UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

NIVEL DE PREGRADO

TEMA:

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO "MANO DE DIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORAS:

JENNY PAOLA BUSTAMANTE SINCHE
XIMENA ALEXANDRA CUENCA BUSTAMANTE

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO

LOJA –ECUADOR
2010

Dra.
Anabel Larriva Borrero

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO "MANO DE DIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010; elaborado por las egresadas Jenny Paola Bustamante Sinche y Ximena Alexandra Cuenca Bustamante, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le de el trámite correspondiente.

Loja, 20 de Septiembre de 2010

Dra. Anabel Larriva Borrero
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Los contenidos, conclusiones, el plan de intervención terapéutico así como los resultados de la presente tesis cuyo tema es: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO “MANO DE DIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010, son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Jenny Paola Bustamante Sinche
1104501232

Ximena Alexandra Cuenca Bustamante
1104595549

AGRADECIMIENTO

Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento:

En primer lugar a Dios por habernos proporcionado la sabiduría necesaria para asimilar de forma apropiada los conocimientos impartidos por nuestros docentes a través de nuestra formación académica en el campo de la Psicología Clínica.

De igual forma a la Universidad Nacional de Loja y de manera especial al Área de la Salud Humana por habernos permitido formarnos de manera integral tanto en el aspecto intelectual como en lo moral y por habernos inculcado la importancia de la vinculación con la colectividad a través de nuestro ejercicio profesional.

Asimismo queremos reconocer el esfuerzo de todos y cada uno de los docentes que con sus sabios conocimientos supieron guiarnos a lo largo de nuestra carrera, ya que han sido pilares fundamentales en nuestro crecimiento personal y profesional.

Del mismo modo queremos plasmar nuestra gratitud a la Dra. Anabel Larriva, por la eficaz planificación, dirección, asesoramiento y revisión del presente trabajo investigativo, destinado a la recuperación integral de la población estudiada.

Y como dejar de lado a nuestras familias quienes incentivaron y motivaron nuestra superación brindándonos su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Este trabajo quiero dedicarlo en primera instancia a Dios por guiar mis acciones y permitirme concluir satisfactoriamente uno de los objetivos más importantes de mi vida.

A la memoria de mi inolvidable padre, Dr. Víctor Hugo Bustamante, a mi madre Lic. Noemí Sinche por su apoyo incondicional, por ser un modelo de virtudes y un pilar fundamental de mi existencia.

A mis queridas hermanas, abuelita y sobrino que siempre han estado conmigo.

A mi esposo por brindarme su apoyo constante y de manera especial a mi hijo Mateo Sebastián por ser la persona que me impulsa a seguir adelante y ser mi fuente de inspiración para ser cada día mejor.

Paola Bustamante Sinche

Quiero dedicar este trabajo primeramente a Dios y a la Virgen del Cisne por permitirme cumplir una meta más en mi vida, a mis padres Sr. Juan Cuenca y Sra. Nieves Bustamante por brindarme el apoyo incondicional en los momentos que más los necesitaba así como sus consejos y valores impartidos, a mi esposo Alan Cueva por acompañarme y ayudarme en buenos y malos momentos, a mi hijita Alisson por ser mi mayor inspiración y motivación para continuar luchando cada día, así también a mi hermana Samantha y mi primo Luis que me han alentado siempre a seguir adelante.

Ximena Cuenca Bustamante

ÍNDICE GENERAL.

CONTENIDO. **PÁGINAS.**

PORTADA…… **I.**

CERTIFICACIÓN…… **II.**

AUTORÍA……. **III.**

AGRADECIMIENTO…….. **IV.**

DEDICATORIA…… **V.**

ÍNDICE GENERAL…….. .. **VI.**

TEMA……. **8**

RESUMEN…… **9**

SUMMARY…… **11**

INTRODUCCIÓN…… **13**

REVISIÓN DE LITERATURA……. …. **17**

MATERIALES Y MÉTODOS..…… **49**

RESULTADOS…….. **73**

DISCUSIÓN…… **89**

CONCLUSIONES…… **93**

PLAN DE INTERVENCIÓN……. ..**95**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… …. **111**

ANEXOS……. **113**

TEMA:

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO “MANO DE DIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010

RESUMEN

El presente trabajo investigativo fue llevado a cabo en esta ciudad, su tema es: **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO "MANO DE DIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010,** y fue realizado con el objetivo de establecer la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes del centro antes mencionado, mediante la investigación científica psicológica, puesto que este es un grave problema de salud mental que está creciendo sostenidamente de una forma alarmante, si bien la violencia intrafamiliar no es una causa directa del consumo de alcohol y otras drogas, se puede considerar como un factor desencadenante de la misma, ya que uno de los principales factores facilitadores de conductas violentas en el agresor, está relacionado al consumo de sustancias.

Por tal motivo, hemos creído conveniente realizar un estudio investigativo acerca de esta problemática que afecta a una gran parte de la población mundial y por ende a nuestro entorno local y que acarrea un sinnúmero de consecuencias negativas al desarrollo integral del individuo, es así que se efectuó un estudio con 20 pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios", que equivale al 100% de la población en estudio, con los cuales utilizamos una guía de observación psicológica, se les realizó la historia clínica psicológica, se les aplicó una encuesta estructurada para establecer el grado y tipo de violencia que existe en su entorno familiar y se empleó reactivos psicