd, Sheridan, Adams & Walker, 2020; Pereira-Sánchez, Adiukwu, El Hayek, Gashi Bytyçi, González-Díaz, Kudva Kundadak, Larnaout & Nofal, 2020).

Respeto a la privacidad

Las innovaciones del tratamiento en línea traen consigo también una serie de cuestiones éticas relacionadas como el respeto a la privacidad, confidencialidad y el consentimiento informado (Chaet, Clearfield, Sabin & Skimming, 2017). El intercambio de datos sensibles como identificación, hábitos y estilo de vida, patrón de consumo, síntomas y trastornos concomitantes, entre otros, exige la protección y el manejo adecuados para evitar su divulgación o uso perjudicial.

En cuanto a esto, son necesarios la creación y el respeto absoluto de políticas de protección de datos que incluyan el desarrollo de plataformas y tecnologías que aseguren que la transmisión de información es completamente segura. Cuando la persona atendida es un niño o adolescente, los padres o tutores deben dar su consentimiento informado.

La intimidad en las terapias virtuales

También es necesario asegurar la privacidad del medio utilizado en la consulta virtual, concretamente el espacio donde se proporciona. ¿Cuál es el concepto de privacidad en una sesión terapéutica virtual, llevada a cabo en casa, donde probablemente estén presentes otros miembros del grupo familiar? ¿Cuáles son los temas íntimos posibles de exponer a través de medios virtuales, en un adolescente o una pareja? ¿Cómo podría trabajarse la violencia doméstica desde el propio espacio donde ocurre? Éstas y otras preguntas habrá que resolver en la nueva normalidad y apertura al trabajo a distancia.

Conclusiones en la nueva realidad

La pandemia Covid-19 alteró completamente nuestras vidas y hemos tenido que descubrir formas diferentes de relación a las que estábamos acostumbrados. La incorporación de las nuevas tecnologías a la salud mental presenta innumerables posibilidades entre otras, abre la oportunidad de atender a poblaciones difíciles de alcanzar cara a cara por motivos geográficos o económicos y permite la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, las visitas a domicilio y el seguimiento de los pacientes y sus familias. La discusión grupal a través de grupos de WhatsApp es efectiva también para reducir recaídas, por su comunicación directa y apoyo social (Cheung *et al.*, 2015 citado por Calvo, Turró-Garriga & Carbonell).

El uso de teléfonos inteligentes y computadoras acerca a especialistas y personas que los requieren y abre la posibilidad a sesionar por esta vía a los grupos de ayuda mutua, modalidad frecuente para usuarios problemáticos de alcohol. Una de las experiencias enriquecedoras que dejará esta pandemia es el posicionamiento de los recursos digitales, los cuales, seguramente se incorporarán en los programas de salud mental de manera exclusiva o híbrida con tratamientos cara a cara de acuerdo a los recursos y las necesidades específicos del paciente, terapeuta y localidad geográfica.

Aptos para los tratamientos en línea

Ante su mayor uso habrá que considerar la formación académica necesaria para proporcionar tratamientos en línea, con la rigurosi-

dad que en general tienen los entrenamientos presenciales en salud mental y adicciones, los cuales además del cumplimiento de una currícula teórica e instrumental incluyen supervisión de casos por otros especialistas.

Para concluir, es importante anotar que la eficacia del tratamiento a distancia con personas consumidoras de sustancias en diferentes modalidades: llamada telefónica, videoconferencia, WhatsApp, chat, mensajes sincrónicos y asincrónicos, aunque haya mostrado eficacia en muchas de sus evaluaciones, dada la diversidad y amplitud de poblaciones que impacta, o podría estar en posibilidades de abarcar, requiere de mayor evidencia. Solo un ejemplo, un factor que parece fundamental a considerar es la edad del usuario.

En un estudio que comparó las tecnologías más usadas por adolescentes tempranos, entre 13 y 17 años (generación Z) con adolescentes y adultos jóvenes con edades entre 18 y 35 años (millennials) usuarios de sustancias que estaban siendo atendidos en medios digitales, se descubrió que la generación Z prefería Instagram y Snapchat en tanto los millennials el Facebook. Ambas generaciones recurrían a información sobre drogas en estos medios, pero poca de ella relacionada a formas de tratamiento.

Los adolescentes más interesados

En cuanto a su opinión sobre la eficacia de estos medios digitales, la app para teléfono y los mensajes en texto estuvieron mejor calificados por la generación Z que por los millennials (Curtis *et al.*, 2019). Estos datos, sin duda, son sumamente relevantes para la creación de

intervenciones y los medios a utilizar para alcanzar a la población objetivo. Otra variable importante a considerar en la construcción de programas es el género, algunos medios son más preferidos por mujeres que por hombres.

Un factor fundamental es el nivel de educación formal de la población objetivo, ya que si bien, muchas personas actualmente tienen por lo menos acceso a un teléfono inteligente, no todas han tenido el aprendizaje de manejar internet como medio para obtener información, tal es el caso de personas con niveles básicos de escolaridad y personas en situación de calle.

La importancia de los ensayos clínicos aleatorios

Para concluir, queremos enfatizar la necesidad de estimular la creación y puesta en operación de ensayos clínicos aleatorios con muestras amplias y representativas en usuarios de diferentes tipos de sustancias y distintas condiciones básicas como sexo, edad, escolaridad y condición socioeconómica para tener conclusiones fiables acerca de la eficiencia de estas intervenciones. La telesalud mental en adicciones y otros trastornos mentales es un campo clínico y de investigación con múltiples interrogantes y con amplias oportunidades.

Referencias bibliográficas

Aboujaqude E., Salame W., Naim L. (2015). Telemental health: a status update. *World Psychiatry*, 14(2), 223-230. doi: 10.1002/wps.20218

Ameri, A., Keshvardoost, S. & Bahaadinbeigy, K. (2019). Impact of Mobile Phone-Based Interventions on Methamphetamine Use and High-risk Sexual Behaviors in Men Who Have Sex with Men (MSM): A Systematic Review. *Addict Health*, 12(1): 58-68.

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J. & Thorp, S. R. (2012). Videconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. doi: 10.1037/a0027924

Banco Mundial (2018). Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicators/IT.NET.BBND.P2>

Brunet, N., Moore, D. T., Lendavai Wischik, D., Mattocks, K. M. & Rosen, M. I. (2020). Increasing buprenorphine access for veterans with opioid use disorder in rural clinics using telemedicine. *Substance Abuse*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1728466>

Calvo, F., Turró-Garriga, O., Carbonell, X. (2020). Evaluación de la eficacia de WhatsApp en un programa grupal de reducción de daños asociados al consumo inyectado de drogas. *Adicciones*. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1329>

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R. & Ball, S. A. (2014). Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy: Efficacy and Durability of CBT4CBT Among Cocaine-Dependent Individuals Maintained on Methadone. *Am. J. Psychiatry*, 171, 436-444. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13070987

Carroll, K. M., Nich, C., DeVito, E. E., Shi, J., M. & Sofuoglu, M. (2018). Galantamine and Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Cocaine Dependence: A Randomized Clinical Trial. *J. Clin. Psychiatry*, 79(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11669>

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2019). *50 años de atención a las adicciones en México: La experiencia de Centros de Integración Juvenil*. México: cij.

Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J. & Skimming, K. (2017). Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J. Gen. InternMed*, 32(10), 1136–1140. doi: 10.1007/s11606-017-4082-2

Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-bases approaches. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 286–304. doi: 10.5498/wjp.v5.i3.286

Cupertino, A. P., Cartujano-Barrera, F., Perales, J., Formagini, T., Rodríguez-Bolaños, R., Ellerbeck, E. F., Ponciano-Rodríguez, G. & Reynales-Shigematsu, L. M. (2018). "Vive Sin Tabaco. ¡Decídete!" Feasibility and Acceptability of an e-Health Smoking Cessation Informed Decision-Making Tool Integrated in Primary Healthcare in Mexico. *Telemedicine and e-Health*, 25(5), 425–431. doi: 10.1089/tmj.2017.0299

Curtis, B., Ashford, R., Magnuson, K. & Ryan-Pettes, S. (2019). Comparison of Smartphone ownership, social media use and willingness to use digital interventions between Generation z and Millennials in the treatment of substance use: cross-sectional questionnaire study. *Journal of medical internet research*, 21(4), e13050. doi: 10.2196/13050

Deady, M., Mills, K. L., Teeson, M. & Kay-Lambkin, F. (2016). An Online Intervention for Co-Occurring Depression and Problematic Alcohol Use in Young People: Primary Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *J. Med. Internet Res.*, 18(3), 1–12. doi: 10.2196/jmir.5178

Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G., Ryan, J., Hall, M., Ezrad, N., Haber, P., Lintzeris, N. & Maher, L. (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the Covid-19 pandemic. *Harm Reduction Journal*, 17(26). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00370-7>

Eibl, J. K., Gauthier, G., Pellegrini, D., Daiter, J., Varenbut, M., Hogenbirk, J. C., & Marsh, D. C. (2017). The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 176, 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.048>

Ekström, V. & Johansson, M. (2019). Sort of a nice distance: a qualitative study of the experiences of therapists working with internet based treatment of problematic substance use. *Addict Sci Clin Pract*, 14(44), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0173-1>

Ekström, V. & Johansson, M. (2020). Choosing internet based treatment for problematic alcohol use —why, when and how? Users' experiences of treatment online. *Addiction Science & Clinical Practice*, 15(22), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00196-5>

Ellway, D., Reilly, R., Le Couteur, A. & Ward, J. (2019). Exploring How People Affected by Methamphetamine Exchange Social Support Through Online Interactions on Facebook: Content Analysis. *JMIR Mental Health*, 6(10), 1–12. doi: 10.2196/14011

Fernandes, S., Ferigolo, M., Canellas, M., Moreira, T. C., Sangalli, P., Galvao, C. & Tannhauser, H. (2010). Brief motivational intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors* 35, 750–755. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.001

Flückige, C., Del Re, A. C., Wampold, B. & Horvat, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>

Freedman, M., Lester, K. M., McNamara, C., Milby, J. B. & Schumacher, J. E. (2006). Cell phones for ecological momentary assessment with cocaine-addicted homeless patients in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30, 105–111. doi:10.1016/j.jsat.2005.10.005

Galea-Singer, Newcombe, Farnsworth-Grodd, Sheridan, Adams & Walker (2020). Challenges of virtual talking therapies for substance misuse in New Zealand during the Covid-19 pandemic: an opinion piece. *New Zealand Medical Journal*, 133(1515), 104–111.

Gates, P. J., Norberg, M. M., Copeland, J. & Digiusto, E. (2012). Randomized controlled trial of a novel cannabis use intervention delivered by telephone. *Addiction*, 107(12), 2149–2158. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03953.x

Genz, A., Kirk, G., Piggot, D., Mehta, S., Linas, B. S. & Westergaard, R. (2015). Uptake and Acceptability of Information and Communication Technology in a Community-Based Cohort of People Who Inject Drugs: Implications for Mobile Health Interventions. *JMIR Mhealth Uhealth*, 3(2), e70. doi: 10.2196/mhealth.3437

Heravian, A., Chang, B. (2018). Mental health and telemedicine in the acute care setting: Applications of telepsychiatry in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(6), 118–119.

Holtyn, A. F., Bosworth, E., Marsch, L. A., McLeman, B., Meier, A., Saunders, E. C., Ertin, E.,... Ghitza, U. E. (2019). Towards detecting cocaine use using smartwatches in the NIDA clinical trials network: Design, rationale, and methodology. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.concctc.2019.100392>

Ignatowicz, A., Atherton, H., Bernstein, C. J., Bryce, C., Court, R., Sturt, J. & Griffiths, F. F. (2019). Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: a review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *Digital Health*, 5, 1-27. doi: 10.1177/2055207619845831

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Comunicado de prensa núm. 103/20. México: INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ENDUTIH_2019.pdf

Jonas, B., Tensil, M. D., Tossman, P. (2018). Effects of treatment length and chat-bases counseling in a Web-bases intervention for cannabis users: randomized factorial trial. *Journal of medical internet research*, 20(5), e166. doi: 10.2196/jmir.9579

Kallergis, G. (2019). The contribution of the relationship between therapist-patient and the context of the professional relationship. *Psychiatriki*, 30(2), 165-174.

Kiluk, B. D., DeVito, E. E., Buck, M. M., Hunkele, K., Nich, C. & Carroll, K. M. (2017). Effect of computerized cognitive behavioral therapy on acquisition of coping skills among cocaine-dependent individuals enrolled in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.011>

Kiluk, B. D., Nich, C., Buck, M. B., Devore, K. A., Frankforter, T. L., Lapaglia, D. M.,... Carroll, K. M. (2018). Randomized Clinical Trial of Computerized and Clinician-Delivered CBT in Comparison With Standard Outpatient Treatment for Substance Use Disorders: Primary Within-Treatment and Follow-Up Outcomes. *Am. J. Psychiatry* 175(9), 853-863. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17090978

King, V. L., Brooner, R. K., Peirce, J. M., Kolodner, K. & Kidorf, M. S. (2014). A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse

counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 36–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.009>

Legha, R., Moore, L., Ling, R. Novins, D. & Shore, J. (2020). Telepsychiatry in an Alaska Native Residential Substance Abuse Treatment Program. *Telemedicine and E-health*, 26(7), 905–911. doi: 10.1089/tmj.2019.0131

Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Soulsby Weyrich, M., Roby, D. H. & McMe- namin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007>

Masson, C. L., Chen, T. Q., Levine, J. A., Shopshire, M. S. & Sorensen J. L. (2019). Health-related internet use among opioid treatment patients. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100157>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito (2020). *World Drug Report. Resumen Ejecutivo. World Drug Report 2020*. Viena: United Nations.

Organización Mundial de la Salud (s. f.) *E-health technologies and substance abuse*. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/ehealth/en

Pereira-Sánchez, V., Adiukwu, F., El Hayek, S., Gashi Bytyçi, D., González-Díaz, J. M., Kudva Kundadak, G., Larnaout, A. & Nofal, M. (2020). Covid-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet*, 7(6), E29–E30. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30153-X)

Rees, C., Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in face-to-face versus video-conference psychotherapy. *Professional Psychology. Research and Practice*, 36, 649–653.

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki E., Boumparis, N., Mira, A., et al. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Med* 15(12): e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>

Rooke, S. E., Copeland, J., Norberg, M. N., Hine, D. W. & McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a Self-Guided Web-Based Cannabis Treatment Program:

Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2): e26. doi: 10.2196/jmir.2256

Rooke, S., Gates, P., Norberg, M. & Copeland, J. (2014). Applying technology to the treatment of cannabis use disorder: Comparing telephone versus Internet delivery using data from two completed trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 46, 78–84. doi: 10.1016/j.jsat.2013.08.007

Schaub, M. P., Paz Castro, R., Wenger, A., Baumgartner, C., Stark, L., Ebert, D., Quednow, B. B. & Haug, S. (2019a). Web-based self-help with and without chat counseling to reduce cocaine use in cocaine misusers: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 17. doi: 10.1016/j.invent.2019.100251

Schaub, M., Sulliva, R., Haug, S. & Stark, L. (2019b). Web-Based Cognitive Behavioral Self-Help Intervention to Reduce Cocaine Consumption in Problematic Cocaine Users: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e166. doi: 10.2196/jmir.2244

Schulte, M., Liang, D., Wu, F., Lan, Y., Tsay, W., Du, J., Zhao, M., Li, X. & Hser, Y. (2016). A Smartphone Application Supporting Recovery from Heroin Addiction: Perspectives of Patients and Providers in China, Taiwan, and the USA. *J Neuroimmune Pharmacol*, 11(3), 511–522. doi: 10.1007/s11481-016-9653-1

Shrier, L., Rhoads, A., Burke, P., Walls, C. & Blood, E. (2014). Real-time, contextual intervention using mobile technology to reduce marijuana use among youth: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 39, 173–180. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.028

Taylor, G. M. J., Dalili, M. N., Semwal, M., Civljak, M., Sheikh, A. & Car, J. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1–156. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub5

Tiburcio, M., Lara, A., Martínez, N., Fernández, M., Aguilar, A. (2018). Web-Based intervention to reduce substance abuse and depressive: a Tree arm randomized trial in Mexico. *Substance use & misuse*, 53(13), 2220–2231. doi: 10.1080/10826084.2018.1467452

Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., Firth, J. (2020). Digital Mental Health and Covid-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Health*, 7(3), pp. 1–6.

Tzelepis, F., Paul, C. L., Williams, C. M., Gilligan, C., Regan, T., Daly, J.,... Wiggers, J. (2019). Real-time video counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD012659.pub2

Van Horn, D. H. A., Drapkin, M., Ivey, M., Thomas, T., Domis, S. W., Abdalla, D., Herd, D. & McKay, J. R. (2011). Voucher incentives increase treatment participation in telephone-based continuing care for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 225-228. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.007

Vederhaus, J. K., Roreandal, M., Bjelland, C., Solheim, A. K. & Kristensen, O. (2020). Can a smartphone app for cannabis cessation gain a broader user group than traditional treatment services? *Substance Abuse: Research and treatment*, 14, 1-9. doi: 10.1177/1178221820902237

wolkow, N. (2020). Collision of the Covid-19 and Addiction Epidemics. *Ann. Intern. Med.* doi: 10.7326/M20-1212

Waller, R., Bonar, E., Fernández, A., Walton, M., Chermack, S., Cunningham, R. & Blow, F. (2019). Exploring the components of an efficacious computer brief intervention for reducing marijuana use among adults in the emergency department. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 67-72. doi: 10.1016/j.jsat.2019.01.014

Zheng, W., Nickasch, M., Lander, L., Wen, S., Xlao, M., Marshalek, P., Dlx, E. & Sullivan, K. (2017). Treatment Outcome Comparison between Telepsychiatry and Face-to-face Buprenorphine Medication-Assisted Treatment (MAT) for Opioid Use Disorder: A 2-Year Retrospective Data Analysis. *J. Addict Med.* 11(2), 138-144. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000287>

Zhu, Y., Jiang, S., Su, H., Zhong, N., Li, R., Li, X.,... Zhao, M. (2018). A Newly Designed Mobile-Based Computerized Cognitive Addiction Therapy App for the Improvement of Cognition Impairments and Risk Decision Making in Methamphetamine Use Disorder: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(6), 1-14. doi: 10.2196/10292





Situación actual de las adicciones en México

María Elena Medina-Mora Icaza

Jorge Villatoro

Clara Fleiz Bautista

Tania Real Quintanar

Introducción

La epidemiología es la herramienta de la salud pública que le permite estudiar las condiciones de salud de las poblaciones. La OMS (2021a) la define como el estudio de la distribución y de los determinantes de enfermedades y su aplicación al control de los problemas de salud. Sus brazos son por un lado las encuestas de población general (encuestas de hogares) y de grupos específicos (como los estudiantes y la población recluida en instituciones de procuración de justicia), los estudios especiales para conocer el problema en poblaciones usualmente no captadas en las encuestas (como la población en condición de calle) y por el otro, las estadísticas de mortalidad, ingresos a instituciones de salud, personas en tratamiento especializado (por trastornos por uso de sustancias por ejemplo) y arrestos entre otros.

Profundizar en las investigaciones

Merced al primer brazo se pueden conocer los patrones de consumo de diferentes sustancias, cuáles sustancias, combinaciones y formas de uso se asocian con problemas y qué proporción ha recibido psi-coeducación, ha tenido oportunidades de prevención, recibe tratamiento y sus tendencias. El segundo brazo nos permite profundizar en los casos más graves como son las personas en condición de pobreza que se inyectan drogas, cuya representación en las encuestas de población es baja. Esta información es muy útil a los tomadores de decisiones, que requieren conocer las necesidades de salud de la población y la manera en que se atiende y el impacto de las medidas de promoción de la salud, preventivas y curativas.

El reto más importante con el que se enfrenta la epidemiología a nivel internacional es mantener la consistencia en los métodos que permitan definir tendencias y comparar resultados de diferentes países (Babor y cols., 2010; UNODC, 2020). En México ha habido consistencia en los indicadores y métodos utilizados de 1973 a 2017 (SSA, 1989; SSA, 1993; SSA, 1998; SSA, 2002; SSA, 2009; SSA, 2012, SSA, 2017) y los cambios en la tecnología han sido evaluados y se conoce su impacto (SSA, 2017).

El mercado de drogas

México enfrenta un problema complejo con múltiples componentes interdependientes desde la producción, el tráfico, la distribución local hasta el consumo de una variedad de drogas con diferentes efectos y

los problemas con los que se asocia en los que median las sustancias, las personas que las consumen y el contexto en donde esto ocurre. México juega un papel muy importante en el mercado internacional de drogas. De acuerdo con las Naciones Unidas, México produce opio de donde se obtiene la heroína, aporta 6% de la producción mundial y de nuestro país sale la mayor parte de la heroína que se consume en Estados Unidos de América y en mercados de América del Sur, aun pequeños; produce metanfetaminas y juega un papel importante en su decomiso, ocupando el tercer lugar después de Estados Unidos de América y Tailandia y como muchos países del mundo produce marihuana. Es también una importante vía de tránsito de la cocaína que viene de la región Andina para consumo local en México y en tránsito hacia Estados Unidos de América y en menor medida hacia Europa y a Oceanía (UNODC, 2020).

El destino de una parte de la producción y del tráfico internacional es el mercado interno para potenciales consumidores, se trata de una oferta que estimula a la demanda que a su vez estimula la oferta. Se suma una amplia disponibilidad de armas, el narcotráfico y el crimen organizado, la participación de jóvenes en el mercado a menudeo y de las mujeres en el transporte de drogas, las diversas manifestaciones de violencia relacionadas con la lucha entre grupos antagónicos por el manejo de las plazas como mecanismos de hacer negocios, sin instituciones que medien en conflictos como ocurre en el mercado legal. Las consecuencias no deseadas de las políticas, como la venta en el mercado informal de sustancias adulteradas, con costo adicional para la salud entre otras, forman parte también de la definición del problema. Estos antecedentes muestran la importancia de un abordaje amplio del problema en sus diferentes manifestaciones.

México entre la violencia y la oferta

Babor y colaboradores (2010) proponen una tipología para analizar el tipo de problemas que enfrentan los países con dos dimensiones que incluyen por una parte, el narcotráfico y la violencia asociada con éste (oferta) y por otra, el índice de consumo total y de consumo problemático, el delito que cometen los usuarios para conseguir drogas en un mercado ilegal y el narcomenudeo (demanda). México se ubica entre los países con más problemas relacionados con la oferta, como narcotráfico y violencia y tiene relativamente menores problemas de consumo, consumo problemático y delitos cometidos por quienes consumen drogas, cuando se le compara con lo que ocurre en otros países como es el caso de Reino Unido cuyo mayor problema está del lado de la demanda. Es claro que los países varían en la forma en que las drogas los impactan y por tanto requieren respuestas también diferentes.

Según el Observatorio Global de Salud de la Organización Mundial de la Salud (2021b), el consumo *per cápita* de alcohol en México alcanzó en 2016, 6.5 litros de alcohol puro, 5.4 de alcohol registrado y 1.4 no registrado, 11.1 litros consumidos por los hombres y 2.1 litros en mujeres, cantidad que se encuentra por debajo de la media de América que alcanza 8 litros. Si se considera solamente a los bebedores, el consumo *per cápita* sube a 15.3 litros, 19.7 en hombres y 7.1 en mujeres. La cerveza representa 77% del consumo y las bebidas destiladas 20% (oms, 2021b).

Conocer cuáles son las sustancias disponibles para el consumo interno y sus variaciones es un primer paso, identificar quiénes están en más riesgo es importante para la planeación preventiva.

Determinantes sociales y factores de riesgo

Los estudios epidemiológicos nos proporcionan información acerca de las condiciones que llevan a las personas a usar drogas, incluyen macrodeterminantes y factores de riesgo individuales que señalan una probabilidad aumentada de presentar la condición de estudio. En este segmento se presentan resultados de encuestas epidemiológicas, se privilegiaron estudios nacionales o de grandes poblaciones.

Los determinantes sociales de la salud, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” OMS (2021c).

Incluyen ambientes inseguros en los que hay disponibilidad de drogas, violencia, desigualdades asociadas con el género, con un efecto telescopico sobre las mujeres quienes tienen mayor carga social, consumen menos drogas pero tienen más afectaciones cuando lo hacen, en su calidad de vida, con mayor discriminación, efectos para la salud, y consecuencias sociales que las llevan a la cárcel por delitos contra la salud y a enfermedad y muerte más rápida; asociadas con acceso a los servicios de salud y a las estrategias de desarrollo social.

Niños de primaria en mayor riesgo

Los estudios realizados en México en población estudiantil de quinto y sexto grado de primaria (Vázquez y cols., 2019) han dado luz acerca de los factores que se asocian con un uso temprano. Lo que nos dicen estos estudios es que los *hombres con ascendencia indígena, no religiosos y de una edad mayor a la esperada* para el grado que cursaban, estaban especialmente en riesgo de informar sobre el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalantes y otras sustancias.

Los niños y jóvenes con origen indígena tenían más probabilidades de reportar sus intenciones de probar alcohol, tabaco y otras sustancias por primera vez. Otros factores que diferenciaron entre quienes habían usado drogas y quienes no lo habían hecho, sin contar el tabaco y el alcohol, fueron el *uso por parte del mejor amigo y del papá y el sexo del estudiante* (masculino). La *baja percepción del peligro* asociado con el uso de alcohol e inhalables aumentó el riesgo del consumo de estas sustancias. En contraste, la percepción de tener un *estatus económico alto* se asoció con un menor riesgo de informar sobre el consumo de tabaco y las intenciones de consumo de sustancias en general (Vázquez y cols., 2020).

Alcohol y tabaco: tentación latente

Las diferencias entre hombres y mujeres fueron analizadas en un estudio realizado en estudiantes de primero de secundaria en las tres grandes zonas metropolitanas: Ciudad de México, Guadalajara y

Monterrey (Kulis y cols., 2021). Los resultados mostraron que los *roles tradicionales de género* predijeron significativamente peores resultados tanto para hombres como para mujeres, con mayor fuerza en los primeros, en el consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco, las expectativas positivas asociadas con el consumo y una mayor aprobación del consumo entre los amigos. En las mujeres y no en los hombres, los roles tradicionales asociaron con una menor percepción de desaprobación del consumo por parte de los padres y menor uso de estrategias de resistencia ante la oportunidad de usar drogas.

La encuesta nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior (Villatoro y cols., 2015) vuelve a encontrar la influencia de la tolerancia social por parte del mejor amigo y de los padres y ahora se suman los maestros y la baja percepción de riesgo. El *consumo entre amigos y miembros de la familia* son factores que aumentan la probabilidad de consumo. Influyó también el que el adolescente no hubiera ido a la escuela el año anterior (17.1% de quienes *no estudiaron* el año previo al estudio, usaron una o más drogas sin incluir al tabaco y al alcohol en comparación con 9.4% de quienes *estudiaron tiempo completo*) y quienes *trabajaron tiempo completo* el año anterior usaron en mayor proporción drogas en comparación con los que no trabajaron (13.6% vs. 8.8 por ciento).

Mayor captación en zonas urbanas

En el caso de la marihuana, Villatoro y colaboradores (2017) identificaron el nivel de *urbanización* (con más riesgo en los estudiantes que

viven en zonas urbanas), la tolerancia de la familia y del mejor amigo hacia el consumo (con más percepción de aprobación del uso de marihuana en padre, madre o amigos, en aquellos que la habían usado) y una baja *percepción de riesgo* (percepción de que el consumo no implica riesgos), como factores asociados con el número de veces que los estudiantes reportaron haber consumido esta sustancia. En la última *Encuesta Nacional de Hogares* realizada en 2016–2017 en población de 17 a 65 años, se confirman como factores de riesgo la *exposición a la oportunidad de uso*, la alta tolerancia social y la baja percepción de riesgo y como factor protector el haber estado *expuesto a programas de prevención* (ssa, 2017).

La influencia de otras variables

En población adulta (18 a 65 años), estudiada en la *Encuesta Mundial de Salud Mental* de la oms en la que participó México, un *ingreso alto* aumenta el riesgo de consumo de drogas (alcohol, tabaco, *cannabis* y cocaína). El estado civil se asoció con el consumo de drogas ilegales (*cannabis* y cocaína) que fueron más frecuentes en personas que no se habían casado o que habían estado casadas antes. También se encontró que una *política prohibicionista* en cuanto a la posesión de drogas y uso, por sí misma influye poco en las tasas de consumo en los países (Degenhardt *et al.*, 2019). Aquellos países con las políticas más estrictas no mostraron niveles de consumo más bajos que los países con una política más liberal (Degenhardt *et al.*, 2019, Csete y cols., 2016).

La violencia y la enfermedad mental como factores de riesgo para los trastornos por el uso de sustancias

La violencia es el principal factor de riesgo para desarrollar dependencia a drogas, para la enfermedad mental y para el suicidio, problemas que afectan de manera singular al sector joven de nuestra región y a quienes han perdido familiares por homicidio, a las familias que tienen uno de sus miembros en calidad de desaparecido, los que han sido víctimas en el hogar, la escuela o la comunidad o que han sido testigos de violencia (Benjet & Guzmán, 2001, Medina-Mora y cols., 2005, Borges y cols., 2008).

La infancia es una etapa especialmente vulnerable para desenlaces negativos derivados de la violencia y de otras adversidades que aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sustancias. La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica realizada en México mostró que el haber *tenido un parent que abusaba de drogas o tenía conducta criminal, la violencia familiar, las experiencias de negligencia y el abuso físico* durante la primera década de la vida, tenían un fuerte impacto, en la primera manifestación de trastornos por uso de sustancias.

La mala conducta del parent y sus consecuencias

Este incremento del riesgo se observa también para la primera manifestación de trastornos mentales (afecto, ansiedad y externalizados), pero, para estos últimos, el factor de riesgo fue la en-

fermedad mental en un padre más que su conducta. De la misma manera, el abuso sexual fue un factor significativo para la manifestación de los trastornos mentales, en tanto que la *muerte de un padre* incrementó el riesgo para el abuso de sustancias (Benjet y cols., 2010).

Al analizar el riesgo atribuible de las vicisitudes de la infancia en el desarrollo de trastornos por abuso de sustancias para los 27 países que colaboraron en el estudio internacional, se encontró que la erradicación de estas experiencias en la infancia podía reducir 27.5% de los trastornos por abuso de sustancias (Kessler y cols., 2010).

La presencia de *vicisitudes en la infancia* no solo aumenta el riesgo de desarrollar trastornos por uso de sustancias, también reduce la edad de inicio y el tiempo que pasa entre la exposición a la oportunidad de usar y el desarrollo de dependencia. Las adversidades de la infancia se asociaron con mayor oportunidad, uso y abuso/dependencia de alcohol y drogas. Más adversidades predicen el involucramiento con sustancias y favorecen la transición de uso a problemas, algunos ligados a más oportunidades de uso como cuando los padres son los que proporcionan las drogas (Benjet y cols., 2013).

La violencia familiar, otra causa para consumir drogas

El estudio realizado en población adolescente y en el seguimiento que se hizo de esta encuesta para conocer las condiciones de esta población

13 años después, ahora en la edad adulta joven, mostró que la ventana breve entre la oportunidad de usar alcohol y la manifestación de un trastorno, estimada en 4.08 años con 1.36 años en promedio entre cada etapa (oportunidad, primer trago, uso regular, trastorno por uso de alcohol) se reduce con las adversidades. Las vicisitudes que se asocian con un paso más acelerado son el haber sido *testigo de violencia familiar, haber tenido una enfermedad que puso en riesgo su vida, abuso sexual y abuso físico* (Del Valle y cols., 2019).

Estos estudios también han mostrado que la presencia de *enfermedad mental en la infancia* aumenta el riesgo de que los adolescentes se involucren con las drogas. En la encuesta nacional se encontró que la presencia de un trastorno de ansiedad en la infancia aumentó el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad en 2.6 veces en los hombres y en 7.3 veces en las mujeres (Medina Mora y cols., 2003).

Los estudios en la población de 24 universidades en nueve países, entre ellos México, muestran también la relación entre el estrés y los trastornos mentales y por uso de sustancias, si bien experimentar algo de estrés es parte normal de la vida y en ciertos contextos puede ser motivante, el *exceso de estrés* puede afectar el bienestar.

Las sustancias y el trastorno mental

Acorde con esta evidencia, la mayoría de los estudiantes ($n = 20\,842$) que contestaron una encuesta en línea (93.7%) reportaron algo de estrés en por lo menos una de las seis áreas investigadas, con una asociación significativa tipo dosis/respuesta de la magnitud del estrés en cada área de la vida (económica, escuela/trabajo,

salud, vida amorosa, relación con la familia y con seres queridos) y la probabilidad de presentar al menos uno de los trastornos evaluados (depresión, ansiedad, uso de sustancias). El estrés percibido en la situación financiera y en las relaciones de pareja aumentó el riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol o drogas (Karyotaki y cols., 2020).

El cuidado de la población infantil y adolescente para erradicar las vicisitudes en la infancia, especialmente aquellas relacionadas con la violencia, atender la enfermedad mental desde esta etapa temprana e instrumentar intervenciones de manejo del estrés, son acciones recomendadas para prevenir el problema.

Edad de inicio

La edad de inicio sigue fuertemente concentrada en la adolescencia media y tardía con mayor riesgo de dependencia asociada con un inicio temprano. La edad media para el desarrollo de dependencia son 18 años (Medina-Mora y cols., 2003, SSA, 2009). Se observa también un periodo más amplio de edad para el inicio del uso de drogas ilegales, con más adultos jóvenes que antes iniciando el consumo en esta época de la vida. Esta observación indica que la edad para la prevención del inicio debe de extenderse. Los adultos jóvenes están más involucrados con el uso de drogas que la población de mayor edad, lo que sugiere que el uso de droga ha cambiado y que es probable que cambie más con el tiempo (Degenhardt y cols., 2019).

Las diferencias por sexo son amplias con los hombres mostrando significativamente mayor consumo, sin embargo, esta diferencia ha

disminuido en las generaciones más jóvenes que muestran además niveles más altos de consumo y la extensión de la edad para el inicio. Las diferencias por sexo en el riesgo de iniciar el consumo han cambiado también en las cohortes más jóvenes con menos separación entre hombres y mujeres, este cambio fue consistente en todos los países que forman parte de la *Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS*.

La prevalencia del consumo de alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida en México, las encuestas de 2011 y 2016 muestran que *la tendencia de consumo alguna vez en población general (12 a 65 años)* se mantiene estable (de 71.3 a 71.0%) y el consumo *en el último año* se redujo ligeramente (de 51.4 a 49.1%). Sin embargo, hay un incremento en las prevalencias de *consumo excesivo en el último año* (de 28 a 33.6%), consumo excesivo *en el último mes* (de 12.3 a 19.8%), consumo diario (de 0.8 a 2.9%) y consuetudinario de 5.4 a 8.5%. Datos de esta misma encuesta muestran que 2.2% de la población general presentó posible dependencia. Este indicador impacta 6.5 veces más a la población masculina (3.9%) que en la femenina (0.6%) (Villatoro y cols., 2017). Las encuestas nacionales muestran que la tendencia de consumo excesivo durante el último mes en las mujeres de 12 a 17 años es alta (de 2.2 a 7.7%). En relación con el consumo diario, se observó un aumento significativo (0.2 a 2.6%). En población masculina, esta prevalencia pasó de 0.4 a 2.5%, en mujeres actualmente es de 2.7% y no se dispone de un dato de 2011 para realizar una comparación. En cuanto

al consumo consuetudinario, incrementó de 1 a 4.1% (1.7 a 4.4% en hombres y de 0.4 a 3.9% en mujeres) (Villatoro y cols., 2017).

Escasa incidencia de alcohol entre colegiales

El consumo de alcohol en población menor a los 17 años ha sido poco estudiado, Villatoro y colaboradores (2016) incluyeron en la última encuesta nacional de estudiantes a alumnos en quinto y sexto de primaria. Este grupo reportó una *prevalencia total (incluye a los estudiantes que reportan haber bebido alguna vez, incluye el consumo de una sola copa)* de 16.9% (21.5% hombres y 12.1% mujeres), en secundaria y bachillerato sube a 53.2%. La prevalencia en el último año fue de 8.1% (10.5% para los hombres y 5.5% para las mujeres), 35.5% en secundaria y bachillerato. La prevalencia de consumo excesivo (consumo de cinco copas o más en una sola ocasión durante el último mes) en estudiantes de primaria fue de 2.4% (3.3% en hombres y 1.4% en mujeres) y 14.5% en secundaria y bachillerato (Villatoro y cols., 2016).

Drogas

Al comparar las últimas dos encuestas nacionales en población de 12 a 65 años (2011 y 2016) se observa un aumento estadísticamente significativo con respecto a la prevalencia de *consumo alguna vez en la vida de cualquier droga* (de 7.8 a 10.3%), *drogas ilegales* (de 7.2 a 9.9%) y *marijuana* (de 6 a 8.6 por ciento).

La prevalencia de drogas ilegales en el *último año* pasó de 1.5 a 2.7% y la del *último mes* de 0.8 a 1.4%. El de *consumo de marihuana* pasó de 1.2 a 2.1% (de 2.2 a 3.5% en hombres y de 0.3 a 0.9% en mujeres). El *consumo de cocaína* se ha mantenido estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3 y 3.5%) como en el *último año* (0.5 y 0.8%) y el 1.3% ha consumido *drogas médicas* fuera de prescripción alguna vez (1.7% hombres, 0.9% mujeres); 0.5% las ha consumido en el *último año* (0.6% hombres, 0.4% mujeres) y 0.2% las ha consumido en el *último mes* (0.3% hombres, 0.1% mujeres).

La heroína se consume más en las fronteras del norte

El consumo de heroína en el país es menor a 0.1%. Si bien su uso se ha extendido en 30 estados, en los estados fronterizos como Baja California y Chihuahua, las prevalencias son relativamente más altas (0.3 y 0.2% respectivamente). El 0.6% de la población general presenta indicadores de posible *dependencia* al consumo de drogas en el *último año* (Villatoro y cols., 2017).

Esta información debe de completarse con las estadísticas de centros de tratamiento y con la que se obtiene de estudios en poblaciones especiales y que no son detectadas en los estudios de población como los que se han presentado aquí e incluyen a las poblaciones en situación de calle, poblaciones que se inyectan drogas, usuarios de *crack* y cristal cuyo uso es de mayor magnitud y consecuencias adversas ligadas a situaciones de pobreza y falta de acceso a salud y oportunidades de desarrollo social. Estas poblaciones requieren programas de intervención especiales.

Estadísticas de tratamiento

Los Centros de Integración Juvenil han mantenido un sistema de reporte de drogas de las personas que reciben tratamiento en sus centros comunitarios ambulatorios y residenciales incluyendo dos orientados a la prescripción de metadona. Las estadísticas sobre demanda de tratamiento durante el primer semestre de 2020 muestran una disminución de la demanda de 11 407 personas en el primer semestre de 2019 a 8.398% en el primer semestre de 2020.

Las principales drogas de abuso fueron *cannabis* (30.9%) y metanfetaminas (30.2%), con un consumo de otras drogas que va desde 5.7% para *crack* y 5.4% para cocaína a 0.3% para éxtasis. La heroína fue la principal droga de abuso para 0.9% de quienes demandaron tratamiento, considerando todos los centros de tratamiento del país y 3.6% cuando solo se consideró Baja California (estado fronterizo con Estados Unidos de América) (CIJ, 2020).

Estudios especiales

En México se han realizado importantes estudios cuantitativos en estas poblaciones, ejemplos recientes son los estudios para estimar el tamaño del problema en grupos sociales de los que no se tiene conocimiento del tamaño del universo, como son los de captura-recaptura. Esta metodología, a través de muestreos independientes, da información sobre casos identificados en dos mediciones (Cravioto y cols. 2003).

Entre los estudios cualitativos están el que buscó detectar uso de *crack* en zonas de alto riesgo documentando variaciones en los pa-

trones de consumo con diferencias importantes en las consecuencias de uso desde leves hasta graves (Domínguez, 2000; Valdez y cols., 2015); Ortiz y colaboradores (2015) documentaron el uso de inhalables en poblaciones en situación de calle encontrando importantes diferencias en el consumo y en el uso problemático; Fleiz y colaboradores (2019a) describieron, con el uso de la metodología de evaluaciones rápidas (RAP), el uso de heroína en población vulnerada en la frontera norte describiendo el inicio y la evolución a estados graves con importantes riesgos de VIH, hepatitis C, y sobredosis; Jiménez & Castillo (2011) describieron el uso de cristal y los impactos especiales en mujeres; Rafful (2020) hizo lo propio para describir las implicaciones del tratamiento involuntario.

Métodos para combatir la drogadicción

El interés en el desarrollo de nuevas metodologías ha llevado a la detección de uso de drogas en la parafernalia usada por las personas que se inyectan drogas usando tiras sensibles a la presencia de estas sustancias en las que se identificó presencia de fentanilo en el polvo blanco (Fleiz y cols., 2019).

Otros autores han trabajado en la detección de drogas consumidas por personas, en aguas residuales, mediante el uso de cromatografía líquida y espectrometría de masas de alta resolución. Este método fue usado por Cruz-Cruz y sus colaboradores (2019) en 15 ciudades de México.

Las drogas con mayor índice de identificación fueron la marihuana con una media semanal de entre 147 y 20 364 miligramos por día por

mil habitantes; metanfetaminas, que osciló entre 5 y 3 628 mg/día/mil habitantes con el mayor índice ubicado en Tijuana y San Luis Río Colorado. La cocaína fue identificada entre 2 y 370 mg/día/mil habitantes. El estudio detectó también heroína, MDMA, ketamina y fentanilo.

Los trastornos por uso de sustancias

En México, según datos de la *Encuesta Mundial de Salud Mental* (Degenhardt y cols., 2019), 14% de las personas mayores de 17 años, que han usado drogas desarrollan trastornos por uso de sustancias, incluyendo al alcohol, con criterios del DSM IV, esta proporción es igual que la media de los 25 países combinados (14%) y a la reportada por países de nivel alto de desarrollo (14.3%) y ligeramente inferior a la que reportan los países con un nivel medio superior de ingresos (15.3%) que es el nivel en el que se ubica México.

Si solo se considera a quienes han desarrollado dependencia encontramos que en México la cifra es similar (4.9%) a la reportada por países con nuestro mismo nivel de desarrollo (4.9%), a la reportada en países de niveles altos de ingreso (5.2%) y a la que se reporta para los 25 países en conjunto (5%). Cuando solo se considera el uso de drogas, las cifras de abuso/dependencia disminuyen a 1.4% para el indicador alguna vez y 0.4% para los 12 meses previos a la encuesta (Medina-Mora y cols., 2006).

El estudio internacional (Degenhardt y cols., 2029) también indica que 23.3% de quienes han cumplido los criterios de un trastorno por uso de sustancias, lo presentaron en los 12 meses previos a las encuestas. Esta proporción es inferior a la que reportan los países con

nuestro mismo nivel de desarrollo (27.9%) y superior a la media de los 27 países (21.5%). La persistencia en el uso fue menor en los países de niveles altos de consumo (16.1 por ciento).

Los hombres, más propensos que las mujeres

En la muestra total ($n = 90\,093$) se encontró que los hombres tenían el doble de probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias que las mujeres, que la probabilidad de los jóvenes entre 19 y 29 años era 69.3 veces más alta que la que tienen quienes tienen más de 60 años y que el sexo y la edad no estaban relacionados con la persistencia del uso, no así la educación, el estado civil y el empleo; quienes estaban desempleados o tenían una discapacidad en el momento de la entrevista, tenían más riesgo de tener un trastorno por uso de sustancias que quienes estaban empleados, de igual manera quienes tenían menos escolaridad o estaban divorciados, separados o habían enviudado, estaban en mayor riesgo. La mayor probabilidad de desarrollar dependencia se observó entre quienes iniciaron el consumo en la adolescencia media hasta la mitad de la década de los veinte.

Encontramos que hay más personas jóvenes que adultas con trastornos por uso de sustancias lo que dado que se trata de un trastorno crónico y por tanto se espera que los casos se acumulen con la edad, sugiere que los problemas relacionados con las drogas han cambiado, incrementado el riesgo en la población joven y que seguirán cambiando en el futuro.

Si bien es probable que la menor tasa de problemas en las personas de mayor edad puede deberse a una mortalidad prematura con mayor riesgo para quienes desarrollan trastornos por abuso y dependencia a drogas, la gran diferencia entre los dos grupos y el hecho de que el mayor consumo se da de *cannabis* con poca evidencia de mortalidad (con excepción de accidentes de automóvil), no sustentan la hipótesis de la mortalidad.

Las crisis mentales se manifiestan en la adolescencia

Otro hallazgo significativo es que estos trastornos inician en la adolescencia media, la mitad de las personas habrán enfermado en esta edad, pero la incidencia se extiende hacia la edad adulta, lo que indica que la ventana de oportunidad de prevención continúa más allá del periodo en que se invierte en prevención. Como se había demostrado, los pobladores de países con nivel alto de ingreso consumen más drogas que aquellos que viven en países de nivel medio y bajo de ingreso (33%, 16.2% y 10% respectivamente), sin embargo, al interior de los países son los más pobres los que muestran mayor índice de dependencia.

El tratamiento

En México, según datos de la *Encuesta Mundial de Salud Mental* (Degenhardt y cols., 2019) 2.6% de las personas entre 18 y 65 años re-

portaron dependencia en los 12 meses previos a la encuesta, de este total, 41% reportó que sentía la necesidad de tratamiento, 45% de éstas recibió algún tipo de tratamiento psicosocial (no se incluyó tratamiento farmacológico) pero solo 13.8% recibió un tratamiento mínimo adecuado que se definió como haber asistido al menos a cuatro sesiones con un especialista en salud mental o médico general y seis cuando lo recibieron de otros profesionales.

Esta proporción se redujo a 2.6% del total que desarrollaron dependencia a drogas. Esta proporción es superior a la que se reporta en países con nivel bajo de ingresos, pero inferior al promedio de los países de nivel medio alto que participaron en la encuesta (4.3%) y a la que se reportó en los países de nivel alto de ingreso (10.3) y del promedio de países participantes (7.1 por ciento).

En total 23.7% de aquellos que recibieron tratamiento, éste alcanzó los límites de calidad establecidos y a 4.4% cuando el denominador fue el total de personas con trastornos por uso de sustancias. Esta proporción es ligeramente mayor a la reportada en países de ingreso bajo pero inferior al promedio de países con ingreso medio alto 7.7, alto 20.5 y que el promedio de los 25 países, 14 por ciento.

Falta de dinero y la deshonra: motivos para no buscar ayuda

Entre las razones para no buscar ayuda encontramos disponibilidad de tratamiento, y la dificultad de acceso a tratamiento de calidad, miedo al estigma tanto de la familia como de la comunidad, barreras financieras en contextos en donde debe pagarse por el tratamiento con di-

nero de bolsillo (Andrade y cols., 2014), así como barreras legales que norman la proporción de servicios y las políticas de combate a las drogas y de persecución del crimen que limitan el acceso a los servicios por parte de personas con trastornos por uso de drogas (Degenhardt y cols., 2017). La ventaja social (alto nivel educativo e ingreso), en cambio, aumentó la probabilidad de tratamiento, esta dificultad llama a la necesidad de servicios accesibles a personas con pocos recursos en América Latina y Estados Unidos de América (Borges, 2020).

Estos datos nos indican también que tanto en países ricos como en aquellos con bajos ingresos, debe de invertirse en programas que ayuden a las personas a reconocer la necesidad de tratamiento y habilidades para buscar ayuda, el aumentar la disponibilidad de tratamiento no será suficiente.

Fleiz y colaboradores (2019b) en un estudio de 600 usuarios de drogas inyectadas realizado en San Luis Río Colorado, Tijuana y Ciudad Juárez, encontró que en 96.8% con uso diario de heroína, la mitad solo usaba esta droga, 33% reportó usar heroína con cristal; la mayoría eran hombres: 89.7% con una edad promedio de 40 años y 18.6 de consumo de heroína, encontró también, que solo una tercera parte había recibido metadona como tratamiento de mantenimiento a pesar de ser el estándar de oro actual, 18% había recibido tratamiento en servicios públicos o privados que no incluyen a la metadona y la gran mayoría había estado afiliado a un programa de ayuda mutua y en 50% de los casos, fue el único tratamiento recibido. Las personas mayores de 30 años y con más de 20 años usando heroína y con experiencia migratoria, tenían más probabilidad de asistir a un centro que ofrecía metadona.

Desconfianza y temor ante los tratamientos

Entre las barreras para la atención encontraron la falta de información sobre tratamiento, del total que no buscaron ayuda 60% pensó que lo podía resolver solo, la mitad que se curaría solo o que nada lo podía ayudar, 34% dijo que el problema no lo molestaba tanto. El segundo tipo de barreras mencionadas fue la poca satisfacción con los tratamientos recibidos y miedo de ser institucionalizado por la policía.

Factores relacionados con el estigma tambien influyeron, 41% dijo que porque se sentía avergonzado, 25% por temor a lo que otros pensaría. De las entrevistas cualitativas se derivaron problemas de costo (transporte y pago por la metadona especialmente si venían de otros lugares), la lejanía de donde vivían, el temor a la policía de que los arrestara o les quitara sus jeringas o medicinas (Fleiz y cols., 2019b).

Rafful (2020) y sus colaboradores reportaron el incremento de violencia recibida por esta población cuando los forzaban a tratamiento involuntario. En Tijuana, B. C., lugar en donde se documentó por primera vez el problema, no se considera que la metadona sea un tratamiento médico y la policía cuando arresta a un usuario lo canaliza a tratamientos que no cumplen con los estándares de calidad.

Se necesitan programas de prevención más efectivos

Estos datos nos indican la necesidad de asumir la responsabilidad sobre la población que tiene trastornos graves por abuso de sustancias,

con mejor cobertura de calidad, con programas para reducir el estigma y que integren servicios de tratamiento integral, médica, psicológica y social, prevención y manejo de sobredosis y de abstinencia. También se desprende que tanto en países ricos como en aquellos con bajos ingresos, debe de invertirse en programas que ayuden a las personas a reconocer la necesidad de tratamiento y habilidades para buscar ayuda, el aumentar la disponibilidad de tratamiento no será suficiente.

La comorbilidad

La comorbilidad entre alcohol y drogas y con otros trastornos mentales es frecuente, en población general se ha encontrado que 85.4% de quien padece dependencia a drogas tenía también un trastorno de uso de alcohol, 37% de los casos con abuso de sustancias y 56% de los casos de trastorno por uso de drogas tenía un trastorno mental. En centros residenciales de ayuda mutua, se ha encontrado que 65% con abuso de alcohol tenía un trastorno mental, 79% con dependencia al alcohol, 75% con abuso de drogas y 86% con dependencia a drogas.

En México, cada año se registran más de 9 mil hospitalizaciones por trastornos debidos al consumo de sustancias, del total de egresos hospitalarios por trastornos mentales, 60.6% son hombres y 39.4% son mujeres, el uso de sustancias ocupa el primer lugar en los hombres (51.9%) y el tercero (12.5%) en mujeres. Del total de hospitalizaciones por trastornos debidos al consumo de drogas, cerca de 5 mil (57%) son por trastornos debidos al consumo de alcohol (Cordero, y cols., 2020

<http://rai.untwrk.com/cobertura-de-atencion-a-problemas-relacionados-con-el-consumo-de-sustancias-en-mexico/>).

El alcohol juega un papel importante en la mortalidad y morbilidad, la fracción atribuible para cirrosis del hígado es de 64.4% en hombres y 38.1% en mujeres; los accidentes de tráfico, 33.1% en hombres y 24% en mujeres y el cáncer, 4.5% en hombres y 1.8% en mujeres (WHO, 2018).

Las sustancias conducen a otras enfermedades mortales

Las drogas están asociadas con un riesgo incrementado de VIH y hepatitis C, las drogas inyectadas con VIH, hepatitis C, tuberculosis y sobredosis (Márquez y cols., 2021). Los trastornos mentales acompañan a las personas con trastornos graves por uso de sustancias (Marín y cols., 2013). Se añaden condiciones precarias de vida de los usuarios más graves que iniciaron en un marco de pobreza o que sufrieron de un deterioro de sus condiciones de vida por orientarla a obtener las drogas de las que dependen. Muchos no tienen acceso a tratamiento, en México, la Naloxona, el principal medicamento para prevención eficaz por sobredosis de heroína y otros productos derivados del opio está erróneamente clasificada como droga de abuso, lo que limita su disponibilidad y aumenta el riesgo de muerte.

La aparición de nuevas drogas psicoactivas y la mezcla de drogas adquiridas en el mercado ilegal con otras sustancias para cortarlas o para potenciar sus efectos, principalmente con estimulantes, añaden complejidad al problema, aumentan problemas de salud y retan

a los tratamientos tradicionales que reducen su efectividad (Peacock y cols., 2019).

Reflexiones finales: de la epidemiología a la acción

Principales hallazgos

Estamos frente a un fenómeno complejo, cambiante con una tendencia hacia el incremento, de múltiples facetas que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución interna, consumo y trastornos derivados de uso riesgoso, nocivo y de la dependencia, políticas públicas con desenlaces positivos y no deseados y que ocurren en un contexto social con riesgos para el desarrollo del problema. Afectan a todos los grupos de la población y tienen implicaciones importantes para la salud pública y el desarrollo (Medina-Mora y cols., 2013).

La epidemiología como herramienta de la salud pública debe orientar a las políticas y a los programas que buscan mejorar el bienestar de la población. En este último apartado hacemos una reflexión sobre hallazgos que muestran esta contribución y concluimos con recomendaciones para una mejor respuesta a los problemas de salud.

Métodos

La investigación en México utiliza los dos brazos de la epidemiología, los estudios de población general y grupos especiales y las esta-



dísticas sociales, de salud y de procuración de justicia, que permiten mantener un diagnóstico útil para la toma de decisiones. En nuestro país se ha mantenido la consistencia en los indicadores y métodos utilizados de 1973 a 2017, y los avances en la tecnología han sido aprovechados y evaluados, se conoce su impacto.

Se han implantado metodologías más innovadoras

Además de los métodos tradicionales como las encuestas, se han probado alternativas cuantitativas como los métodos de captura-recaptura para cuantificar un problema en un grupo del que se desconoce el tamaño del universo al que pertenecen. Se ha incorporado también la metodología cualitativa que pone en la mesa las voces de los diferentes agentes que tienen un papel en el fenómeno de estudio (usuarios, familiares, proveedores de servicios, entre otros) y otras herramientas innovadoras como las que identifican sustancias en la parafernalia de los usuarios y la identificación de metabolitos en aguas residuales. Ambas aproximaciones tienen el potencial de identificar nuevas sustancias que se combinan con las drogas que se venden en las calles.

Los Centros de Integración Juvenil mantienen su sistema de información con reportes bianuales de la droga de impacto en la población que atienden a nivel nacional y del consumo previo a ingresar a tratamiento. Se avanza en incorporar otras fuentes de información. Las estadísticas sociales, de salud, de procuración de justicia, se hacen cada vez disponibles. Nos queda el reto de unirlas en un sistema integrado, mantener indicadores básicos que permitan conocer las tendencias y poner la información disponible en un repositorio digital abierto.

Factores de riesgo para el consumo

Inicio temprano, antes de los 12 años (primaria): pertenecer a grupos vulnerados (ascendencia de algún grupo étnico originario), vivir en un ambiente social en el que se consumen drogas (padres, hermanos, amigos), ser hombre, no reportar religión, no pertenecer al nivel superior de ingresos, tener una baja percepción de riesgo asociado con el consumo y una edad mayor a la esperada para el año que cursan.

Primero de secundaria: roles tradicionales de género en hombres y mujeres que incrementan el riesgo para consumo excesivo de alcohol, uso de tabaco, expectativas positivas asociadas con el consumo de drogas. Percepción de aceptación parental y entre sus pares del consumo de drogas y menor uso de estrategias de resistencia cuando tienen oportunidad de consumo.

Secundaria y bachillerato: vivir en ambientes urbanos, con alta tolerancia social hacia el consumo, baja percepción de riesgo, consumo entre pares y familiares, dejar de ser estudiante por un año. No haber estado expuesto a programas de prevención.

Vicisitudes en la infancia: padre que abusaba de drogas o tenía conducta criminal, la violencia familiar, las experiencias de negligencia, el abuso físico, y la muerte de uno de los padres. Desenlaces: edad de inicio más temprana y reducción del tiempo ocurrido entre la oportunidad de usar drogas y el desarrollo de problemas. *Riesgo atribuible para el desarrollo de un trastorno:* 27.5% por vicisitudes en la infancia.



Trastornos mentales en la infancia y estrés excesivo

Edad de inicio: adolescencia media y tardía, se extiende a la edad adulta joven. Un inicio temprano se asocia con más riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias.

Consumo por sexo, edad: las diferencias entre hombres y mujeres disminuyen, las mujeres de 12 a 17 años muestran más consumo que las mayores de 18 años, en los hombres se acumula más consumo entre los mayores de 18 años, esto apunta a un cambio en el problema con mayor involucramiento de las mujeres menores de edad. Según la encuesta mundial de epidemiología psiquiátrica, los hombres tienen el doble de probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias, y en los jóvenes de 19 a 29 años es 69 veces más alta que la que tiene la población de 60 y más.

Posición social: los pobladores de países con nivel alto de ingreso consumen más drogas que aquellos que viven en países de nivel medio y bajo de ingreso, sin embargo, al interior de los países son los más pobres los que muestran mayor índice de dependencia.

Tendencias: el consumo de alcohol y drogas está incrementando en hombres y mujeres, y en forma más dinámica en estas últimas. La marihuana sigue siendo la droga más consumida, el cristal se perfila a los primeros lugares, la heroína se extiende a otras regiones del país, la inyección de drogas aumenta con riesgo incrementado de VIH y hepatitis C. Aparecen en el mercado interno más drogas sintéticas y se muestra preferencia en la mezcla de drogas,

especialmente estimulantes como el fentanilo. Las personas que compran drogas desconocen con frecuencia lo que están consumiendo. Las nuevas sustancias psicoactivas retan a la investigación epidemiológica, la forma tradicional de preguntar qué drogas se usan debe ampliarse, los problemas de salud aumentan y existe la necesidad de cambios en el tratamiento derivados del uso de nuevas sustancias psicoactivas.

Tratamiento: existe una brecha amplia de tratamiento, que afecta en mayor medida a las poblaciones vulneradas. Las barreras para la atención incluyen poca disponibilidad de tratamiento y la dificultad de acceso a tratamiento de calidad, miedo al estigma tanto de la familia como de la comunidad, barreras financieras en contextos en donde debe pagarse por el tratamiento con dinero de bolsillo. La ventaja social (alto nivel educativo e ingreso), en cambio, aumentaron la probabilidad de tratamiento.

Recomendaciones

1. Adopción de indicadores comunes para su uso en múltiples estudios, el uso de nuevas metodologías innovadoras como las que identifican sustancias en aguas residuales, la identificación de nuevas sustancias que se combinan con las drogas que se venden en las calles y la disponibilidad de estadísticas de personas en tratamiento, morbilidad, mortalidad, accidentes y violencias, arrestos asociados con el consumo, decomisos,

precios al menudeo y otros indicadores del mercado interno de drogas.

2. Obtener información confiable sobre las sustancias disponibles para el consumo interno y sus variaciones regionales.
3. Incluir la información en un repositorio digital abierto que incluya la investigación, las acciones y las políticas.
4. Atender los determinantes sociales y fomentar el bienestar y el desarrollo de personas y comunidades. Desarrollar factores que protejan a los niños, adolescentes y jóvenes de los factores de riesgo para el inicio y desarrollo de trastornos por uso de alcohol y drogas. Erradicar las vicisitudes de la infancia especialmente las relacionadas con la violencia.
5. Ampliar la cobertura de prevención y llevarla a la población adulta joven en donde persiste el riesgo de inicio del consumo y de trastornos por el uso de drogas. Llevar las intervenciones psicosociales exitosas a las comunidades. Ampliar la cobertura de tratamiento de calidad basado en la evidencia y capaz de dar seguimiento a las personas que desarrollan esta enfermedad crónica. Proporcionar tratamiento de trastornos mentales desde la primera década de la vida y asegurar su disponibilidad para las personas que han logrado sobriedad para prevenir el riesgo de recaídas y su contención en tiempos de crisis.
6. Reformar el sistema de salud para unir los centros comunitarios a los servicios de primer nivel y hospitales generales. Atender las comorbilidades y a la población con trastornos graves, formar

redes con las organizaciones de la sociedad civil, fortalecer los programas de reducción de daños.

7. Ver el problema desde la perspectiva de la salud y el desarrollo en lugar de uno de la seguridad, con el bienestar de las comunidades y no decomisos y encarcelamientos como indicadores de éxito y la persona como centro.

Referencias

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Kessler, R. C. (2014). "Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys." *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>

Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. & Strang, J. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E. (2010). "Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood." *Journal of Psychiatric Research*; (44), 11, 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E. (2013). "Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents." *Drug and Alcohol Dependence*, 1; 131 (1-2): 85-91. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.12.002. Epub 2012 Dec 29. PMID: 23276477

Benjet, C., Hernández-Guzmán, L. (2001). "Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents." *Adolescence*; 36 (141): 47-65. PMID: 11407635

Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, R., ... Medina-Mora, M. E. (2020). "Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys." *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E53. doi:10.1017/S2045796019000477

Borges, G., Benjet, C., Medina Mora, M. E., Orozco, R., Nock, M. (2008). "Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 47 (1): 41-52. doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad. PMID: 18174824

Centros de Integración Juvenil (2020). *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 2º semestre de 2004 al 1er semestre de 2020 (Nivel Nacional y Entidades Federales)*. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pd-f/20-09g.pdf>

Cordero, O. M., Medina-Mora, M. E., Zabicky, S. G., Martín del Campo, R. (2020), *Cobertura de atención a problemas relacionados con el consumo de alcohol en México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. <http://rai.untwrk.com/cobertura-de-atencion-a-problemas-relacionados-con-el-consumo-de-sustancias-en-mexico/>

Cravioto, P., Medina-Mora, M. E., De la Rosa, B., Galván, F. & Tapia-Conyer, Roberto (2003). *Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento*. Salud Pública de México, 45 (3), 181-190. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000300007&lng=es&tllng=es

Cruz-Cruz, C., Vidaña, D., Mondragón y Kalb, M., Martínez, M. J., Olaiz, G., Hernández, L. F., Hernández, M., Barrientos, T. (2019). *Assessing illicit drugs in wastewater: a pilot study in Mexico*. Salud Pública de México; 61, 461-469.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., Ogunrombi, A., ... Beyer, C. (2016). "Public health and international drug policy." *Lancet*, 387 (10026), 1427-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Scott, K., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Broemet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., De Jonge, P., Karam, E. G., ... Kessler, R. C.; who World Mental Health Survey Collaborators (2019). "The epidemiology of drug use disorders cross-nationally: Findings from the who's World Mental Health Surveys." *International Journal of Drug Policy*; 71: 103-112. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.03.002. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31255918; PMCID: PMC7370948

Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Helena Andrade,

L., Bruffaerts, R., Bunting, B., Bromet, E. J., Miguel Caldas de Almeida, J., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, A., ... World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborators (2017). "Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys." *World Psychiatry*, 16 (3), 299-307. <https://doi.org/10.1002/wps.20457>

Del Valle Tena, O., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. & Wagner, F. A. (2019). "Chronic childhood adversity and speed of transition through stages of alcohol involvement." *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107669. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107669>

Domínguez, M., Romero, M. & Paul, G. (2000). "Los Niños Callejeros. Una visión de sí mismos vinculada al uso de las drogas." *Salud Mental*, 23 (3), 20-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232303>

Fleiz, C., Domínguez, M., Villatoro, J. A., Vázquez, F., Zafra, E., Sánchez, R., Re-séndiz, E., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. (2019a). *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*. Ciudad de México, México.

Fleiz, C., Villatoro, C., Domínguez, M. & Medina-Mora, M. E. (2019b) "Opioid Crisis Along Mexico's Northern Border: Treatment Needs." *Archives of Mental Research*, 50 (8), 527-534.

Jiménez, K. & Castillo, P. I. (2011). "A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana." *Región y sociedad*, 23 (50), 153-183. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252011000100007&lng=es&tlang=es

Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R., Bantjes, J., Bruffaerts, R., Ebert, D., Hasking, P., Kiekens, G., Lee, S., McLafferty, M., Mak, A., Mortier, P., Sampson, N., Stein, D., Vilagut, G., Kessler, R. (2020). "Sources of Stress and Their Associations with Mental Disorders Among College Students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative." *Frontiers in Psychology*, 11, art. 1759. DOI=10.3389/fpsyg.2020.01759

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., De Girolamo, G., Demyttenaere, K.,

Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C. Y., ... Williams, D. R. (2010). "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys." *British Journal of Psychiatry*, 197 (5): 378-85. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

Kulis, S. S., Marsiglia, F. F., Medina-Mora, M. E., Nuño-Gutiérrez, B. L., Corona, M. D., Ayers, S. L. (2021). "Keepin' It REAL-Mantente REAL in Mexico: A Cluster Randomized Controlled Trial of a Culturally Adapted Substance Use Prevention Curriculum for Early Adolescents." *Prevention Science*. doi: 10.1007/s11121-021-01217-8. Epub ahead of print. PMID: 33772435

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Hernández, A., Nanni, R., Ayala, M., Fernández, J., Medina Mora, M. E. (2013). "Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones." *Salud Mental*, 36 (6): 471-479. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600004&lng=es

Márquez, L. K., Fleiz, C., Burgos, J. L., Cepeda, J. A., McIntosh, C., Garfein, R. S., Kiene, S. M., Brodine, S., Strathdee, S. A., Martin, N. K. (2021). "Cost-effectiveness of hepatitis C virus (HCV) elimination strategies among people who inject drugs (PWID) in Tijuana, Mexico." *Addiction*. 2021. doi: 10.1111/add.15456. Epub ahead of print. PMID: 33620750

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Fleiz, C., Benjet, C., Rojas, E., Zambrano, J., Villatoro, J., Aguilar-Gaxiola, S. "Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico." *Rev. Panam Salud Pública*. 2006; 19 (4): 265-76.

Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México." *Salud Mental*, 26 (4), 1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.ox?id=58242601>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. & Fleiz, C. (2005). "Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana." *Salud Pública de México*, 47 (1), 8-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.ox?id=10647104>

Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., Natera, G. (2013). "Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?" *Salud Pública de México*; 55 (1): 67-73. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7189>

Organización Mundial de la Salud (2021b). *Datos del Observatorio mundial de la salud*. Disponible en: <https://www.who.int/gho/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021c). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud (2021a). *Temas de salud. Epidemiología*. Disponible en: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Ortiz, A., Domínguez, M. & Palomares, G. (2015). "El consumo de solventes inhalables en la festividad de San Judas Tadeo." *Salud mental*; 38 (6): 427-432. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000600427&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-3325. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.057>

Peacock, A., Bruno, R., Gisev, N., Degenhardt, L., Hall, W., Sedefov, R., Whittle, J., Thomas, K. V., Farrell, M. & Griffiths, P. (2019). "New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control and public health responses." *Lancet*, 394 (10209), 1668-1684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32231-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32231-7)

Rafful, C., Medina-Mora, M. E., González, P., Jenkins, J., Rangel, G., Strathdee, S. & Davidson, P. (2020). "Somebody Is Gonna Be Hurt: Involuntary Drug Treatment in Mexico." *Medical Anthropology*, 39: 2, 139-152, DOI: 10.1080/01459740.2019.1609470

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública (2009). *Publicación especial. Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Reporte de resultados nacionales.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (1993). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría (1989). *Encuesta Nacional de Adicciones 1988*. México.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Resumen Metodológico*. Disponible en: http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/resumen_metodologico_ENCODAT_2016.pdf

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México.

United Nations Office on Drugs and Crime (2020). *World Drug Report 2020. Methodology Report. Research and Trend Analysis Branch*. UNODC, Viena. Disponible en: https://wdr.unodc.org/uploads/wdr2020/documents/WDR-2020-Methodology_final_clean.pdf

Valdez, A., Kaplan, C., Nowotny, K. M., Natera, G., Cepeda, A. (2015). “Emerging patterns of crack use in Mexico City.” *International Journal of Drug Policy*, 26 (8): 739-45. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.04.010. Epub 2015 Apr 27. PMID: 26003928; PMCID: PMC4499486

Vázquez, A. L., Domenech, M. M., Barrett, T. S., Schwartz, S., Amador, N. G., Bustos, M. N., Gutiérrez, M. de L. & Villatoro, J. A. (2020). “Innovative identification of substance use predictors: Machine learning in a national sample of mexican children.” *Prevention Science. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01089-4>

Vázquez, A. L., Domenech, M. M., Schwartz, S., Amador, N. G., Bustos, M. N., Gutiérrez, M. de L. & Villatoro, J. A. (2019). “Early adolescent substance use in a national sample of Mexican youths: Demographic characteristics that pre-

dict use of alcohol, tobacco, and other drugs." *Journal of Latinx Psychology*, 7 (4), 273-283. <https://doi.org/10.1037/lat0000128>

Villatoro, J. A., Bustos, M., Fregoso, D. A., Fleiz, C., Gutiérrez, M. de L., Amador, N. G. & Medina-Mora, M. E. (2017). "Contextual factors associated with marijuana use in school population." *Salud Mental*, 40 (3): 93-102. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.0120>

Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Campo Sánchez, Martín del Campo, R., Fregoso, D. A., Bustos, M. N., Reséndiz, E., Mújica, R., Bretón, M., Soto, I. S. & Martínez, V. (2016). "El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema." *Salud Mental*, 39 (4), 193-203. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es

Villatoro, J. A., Oliva, N., Mújica, R., Fregoso, D., Bustos, M. y Medina-Mora, M. E. (2015). *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones. México.

World Health Organization (2018). *Substance Abuse. Global Alcohol Report*. México. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/mex.pdf?ua=1



Historia de David

Me llamo David y soy alcohólico anónimo. Hace 43 años por primera vez y quizá por extrañas razones llegué a AA. Confieso que no estaba muy convencido de que ahí, en ese lugar, podría encontrar ayuda. Una ayuda que nunca creí necesitar porque en aquellos tiempos jamás pensé que el beber licor continuamente fuera el motivo de mi inquietud y de mi soledad ni que ocasionara el profundo vacío que sentía en mi interior. Un hueco que además me causaba un gran sufrimiento. Pese a esa pesadumbre yo creía que mi vida era normal, quizá lo pensaba por efectos del alcohol. Bien, puedo decir que lo tenía todo, pero al mismo tiempo no tenía nada. Sin embargo, esa turbación e inquietud que tanto me atormentaba, desaparecía al tomarme dos o tres copas.

Ahora veo que siempre fui muy afortunado. Nací en un hermoso pueblo situado al sureste de México. Gracias a la buena situación económica de mis padres pude disfrutar de una infancia maravillosa junto a mi hermano mayor y mi hermana menor. Soy el de en medio. Siempre viví rodeado de amor y de mimos, mis padres me consintieron, pero cuando llegué a la pubertad comencé a cambiar. Los famosos 13 me transformaron. Todo me disgustaba, nada me parecía,



me la pasaba de mal humor, por consecuencia peleaba mucho con mis hermanos, era de los que se salían con la suya, invariablemente les ganaba, lo que me hacía sentir superior a ellos. No había día en que no los molestara, al grado que me apodaron “El diferente” porque parecía neurótico. Me aparté de ellos, no me interesaba nada más que mis compinches. Yo solo era feliz con mis amigos.

A los 13 años comencé a beber

Aunque era peleonero, un tanto abusivo y prepotente con mis hermanos, confieso que era solo para esconder mi timidez o tal vez mi cobardía. No entendía las emociones que me embargaban y tampoco sabía qué hacer para sentirme bien. Así que motivado por mis amigos, algunos mayores, empecé a beber... tenía apenas 13 años. El efecto que me causaba el licor era hasta cierto punto mágico, o al menos eso me parecía, pues casi de inmediato, tras un par de copas, me transformaba. De un instante a otro me convertía en un chavo extrovertido. Mi timidez desaparecía, ya no me avergonzaba sacar a bailar a las chicas ni contar chistes ni fanfarronear... Hice lo que nunca me había creído capaz de hacer: seducirlas.

Obviamente me cuidé de que ni mis padres ni mis hermanos se dieran cuenta del camino que estaba tomando. Al principio me resistía a la insistencia de esos que yo pensaba mis amigos, así que tomaba poco y solo una vez al mes; después cada semana, aprovechaba los fines de semana para embriagarme, sobre todo los sábados. Cuando cumplí 15 años ya bebía con mucha frecuencia, incluso el dinero que me daban mis padres para mis gastos en la escuela lo utilizaba para comprar anforitas de licor que introducía clandestinamente a mi salón de clases. Mis compañeros me miraban con asombro, yo me



creía indestructible, hasta llegué a pensar que me envidiaban porque ninguno se atrevió a decirme nada, incluso me rehuían. Yo lo tomaba como un halago, me sentía mejor que ellos, más valiente, más osado, sobre todo porque pese a mis actos trasgresores y que llegué a echarme mis tragos en la escuela, nunca reprobé.

En la Ciudad de México me destrampé

Al terminar la secundaria, mis padres me enviaron a la Ciudad de México para estudiar la preparatoria. Lo que más feliz me hizo fue que mi hermano no quiso venir conmigo, pues significaba que podría vivir con toda libertad y sin esconderme de nadie. Me dio mucho gusto. Mi padre me instaló en un departamento cerca de la prepa y por un tiempo no bebí, descubrir la ciudad me entretuvo; sin embargo, en cuanto me hice de amigos volví a las andadas, pero ya sin control. Comencé a tomar de manera incontrolable y aunque nunca fui bravucón ni busca pleitos, en todas las fiestas a las que acudía terminaba completamente ebrio y vomitándome encima o a quien estuviera al lado.

Cuando me encontraba sobrio me miraba en el espejo y sin vanidad aceptaba que era bien parecido. También era capaz de darme cuenta de mis cualidades pero estaba tan acomplejado que no solo me sentía feo, sino tonto, antipático, retraído, estos pensamientos me apesadumbraban causándome un sentimiento hondo y doloroso. Y como sufría por no saber encontrar a mí mismo, volvía a tomar. Solo así desaparecían todos mis temores y lo mejor era que me sentía importante y hasta un triunfador.

Pese a mis complejos y sufrimientos, en aquellos tiempos no sabía que era alcohólico; así que seguí con mi vida loca sin grandes

problemas, para mi fortuna siempre fui muy agraciado y la escuela se me daba, por lo que nunca creí que el alcohol me causara mayor daño, al contrario. Terminé la preparatoria, conocí a una linda chica y me casé muy joven. Como mi padre ya no me brindó su ayuda, conseguí trabajo en una gran empresa; era competente y proactivo y bastó poco tiempo para escalar puestos. En consecuencia tuve mejor sueldo. Tenía todo: trabajo, amor y alcohol. Seguí bebiendo, pero únicamente los fines de semana.

Fui tan buen empleado que mis superiores me premiaron; motivado por los directores de la empresa continúe estudiando, entré en la UNAM y a pesar de mis borracheras terminé mi carrera... A mi padre le dio más gusto que a mí, veía su triunfo como padre. La verdad nunca ejercí, ya que en la empresa donde trabajaba tenía responsabilidades que no correspondían a lo que había estudiado, aunque reconozco que concluir mis estudios fue un gran logro y fue importante para mí ser profesionista.

Por manejar ebrio estuve hospitalizado

De los 19 a los 27 años mi vida estuvo llena de triunfos a pesar de mis frecuentes borracheras, creo que nunca le hice daño a nadie, al menos no físico. Mi vida era la de un triunfador, lo que siempre había anhelado. Mis únicos lamentos eran mis terribles crudas que cada vez presentaban síntomas más fuertes y desagradables: náuseas, dolor de cabeza, depresión, ansiedad e irritabilidad. Pronto el alcohol me presentó su lado oscuro. Por manejar ebrio tuve dos accidentes. El último fue el más grave, tanto que permanecí mes y medio hospitalizado. Cuando me dieron de alta de puro gusto me metí a la primera cantina que se cruzó en mi camino y llegué a casa completamente

ebrio. Ese día mi esposa lloró de frustración y quizá de tristeza por entender que estaba casada con un alcohólico.

A pesar de mis desmanes, la suerte me siguió favoreciendo, pues en poco tiempo me convertí en uno de los directores de la empresa. Ganar más dinero provocó que mi ego aumentara; me volví presumido, un sabelotodo y hasta déspota con mi esposa. Pero cuando me sentía el rey del mundo, sucedió algo que me dañó en lo emocional. Creo que en ese momento empezó mi debacle por mi descontrolada manera de beber. Fue el parteaguas. Me convertí en un ebrio agresivo y en una piltrafa cuando me llegaba la resaca. También me percaté de que bastaban dos o tres copas para emborracharme. Lo peor fue que empecé a sufrir de alucinaciones y a tener lagunas mentales.

Sin embargo, pese a todos estos tormentos y aun con mi incontrolable manera de beber, no descuidé mi trabajo. Era responsable. Trataba de no tomar ni el más pequeño trago durante mi horario de trabajo, pero tan pronto salía de la oficina ni tardo ni perezoso me refugiaba en una cantina, bar o en mi casa donde tomaba hasta la inconsciencia. A ese ritmo transcurrieron cuatro años en los que cada día me entendía menos, en los que me alejé de mi familia y maltraté a toda la gente que amaba. Sabía que me estaba destruyendo, que le estaba causando conflictos a mi esposa, pero no sabía cómo parar.

Los conflictos con mi esposa aumentaron

Como era de suponerse, mi adicción al alcohol se tornó incontrolable y mis actos me comenzaron a cobrar la factura. Se agravaron los problemas con mi esposa, mi comportamiento social empeoró. Solo en la empresa me tuvieron más consideraciones, pues casi nunca faltaba y

cumplía con mis obligaciones, las suficientes. Sentía que mi desempeño laboral iba disminuyendo y tuve miedo de perder mi empleo.

Un día, mi esposa leyó en la revista de *Selecciones del Readers Digest*, un artículo que trataba del grave problema del alcoholismo. Como ella sabía de mi adicción, acudió a las oficinas de AA, en la Ciudad de México. Estaba desesperada. Luego de exponer su caso, le dieron folletos y textos referentes a las adicciones. Sin decirme nada me dejó los folletos sobre el buró y al verlos me enfurecí. Me sentí humillado, agraviado. Le armé un escándalo mayúsculo porque esa acción significaba que me consideraba un borracho... Así que ese día encontré un pretexto más para embriagarme.

Este hecho marcó nuestro matrimonio. La relación con mi esposa cada día se volvió más tensa, yo la culpaba a ella de mi vida, de mis acciones; la acusaba de no ser comprensiva. Seguí tomando, hasta que tres meses después, luego de un fin de semana de estar bebiendo, me sentí tan mal física y emocionalmente que temblando por la resaca, abrí el cajón del buró. Ahí estaban los folletos de AA, los tomé, los guardé en la bolsa de mi saco y sin decirle nada a mi esposa acudí a la dirección anotada en el folleto. Era el grupo Insurgentes.

Recuerdo que al entrar no supe qué decir, pero ellos al verme supusieron que era un “enfermo”. Me recibieron con afecto y aunque negué ser alcohólico, me trataron como si me conocieran de tiempo; después me llevaron a una sala de juntas y las personas que ahí se encontraban al verme llegar aplaudieron y me dieron la bienvenida. Me presenté y me senté en silencio, la reunión continuó. Escuché los relatos de algunos de los que ahí se encontraban. Eran historias semejantes a la mía. Hablaban de sus conflictos a causa del alcohol y tal parecía que estaban contando mi vida. Me estremecí y salí sin despedirme, aunque

confieso que me sorprendió y me agradó el compañerismo y sobre todo el respeto, que todos me ofrecieron. Nada me preguntaron.

Las pláticas en AA fueron benéficas

Al día siguiente al salir de trabajar, en vez de irme a la cantina, decidí regresar a esa comunidad que tan generosamente me había recibido. Me fui al Grupo Insurgentes y de nuevo me recibieron con mucho afecto. No sé qué sucedió en mí, algo me tocaron esas palabras y esas personas que por propia voluntad continúe yendo y una mañana, como si despertara de una penosa pesadilla, me di cuenta que llevaba 15 días sin beber una sola copa, sin sufrir las horribles resacas. Me sentí contento y más porque mi esposa al despedirme antes de irme a trabajar me abrazó y con una leve sonrisa me susurró: te amo.

Contento, maravillado, entusiasmado, seguí asistiendo al grupo y seis meses después, sin que nadie me preguntara nada, por voluntad propia y humildemente, acepté ser alcohólico. ¡Qué liberación! Fue una sensación de bienestar interior y de gran emoción que no se me olvidará nunca. Hasta ese momento me atreví a subir a la tribuna para contar mi historia. Desde allá arriba les hablé de mi alcoholismo, les conté con lujo de detalle todos los conflictos, problemas y sinsabores que había padecido por mi incontrolable manera de beber. Ese día, todos mis compañeros me aplaudieron y abrazaron... Desde entonces empecé a platicar con otros compañeros y poco a poco sentí el alivio espiritual abrazarme. La paz llegaba a mí y me estaba transformado en otro hombre, en un mejor ser humano. Para mi fortuna eso era apenas el principio.

Debo decirles que la felicidad volvió a florecer en mi hogar, tal parece que apenas estoy conociendo a mi esposa. En mi trabajo he

vuelto a brillar y he conseguido varios logros. Hago deporte, me ejer-cito, sonrió y veo la vida diferente. Sin duda, soy otro hombre, con pena reconozco que el alcohol me tenía fuera de la realidad, ahora lo sé. Cambié tanto y recobré el amor a la vida que me invitaron a formar un nuevo grupo cerca de mi casa y con gusto acepté.

Empecé a sentirme parte de AA y aunque me costó trabajo des-prenderme de mis costumbres de ir a fiestas, cantinas y tomar la copa con los amigos, a estas fechas ya casi ni las recuerdo; es más ni me hacen falta. Estar sobrio es lo mejor que me ha sucedido, pues miro al mundo de diferente manera, sobre todo, he recobrado la fe.

Volví a creer en Dios

Con el tiempo, y llevando una vida diferente, mi misión en AA ha sido la formación de los nuevos integrantes. Como anécdota, les platico que mi primer ahijado en el grupo luego de la ceremonia que se hace, el muy pícaro se fue a emborrachar. En vez de darme coraje, me dio risa y prometí no volver a apadrinar a nadie más... Obviamente continúe con mi labor y durante los dos años siguientes y más seguro de ser un hom-bre diferente, comencé a sentir la necesidad de recobrar mi fe en Dios.

Sin dejar pasar mucho tiempo, me reincorporé a la Iglesia Cató-lica en la que crecí y a la que abandoné a los 13 años cuando comencé a beber. Aunque ya tenía tiempo de estar leyendo el "Libro Grande", publicado por AA, por más que busqué en los 12 capítulos una res-puesta a mis dudas de fe no hallé nada. Con devoción oré y le pedí a Dios que se manifestara. Y sucedió lo que tanto anhelaba. Una noche durante un viaje de negocios a Houston me quedé dormido leyendo el libro *AA llega a su mayoría de edad* y, entonces, tuve el sueño más real y hermoso de mi vida: Jesucristo vino a mí y me dijo: "Yo soy a quien

buscas”. Me desperté y sin poderlo evitar durante muchos minutos estuve llorando. Derramé tantas lágrimas que cayeron sobre las hojas de mi libro hasta humedecerlas.

Mi temor a la muerte desapareció

Desde entonces nunca más he vuelto a dudar de Dios. Aquel día algo maravilloso sucedió en mí. Esa epifanía me quitó el miedo que le tenía a la muerte. Con más bríos me dediqué a transmitir el mensaje divino en muchos grupos de la Ciudad de México. Estoy agradecido con mi Señor Jesucristo, porque en el grupo Pedregal, que formamos hacia 1980, han salido muchos ^{AA} y varios grupos donde siguen leyendo el “Libro Grande” y continúan luchando por comprender y sentir los 12 pasos. Y como dice el segundo paso: la cordura se me devolvió. Todo gracias a Dios; en todo este tiempo he aprendido mucho, sobre todo estoy convencido que se debe de trabajar para obtener y hacer crecer la fe.

Debo decirles que mi vida no ha estado libre de problemas, ningún ser humano está exento de ellos, aunque existe una gran diferencia al momento de enfrentar los problemas de enfermedad, económicos, emocionales, laborales, familiares, gracias a la práctica constante de los 12 pasos y la ayuda indiscutible de Dios, que llega cuando uno hace su trabajo (la fe sin obras es letra muerta, Santiago 2: 20) he recuperado la confianza en mí. Para mi gusto y cierto orgullo, les digo que he participado en la formación de varios grupos. A pesar de la primera desastrosa experiencia como padrino, he asumido con gusto la tarea que Dios me dio: apadrinar. He perdido la cuenta, es más, no sé a cuántos les habré fallado, pero lo que sí sé es que hay muchos alcohólicos que han querido y se han esforzado por rehabilitarse y he tenido

la fortuna de compartirles mi experiencia, la cual les ha ayudado a recuperarse a sí mismos y hoy no solo tienen hogares tranquilos, sino que son grandes padrinos, oradores y promotores de AA, esto me llena de complacencia y felicidad.

Estamos preparados para ayudar

La práctica de los principios espirituales de AA, legados por Bill W., el médico Bob y los primeros AA, sirve actualmente para resolver muchos problemas humanos que antes solo se resolvían en pocos casos. Estoy convencido de que el mundo requiere conocer estos principios no por la fuerza ni por la promoción sino, como lo dice nuestra 11^a tradición, con la atracción de aquellos que han salido del grave problema de la adicción. Para ello hemos sido salvados: para llevar el mensaje al que sufre por cualquier adicción, como en mi caso, con el alcohol.

Podría narrar muchas vivencias, algunas tristes, otras intensas y muchas dolorosas, pero mi intención es dejar testimonio de que el programa de AA sí sirve para salir de la adicción, adelante, lo único que se requiere es aceptarlo y lamento decir que para llegar a aceptar el programa se necesita sufrir. No hay redención sin sufrimiento, aunque puedo afirmar sin lugar a duda que toda adicción a la larga trae consigo el sufrimiento o la muerte; depende de uno tomar la decisión de qué es lo que se quiere.

Como decía un clérigo amigo de Bill: “Para llegar al cielo hay que pasar primero por el infierno”.

David H.





Historia de Magui

Me llamo Magui, quiero contarte mi historia y cómo fue que viví en el error durante muchos años de mi vida. Es posible que piensen que por tantos yerros que cometí debería guardármelos, pero no callaré. Y aunque a decir verdad lo que viví fue verdaderamente vergonzoso, deseo que mi cruel experiencia sirva a otras personas para reflexionar y no cometer los mismos errores. No soy un ejemplo a seguir. Y si quiero compartir mi experiencia es para que sepan que de uno depende vivir en el cielo o en el infierno.

Nací en la Ciudad de México, provengo de una familia un tanto desunida. En casa, mi padre casi siempre estuvo ausente. Mi mamá, con muchos sacrificios, era quien nos proveía de lo necesario; por desgracia, nunca fui agradecida con ella, llegué a creer que era la que molestaba a mi papá y que por su culpa él se iba. Tengo cuatro hermanos, soy la menor y, para colmo, la más problemática.

Un hogar conflictivo

Cuando era muy niña, recuerdo vagamente que mi mamá y mi papá discutían bastante. A pesar de que mi mamá era la más agredida, sin saber por qué razón, yo siempre corría al lado de mi papá. En aquellos

tiempos no comprendía cuáles eran los motivos de sus disgustos, pero debieron ser muy tormentosos porque de un día para otro se separaron. Mi mamá nos llevó a mis dos hermanos más chicos y a mí a Nogales, Sonora, los mayores se quedaron en la casa con mi papá.

Recuerdo el día en que nos despedimos. Mi papá nos acompañó a la estación del tren, aunque hablaba poco con mi mamá, se veía triste y hasta lloroso. Yo también solté el llanto y lo abracé fuerte. Me dijo que me escribiría, le acaricié la cara. En ese momento no pude imaginar que era una despedida para siempre. Quizá por mi edad y por no comprender el porqué de la separación, me nació un cruel sentimiento contra mi mamá. No pude imaginar que ella era la víctima y que mi papá era un desobligado. Mi madre desesperada había pedido ayuda a sus hermanos y como ellos eran ricos y tenían tiendas departamentales en Nogales, le ofrecieron ayudarla. Una vez que llegamos, nos instalamos en la casa de uno de mis tíos y al día siguiente mi mamá empezó a trabajar.

Aunque extrañaba a mi papá y a mis hermanos mayores, el cambio de vida me gustó, a mis seis años me sentí feliz. La casa donde vivíamos era muy grande, tenía muchos árboles, jardines y hasta un ria-chuelo. También el carácter de mi mamá cambió, pues cuando salía de trabajar nos llevaba golosinas, nos preparaba la comida. Se veía tan feliz que hasta cantaba. Mis dos hermanos y yo jugábamos con ella, pasábamos tiempo juntos, hacíamos muchas cosas, a mí me enseñó a apreciar la música y también a cantar.

Una niña muy fastidiosa

A los pocos días de haber llegado, nos inscribieron en una escuela de paga. Aunque vivíamos muy bien, yo empecé a notar que mi mamá

tenía preferencias por mis hermanos, pues les ayudaba a hacer sus tareas y les cumplía todos sus caprichos. Eso me molestaba y comencé a sentir que no me quería; así que triste, me salía de la casa para caminar solita en el patio. No tenía motivo para reaccionar así, pues todo eran imaginaciones mías, es decir yo misma creaba mis desventuras.

Tres años después, cuando ya tenía nueve años, mi papá se había mudado a Los Mochis, Sinaloa, a la casa de mi abuela, en ese tiempo le escribió a mi mamá y le pidió que regresara a su lado; le juró que todo sería diferente. Mi mamá aceptó y aunque mis tíos no estuvieron muy de acuerdo, respetaron su decisión y le permitieron que ocupara un departamento que tenían en la Ciudad de México, lo habían comprado cuando uno de mis primos decidió estudiar en la UNAM. Ahí regresaría toda la familia para vivir junta otra vez.

La muerte de mi papá me confundió más

Mi mamá estaba feliz, pues quería reencontrarse con sus dos hijos mayores y, desde luego, darle una oportunidad a su matrimonio. Todo lo planearon muy bien, nosotros fuimos los primeros en llegar a la ciudad; mi papá llegaría una semana después, su retraso era porque debía arreglar su cambio de trabajo. Yo estaba emocionada, quería volver a abrazarlo y decirle lo mucho que lo quería y extrañaba. Pero, ¡cruel destino!, él jamás volvió, falleció repentinamente de un ataque al corazón. Los únicos que regresaron fueron mis dos hermanos mayores. Mi mamá estaba devastada, lloró mucho y aunque me contó detalladamente la tragedia, yo no quise creerle y se revivió el sentimiento de odio hacia ella. En mi perturbada imaginación por el dolor, creí que me mentía y que lo único que ella de-

seaba era que yo no volviera a ver a mi papá nunca. Ese sufrimiento excesivo me marcó.

Y en mi fantasiosa mente transfiguré totalmente la realidad. Me dibujé una madre que no existía y le di vida a una mujer sin corazón, cruel, y por consecuencia me llené de resentimientos no solo contra ella, sino también contra la vida y hasta con Dios, aunque dudaba de su existencia. Con la certeza de que mi madre mentía y mi padre aún estaba vivo, ansiosa esperaba una carta, una llamada o que fuera por mí para alejarme de mi mamá y hermanos, que según yo no me querían. Me sentía sola. Y como con mucha facilidad deformaba las cosas en mi mente, creí que por ser mujer nadie me quería. Como me sentía diferente a todos, me volví una niña huraña, rechazaba a todos los que se me acercaban, también a mis compañeras de la escuela; sin saber cuándo ni cómo comencé a tener depresiones.

A los 11 años intenté suicidarme

Encerrada en mí misma, cada día me sentía más extraña, en mi mente fluían cosas que no existían. Por consecuencia, a mis 11 años vivía entre la confusión y el desconcierto, al grado que pensé en suicidarme. Cierta día, contra mi voluntad mi mamá me llevó al centro, al abordar el taxi, sin hablar me senté en la orilla del asiento, en ese momento tuve el impulso de abrir la puerta y aventarme para morir atropellada para ya de una vez terminar con mi tormentosa vida; tontamente pensaba que yo no le importaba a nadie. Y aunque la idea estuvo latente unos segundos eternos no pude abrir la puerta, pues tenía puesto el seguro. Me dio tanto coraje que me puse a llorar. Mi mamá iba tan ensimismada en sus pensamientos que no se percató de mis intenciones, y eso me frustró aún más.

Mi mamá ya sola, únicamente con el apoyo de mis tíos, tuvo que trabajar para sostener la casa. Se convirtió en padre y madre, pero yo no le creía. Diariamente, ella salía a trabajar y mis hermanos se iban con sus amigos a jugar, yo me quedaba en casa sola, y aunque iba a la escuela no me gustaba platicar con ninguna de mis compañeras... Pero mi mente no descansaba y seguí fantaseando que mi papá estaba vivo. Mi mamá preocupada por mi comportamiento me mandó con mi abuela paterna para sacarme de mi fantasía. En Los Mochis, ella me llevó al panteón para visitar la tumba de mi papá, pero mi mente estaba tan confusa que ni así acepté que él estuviera muerto. Por una parte quería creer y otra se aferraba a la negación. Aun cuando de pronto me daba cuenta de que era cierto y él estaba muerto, pensaba que por ser huérfana las personas me tenían lastima. Totalmente fuera de la realidad le escribía cartas a mi papá para sentirlo vivo. Después empecé a tener miedo y me sentí más retraída y sola.

En la secundaria por primera vez tomé licor

A los 14 años, cuando cursaba segundo año de secundaria, tuve mi primer contacto con el alcohol. Fue en una tardeada que hicieron en la escuela y como los chicos eran muy atrevidos metieron botellas de licor. Observé cómo lo mezclaban con el refresco, cuando me ofrecieron un vaso acepté de inmediato; bebí, me gustó y les pedí más. Una vez que me hizo efecto, comencé a sentirme diferente, desinhibida, alegre, al grado que hasta me puse a cantar, como tenía bonita voz y mi mamá me había enseñado a vocalizar, todos me aplaudieron.

Me sentí por primera vez en mucho tiempo ¡feliz!, disfrutaba de una libertad hasta entonces desconocida. Aunque, como seguí tomando, luego me sentí mal, muy mal. Mis compañeras me llevaron al

baño, me dieron café, Alka-Seltzer. Después me llevaron a mi casa y como no había nadie, me acosté y dormí. Nadie se enteró. Al otro día al recordar todo, pese a lo mal que me la había pasado al final, aquella liberación del primer momento me gustó y quise volver a tener esa sensación de libertad y, sobre todo, la posibilidad de desinhibirme. Fue cuando sentí el imperioso deseo de volver a beber licor.

Pero me quedé con las ganas, porque en mi casa no había ni siquiera una cerveza. Como en la fiesta me había puesto muy divertida, los chicos que conocí (los que habían metido el alcohol) comenzaron a buscarme, pues les había caído muy bien y como cada semana hacían tardeadas volvieron a invitarme y se repitió mi agradable vivencia con el licor. Volví a ser feliz, al grado de que quise creer que el alcohol era mi amigo y que con su ayuda mis tormentos y miedos desaparecían.

Y así era, con dos o tres cubas que me tomara experimentaba esa sensación de libertad... Y era feliz. Reía, platicaba, bailaba y cantaba, y cuando me sentía mal les pedía que me llevaran a mi casa. No sé si tuve suerte o si fui muy lista para ocultarme, porque ni mi mamá ni mis hermanos se dieron cuenta ni de que iba a fiestas ni que tomaba.

Mi mamá me descubrió

A los 17 años, todos mis amigos sabían que me gustaba mucho el alcohol y como se divertían conmigo me complacían sirviéndome las copas que quisiera. Pero como no hay nada oculto bajo el sol, un día me “cacharon”. Llegué a casa borracha y mi mamá me vio; descubrió que bebía y enojada por mi mal comportamiento me regañó y discutió con ella de manera grosera, la insulté y culpé de la ausencia de mi padre. Pero lo peor aún estaba por venir. Al otro día no me acordaba de

nada. No le di importancia, es más ni siquiera me preocupó. Empecé a tener lagunas mentales y como era de esperarse, los problemas con mi mamá fueron aumentando y las discusiones se hicieron más fuertes y continuas, pues llegó a tal grado mi descaro que ya no me importaba fingir y solía llegar tomada a la casa.

Mi mamá triste y desesperada me regañaba con más severidad cada vez; yo me hacía la enojada y me encerraba en mi cuarto a llorar, sentía que nadie me entendía ni me quería y que mi mamá era la culpable de mi inestabilidad emocional por haberme separado de mi papá. Sentía que la odiaba. Nunca quise reconocer que era la mejor de las madres, que a pesar de ser joven y bonita nunca salió con nadie, se consagró a nosotros y a su trabajo para proveernos de todo lo que necesitábamos, sus días de descanso se la pasaba lavando y planchando nuestra ropa, limpiando la casa y estudiando para superarse en su trabajo y ganar un poco más. Fui una mala hija.

Se puede decir que era una chica de doble personalidad, pues sobria era tímida, miedosa y fantasiosa a mi conveniencia y con unas copas era atrevida, osada, irresponsable y hasta el alma de la fiesta. En la preparatoria era la que los incitaba al destrampe, a la indisciplina y, por supuesto, quien encabezaba las aventuras etílicas. Precisamente por insubordinada me expulsaron, en vez de entristecerme me dio gusto, pues sabía que a pesar de todo era muy inteligente y con facilidad aprendía cualquier cosa por difícil que fuera.

En mi bolsa llevaba una botellita con licor

Cuando mi mamá se enteró de que me habían expulsado, me dijo que tenía que ponerme a trabajar, ese fue el castigo. Mis hermanos que trabajaban en una aseguradora, me consiguieron un trabajo. Me pre-

pararon para vender seguros de autos y tuve éxito, resulté una estrella, aunque nadie llegó a imaginar que en mi bolso de mano llevaba una botellita con licor y que antes de salir a trabajar me tomaba uno o dos traguitos para desinhibirme.

En ese trabajo fui feliz, pues comencé a ganar bien y, por consecuencia, me vestí mejor, iba a buenos restaurantes y aceptaba todas las invitaciones que mis clientes me hacían... Y como siempre andaba un poco alcoholizada me sentía libre e independiente. Ya no tenía que ir a la escuela, ganaba dinero para mí y solo para mí. Nunca le di dinero a mi mamá, pues seguía pensando que no me quería y que no lo merecía.

Cuando cumplí 20 años, uno de mis clientes de la aseguradora me invitó a trabajar en las oficinas de un lujoso hotel en Puerto Vallarta. Sin pensarlo respondí que sí, consideré que era una buena oportunidad para alejarme de mi madre pues ya me tenía harta con sus continuos regaños y reproches. Me fui en contra de su voluntad... y me la pasé bien. Me sentía una mujer de mundo: bella, sensual y libre para hacer de mi vida lo que me diera la gana. Tan luego terminaba mi turno me iba a mi habitación (vivía en el mismo hotel) y bebía con libertad, a veces salía con amigos y me divertía de lo lindo, bailando y bebiendo.

Comencé a cantar en el bar del hotel

Un día de esas borracheras en Vallarta, el gerente del hotel me escuchó cantar, le gustó tanto que me propuso que los fines de semana cantara en el salón “Las noches mexicanas”, ubicado en el vestíbulo del mismo hotel. Si bien la primera vez tuve mucho miedo de cantar en público, me tomé dos o tres copas de licor y bastó para sentirme dueña del escenario y lo conseguí. Fue una experiencia bonita, me

gustó que me aplaudieran, ser el centro de atención y supe que como cantante también podría trabajar.

Pero para mi mala suerte solo estuve tres meses. Cuando mi hermano mayor y mi mamá se enteraron de la vida de libertinaje que llevaba, fueron de inmediato por mí y a la fuerza me obligaron a regresar a la Ciudad de México. Sentí que odiaba más a mi madre. Equivocadamente pensé que porque no me quería no me dejaba progresar en mi trabajo, no podía entender que mi comportamiento la hacía sufrir, no me daba cuenta que cada día me hundía más en el vicio del alcohol.

Una vez que regresé a la Ciudad de México, aproveché la recomendación que me dio el gerente del hotel de Puerto Vallarta y acudí a otro hotel de la misma cadena para ofrecer mis servicios como cantante. Luego de pasar la prueba, me dieron la oportunidad de continuar cantando. Me fue muy bien, mejor que en Vallarta, y aunque llevaba una vida desordenada por culpa del licor y tenía éxito, en el fondo sentía que no deseaba ser cantante para siempre, cuando no estaba bajo el efecto del alcohol, sentía tristeza y surgían en mí ganas de llevar una vida normal: tener un hogar, casarme y ser madre de dos o tres niños.

Sin embargo, una vez que me tomaba unos tragos y estaba arriba del escenario todo se me olvidaba. Me gustó el dinero, el ambiente, los aplausos y las copas. Me sentía la reina del mundo y esa soberbia fue la que hizo que empezara a darle dinero a mi mamá, no para ayudarla sino para demostrarles a ella y a mis hermanos que como mujer valía mucho.

Hice sufrir mucho a mi mamá

Hay dos cosas que se quedaron muy grabadas en mi mente y que nunca he podido olvidar: el día que a mis 17 años mi mamá desespe-

rada me gritó “eres una alcohólica, el licor te transforma, por favor, hija, reacciona, estás acabando con tu vida y también con la mía”. Y cuando tenía como 23 años, igualmente abatida y llorosa me dijo: “Ya no me des dinero, lo que deseo es que me des paz”. Pero en aquellos tiempos ni caso le hacía, mi carrera de cantante se estaba consolidando, empezaron a contratarme para cantar en otros lugares más finos y para festejar mis triunfos me iba de parranda con mis amigos y comencé a beber más. Mis despertares eran horribles, pero bastaba que me tomara un par de copas para sentirme nuevamente bien.

Sin embargo, y quizás por mi juventud y la forma de embellecerme, mi alcoholismo no era muy notorio ante ojos ajenos, de hecho me veía guapa. Cierta noche, después de cantar, un productor de televisión me buscó y me ofreció cantar en un programa. Emocionada acepté y esa noche para festejar mi nuevo triunfo me emborraché. En la televisión, aunque era un programa semanal, también tuve mucho éxito. Lo más importante, creía yo, era que me pagaban bien y me estaba volviendo famosa.

Los siguientes cuatro años puedo decir que fueron tiempos sin huella, pues debido a mi adicción e inconsciencia creí que estaba enamorada y me casé. Tuve una hija, pero como mi marido no soportó mis borracheras me pidió el divorcio. Así que llevé a mi hija con mi mamá pues yo no podía cuidarla. Sin darme cuenta me iba hundiéndome más en el vicio al grado que me presenté tomada al programa, la primera vez nadie me dijo nada, pero a la segunda ocasión me corrieron. Llegaba tan alcoholizada a todos los lugares que también me despidieron de los lujosos bares donde cantaba. Me parecía que eran unos desagradecidos, no entendía que era mi culpa y como tenía necesidad de trabajar para sostener mi vicio terminé trabajando en lugares



ínfimos. Pero eso no fue todo, apenas el inicio de la debacle, pronto y para colmo fui perdiendo la voz y en vez de culpar al maldito alcohol culpé a Dios.

Derrotada regresé a la casa de mi mamá

Ante mi infortunio regresé a mi casa materna, pero ni por mi hija pude dejar el vicio. Mi mamá y mis hermanos ya no me reclamaban nada, callados aguantaban mi decadencia. Se veían tristes por mirarme convertida en una piltrafa. Certo día los vi tan afligidos que se me ablandó el corazón y les pedí perdón, para demostrarles que no era ninguna alcohólica dejé de tomar. Poco me duró, ya que la abstinencia me estaba enloqueciendo y regresé a las andadas, llegué a tomar tragos de perfume.

Sin embargo, cuando estaba sobria, volví a pensar en rehacer mi vida y a soñar con tener un hogar; con esa idea en la mente empecé a salir con un señor que me llevaba a buenos lugares, me gustaba la buena vida, así que nos volvimos amantes. Como él era casado solo me convertí en la “otra” y quedé embarazada. Después se alejó de mí. Y como todo me valía, también mi mamá se hizo cargo de mi segunda hija.

En mi primer embarazo no pude dejar de beber, en el segundo por más que luché por alejarme del alcohol tampoco pude y seguí bebiendo aunque con moderación. Por fortuna, mi alcoholismo no afectó a mis hijas y nacieron sanas.

Creo que cuando estaba sobria era cuando más sufría, pues me sentía derrotada, desilusionada y fracasada en todos los aspectos de mi vida. Lo peor era que tanto mis hijas como yo estábamos arrimadas en la casa de mi mamá. Fue cuando me volví a obsesionar con el

suicidio, deseaba morir con mis hijas. Pensé en abrir las llaves del gas o en envenenarnos. Esos insanos pensamientos me estaban enloqueciendo. Lo peor era que mi mamá se veía enferma, pero nada la detenía, aun así trabajaba y atendía a mis hijas.

Dios me guió a un grupo AA

Comprendí que tenía mucha culpa del abatimiento de mi mamá, siempre la había hecho sufrir mucho con mi reprobable comportamiento. Una tarde, cuando más desesperada me encontraba, salí de la casa con la intención de comprar una botella de licor, pero al caminar me di cuenta que no llevaba dinero: Una terrible desesperación se apoderó de mi mente y quise arrojarme al paso de los autos para terminar de una vez con mi vida, pero como había muchos transeúntes seguí caminando. Varias calles después repentinamente vi un letrero que decía: AA las 24 horas del día. Me detuve, la puerta estaba abierta y entré como autómata. Las personas que se encontraban adentro, al verme me recibieron con mucha amabilidad; como si conocieran mi atormentada vida, me invitaron a pasar. Ante esa atención, sin poder evitarlo solté el llanto.

Recuerdo que un hombre de aspecto agradable me tomó del brazo y condujo a un salóncito. Luego de sentarme, se acercó una mujer como de 50 años y me ofreció un té... Nada me preguntaron. Solo me dijeron que me encontraba en el lugar indicado, que seguramente Dios había guiado mis pasos. Fue la primera vez que pensé en Dios. Sin dejar de llorar les contesté que sí, que Dios se había apiadado de mí aun sin merecerlo.

Cuando me sequé las lágrimas me miré rodeada de más personas. Sentí la necesidad de hablar y sin conocerlos les dije: "estaba a

punto de suicidarme. Desde niña he llevado una vida desordenada por culpa del alcohol, pero aunque a través de los años he tratado de dejar el vicio no he podido ni siquiera por el amor de mis hijas. Ya no puedo más, siento que el alcoholismo es una fuerza oscura y diabólica que me domina y me tiene atrapada". Las personas del grupo me aplaudieron y me dijeron que haber reconocido que el alcohol era una fuerza maligna en mi vida significaba que podría vencer la terrible adicción que padecía.

Con la ayuda de AA mi vida cambió

Y como si sus palabras fueran milagrosas, por primera vez en mi vida me sentí tranquila, aliviada. Mis temores y mi obsesión desaparecieron. Durante varias horas escuché las vivencias de algunos de los presentes y las tres historias que escuché aquella tarde eran muy parecidas a la mía. Me sentí identificada.

Cuando regresé a casa, no sé que vio mi mamá en mí, quizá la paz, que me abrazó y juntas lloramos. Le pedí perdón. Ella me dijo con un torrente de lágrimas que Dios la había escuchado. Esa noche dormí como nunca abrazando a mis hijas. Al otro día regresé al grupo, me sentía tan bien que ni siquiera pensaba en el alcohol, solo quería vivir para enmendar mi vida. Sin darme cuenta transcurrieron seis semanas, fue entonces cuando acepté que era alcohólica. Les conté paso a paso mi historia, me remonté a mis seis años y la soledad que sentía, mis fantasías crueles. Mientras hablaba, algo dentro de mí se iba aliviando. A partir de ese día me siento parte del grupo.

En Alcohólicos Anónimos encontré una nueva fuerza, un nuevo poder a través de personas que me compartieron su nueva manera de vivir. Reconnecté con mi espiritualidad, recuperé la esperanza de vivir

que ya no tenía. Bien puedo decirles que desde el primer momento, desde que llegué a AA, una luz divina invadió mi cuerpo, mi mente y mi alma y, como si despertara de una horrible pesadilla, regresé a una hermosa realidad que solo pude entender cuando supe que otras personas habían vivido lo mismo que yo.

Compartir los dolores, las tristezas y las pérdidas me ha hecho mucho bien. Ahora orgullosamente digo y acepto que soy una alcohólica anónima, y doy gracias a dos personas que hace 85 años crearon el primer grupo y fueron precisamente dos alcohólicos quienes luego de vivir en la oscuridad, pudieron reaccionar y encontraron la solución para un cambio profundo e interno. No hay manera para agradecerles su devoción, fuerza y disciplina, la cual nos ha servido de guía a muchos. Ellos lograron la liberación de la obsesión tremenda de la fuerza del alcohol.

Pude pedirle perdón a mi madre

Quiero decirles que mi madre ya falleció, la extraño, afortunadamente tuve tiempo, gracias a AA, de pedirle perdón, de reparar un poco el daño que le causé. Durante sus últimos nueve años que tuvo de vida, me miró sobria, tranquila, sensata, amorosa y devota con mis hijas, como ella lo fue con nosotros. Fue testigo de mi cambio de vida y eso la hizo feliz. Además, pude reencontrarme con mis hermanos, que también me abrazaron con su perdón. Gracias a Dios y a AA tuve el valor y la fuerza para educar y acompañar a mis hijas, que en la actualidad ya son mayores de edad y logré ser una madre congruente y sin rasgos de alcoholismo para ellas. En estos años he podido ofrecerles lo mejor de mí. Desde mi cambio, mis hijas y yo hemos recorrido un camino de amor y respeto. Es tanta nuestra fuerza y fe en Dios que



juntas hemos superado las adversidades y pérdidas de la vida, como fue la muerte de mi mamá. Hoy mis hermanos me cobijan como la menor que soy y se sienten orgullosos de mí. Somos una familia unida, nos sabemos dichosas y agradecidas porque nos brindan su amor y su apoyo incondicional.

Aún hay algo que quiero compartirles. Cuando gracias a AA logré vencer mi adicción, en mi camino encontré a un buen hombre que me ofreció matrimonio y que se convirtió en un respetuoso padrastro de mis hijas y un amoroso esposo. Doy gracias a Dios porque he llegado a la vejez en un matrimonio consolidado. Logramos formar una familia como tanto lo había deseado. Lo más importante es que he podido vivir según me enseñó mi madre: digna, sin esconderme de nadie y libre de obsesiones malignas, conservándome en una vida espiritual y con gratitud transmitiendo las enseñanzas que me dieron en Alcohólicos Anónimos.

Hoy soy lo que en Alcohólicos Anónimos me enseñaron a ser: útil y feliz.

Magui

Acerca de los autores

Cipriano Sánchez García

El P. Cipriano Sánchez García, es miembro de la Legión de Cristo desde 1975 y fue ordenado sacerdote en Roma en 1988. Realizó estudios de Licenciatura en Filosofía, con especialidad en Antropología Filosófica, en la Universidad Gregoriana de Roma, Italia; Master en Teología por la Universidad Pontificia Sto. Tomás de Aquino, también en Roma; y el Doctorado en Filosofía en la Universidad Anáhuac México Sur. Recientemente obtuvo el Doctorado en Filosofía por la Universidad Pontificia de México con los máximos honores *Summa cum laude*. Actualmente es rector de la Universidad Anáhuac México.

Jorge Larrea Espinosa

El doctor Jorge Larrea Espinosa es licenciado en Relaciones Internacionales con maestría en Desarrollo Organizacional y especialización en Alta Dirección de Empresas del IPADE, ha dedicado gran parte de su vida profesional al tema de las adicciones, desde diferentes ámbitos. Entre ellos, se encuentra la dirección del Centro de Integración para Adictos y Familiares, A. C., Monte Fénix, de 1992 a 2002. Fundó el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, Clínicas Claider y el Primer Programa de Asistencia al Empleado en México. Creó la Asociación Mexicana sobre la Adicción y ha recibido diferentes reconocimientos a su trayectoria profesional y compromiso social.

Igor Koutsenok

El doctor Igor Koutsenok es médico de la Universidad Médica Nacional de Kiev, Ucrania y psiquiatra en la Universidad de Medicina de Sofía, Bulgaria, con maestría en Psiquiatría de la Facultad de Medicina del Hospital St. Georges. Desde 1997 se desempeña como miembro en la Escuela de Medicina y Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California San Diego. Durante muchos años ha enseñado Psiquiatría General y de Adicciones a estudiantes de Medicina, residentes de Psiquiatría, aprendices de Psicología, trabajadores sociales, profesionales de la justicia penal y legisladores de todo el mundo. Es autor y coautor de más de 50 publicaciones científicas y cinco capítulos de libros. El doctor Koutsenok ha sido invitado como presentador y capacitador en más de 40 países alrededor del mundo.

Roberto Karam Araujo

Médico cirujano por la Universidad Juárez del Estado de Durango, con estudios de maestría y doctorado en Alta Dirección por el Centro de Posgrados del Estado de México. Ha ocupado diferentes puestos como jefe de área, encargado de despacho de división y jefe de división en el área de Promoción de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Fue vicepresidente y presidente de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. de 2012 a 2020. Actualmente es jefe de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales en IMSS Durango.

José María López Landiribar

El maestro José María López Landiribar es licenciado en Psicología por la Universidad Anáhuac México, y con maestría en Psicoterapia de Pareja por el Instituto Mexicano de la Pareja. Desempeñó el cargo de director de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac desde 1993 hasta 2021. Participa como Miembro Titular Individual en el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). Es conferencista invitado a nivel nacional como internacional. Ha obtenido varios reconocimientos por su labor en favor del desarrollo y la enseñanza de la Psicología. Complementa sus actividades académicas con la práctica profesional en el trabajo en psicoterapia con parejas y personas en individual. Actualmente es el director del Centro Psicopedagógico Anáhuac y de Cenyeliztli, A. C.

Enrique Chávez León

Médico cirujano (Universidad La Salle México), especialista en Psiquiatría (UNAM) e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz), maestría en Psiquiatría (UNAM) y doctorado en Bioética (Universidad Anáhuac México). Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. (APM) (bienio 2016-2017). Secretario de la Región México, Centroamérica y El Caribe (2016- 2018) de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Miembro Internacional (2000-2013) y Fellow Internacional (desde 2013) de la Asociación Psiquiátrica Americana. Socio Honorario de la Asociación Mundial de Psiquiatría (desde 2017). Miembro Numerario de la Sociedad Cubana de Psiquiatría (desde 2017). Jefe de Hospitalización y Urgencias del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1994-1998) hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Coordinador del Área Clínica (1998-2018) y Coordinador de Posgrado (2018 a la fecha) de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México.

Jorge Sánchez Mejorada Fernández

El doctor Jorge Sánchez Mejorada estudió Medicina en la UNAM, cuenta con especialidad médica en Psiquiatría y especialidad en Adicciones. Su trabajo clínico-terapéutico lo ha ejercido en Centros de Integración Juvenil, Centro Monte Fénix y Fundación

Casa Nueva. Ha sido un gestor y promotor permanente del tratamiento de las adicciones en condiciones de profesionalismo y dignidad. Ha colaborado en numerosos proyectos de formación de recursos humanos con instituciones nacionales e internacionales. Es investigador de la Universidad Veracruzana, en la que ha fungido como coordinador de: la maestría en Prevención Integral del Consumo de Drogas, de Especialidades Médicas y actualmente del Centro para el Desarrollo Humano Integral de los universitarios (Cendhiu). Es titular de la Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones de la Universidad Anáhuac México.

Jessica Ángeles Riquelme

La maestra Jessica Ángeles Riquelme estudió pedagogía en la Universidad Panamericana y recibió el título de maestría en Terapia Familiar en el Centro de Estudios Superiores sobre la Familia, A. C. Colaboró en Monte Fénix en la fundación del Centro de Estudios Superiores Monte Fénix y como directora ejecutiva. Es fundadora de Casa Nueva I. A. P. y voluntaria en el área de atención a familias. Actualmente es responsable del área de proyectos internacionales para el Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Educación, A. C. (IIDEAC) y profesora adjunta de la Cátedra de Investigación Dr. Jorge Larrea Espinosa en Educación en Adicciones.

Mark A. Schuckit

El doctor Schuckit recibió un B. S. de la Universidad de Wisconsin, un M. D. de la Universidad de Washington y fue residente de Psiquiatría en la Universidad de Washington y ucsd. Fue asesor especial del oficial al mando del Centro de Investigación de Salud Naval y el primer director del Instituto de Alcohol y Drogas de la Universidad de Washington. También fungió como director del Programa de Tratamiento de Drogas y Alcohol de la Universidad de California y el Sistema de Salud de VA San Diego. Su investigación se centra en las influencias genéticas y ambientales en trastornos por consumo de alcohol y drogas, condiciones psiquiátricas comórbidas en el contexto del consumo de alcohol y drogas, y sistemas de diagnóstico relacionados con estas condiciones.

Carmen Fernández Cáceres

Licenciada en Psicología por la Universidad Anáhuac, maestra en Terapia Familiar por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) y doctora en Terapia Familiar y de Pareja y Psicoanálisis. Es miembro del Comité Editorial de la revista científica *Journal of Substance Use* y editora ejecutiva de la *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*. Actualmente es directora general de Centros de Integración Juvenil (cu), coordinadora general de la Cátedra en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez y coordinadora académica de la maestría en Gestión de Adicciones, ambas de la Universidad Anáhuac.

Miriam Carrillo López

Licenciada y maestra en Pedagogía por la UNAM; especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje en Línea por la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura; especialista en Sociología de la Educación Superior por la UAM. Tiene más de 15 años de experiencia en el diseño de programas de prevención de abuso de sustancias, capacitación y formación de recursos humanos para la atención de las adicciones. Es miembro de ISSUP y está certificada como capacitadora en el Curriculum Universal de Prevención por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Actualmente es directora de Prevención, a nivel nacional, en Centros de Integración Juvenil, A. C.

Beatriz León Parra

Doctora en Antropología Física, maestra en Psicología Ambiental, licenciada en Psicología Social y Trabajo Social. Especialista en el Sistema de Atención Social y Sanitaria a la Dependencia de las Drogas en el marco del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas. Autora de publicaciones acerca de drogas y adicciones, prevención del consumo de drogas, medicina social, salud colectiva y antropología de la salud. Docente y asesora en diferentes universidades, revistas e instancias de divulgación científica. Actualmente colabora como subdirectora de Prevención en Centros de Integración Juvenil y como perito en el Consejo de la Judicatura Federal.

Toffie Sasson Hamui

El maestro Toffie Sasson es licenciado en Psicología de la Conducta Social por la Universidad de las Américas, especialista en Adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, maestro en Psicoterapia Psicoanalítica por el Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, sicoanalista titular de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Se desempeñó como director clínico de Monte Fénix y actualmente es miembro del Comité de Bioética. Es docente y fue coordinador de la maestría en Psicoterapia General en el Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Ricardo Sánchez Huesca

El doctor Ricardo Sánchez Huesca es psicólogo, maestro y doctor en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), además de maestro en Terapia Familiar por el Instituto Superior de Estudios de la Familia. Cuenta con posgrado en Psicología Clínica y Psicoterapia en el Hospital Central Militar. Docente y ponente invitado en universidades y organismos de México y el extranjero. En años recientes su principal línea de investigación es la Migración Internacional y Salud Mental. En Centros de Integración Juvenil ha ocupado diversos cargos directivos,

entre los que destaca la Dirección de Investigación y Enseñanza y Director General Adjunto Normativo.

Liliana Berenice Templos Núñez

Licenciada y maestra en Psicología por la UNAM. Trabaja en el área de salud mental y adicciones. Está certificada en el uso de la Entrevista Motivacional por parte del Florida Node Alliance de la Red Nacional de Ensayos Clínicos para el Tratamiento del Abuso de Drogas de Estados Unidos de América. Ha ofrecido cursos de idiomas, Psicología, Adicciones y Salud Mental para diversas instituciones educativas y de salud. Trabajó en el Instituto Nacional de Psiquiatría como terapeuta y supervisora clínica. Actualmente colabora en Centros de Integración Juvenil en el área de Prevención. Ha publicado artículos, revisiones y capítulos de libros sobre *craving*, codependencia y adicciones, familia, expectativas de alcohol, ensayos clínicos, entrevista motivacional, migrantes, epigenética y sobre el uso de nuevas sustancias psicoactivas en México.

María Elena Medina-Mora Icaza

Directora de la Facultad de Psicología de la UNAM. Fue directora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2008-2018), está afiliada al Centro de Investigación en Salud Mental Global INPRFM/UNAM). Doctora en Psicología Social por la UNAM. Miembro de El Colegio Nacional (desde 2006). Es Investigadora Nacional Emérita del Sistema Nacional de Investigadores, miembro de la Comisión de capacitación del ICD11, OMS, del grupo de Alto Nivel sobre Salud Mental y covid de la OPS y de la Red Informal de Científicos de la Oficina de Drogas y Delito de Naciones Unidas/OMS. Recibió Medalla Anáhuac Psicología 2010, el Premio a la Excelencia en Liderazgo Internacional (2011), del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos de América (NIDA), doctorado *Honoris Causa* de la UNAM, de la UNANL y de la Universidad Michoacana de San Miguel de Hidalgo.

Jorge Villatoro

Es investigador de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría. Investigador Nacional Nivel II. Miembro de la Red Científica Internacional Informal UNODC/OMS, y miembro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Investigadores de Adicciones de la CICAD. Trabaja en el diagnóstico y prevención de las adicciones.

Clara Fleiz Bautista

Es doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y del Grupo de Trabajo de Opioides del Seminario de Estudios de la Globalidad de la Facultad de Medicina. En años recientes ha coordinado proyectos de investigación sobre *Consumo de opioides y otras drogas inyectadas en la frontera norte de México*. En 2020 obtuvo el Premio Investigadora Joven Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Ha publicado 66 artículos científicos en revistas indexadas.

Tania Real Quintanar

Licenciada en Psicología. Maestra en Ciencias Médicas en el área de Salud Mental Pública por la Facultad de Medicina de la UNAM. Pasante del doctorado en Psicología Social y Ambiental en la Facultad de Psicología de la UNAM. Actualmente es Investigadora en Ciencias Médicas "B", en Centro de Investigación en Salud Mental Global, perteneciente a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Las líneas de investigación en las que ha colaborado son sobre epidemiología de los trastornos mentales, consumo de sustancias, proyectos sobre revisión de categorías de trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), ha colaborado en proyectos sobre implementación de un programa preventivo del consumo de sustancias en adolescentes y consumo de alcohol durante la pandemia por Covid-19.

ADICCIONES

EL CRECIENTE DESAFÍO

Se terminó de imprimir en 2022.
Derechos reservados.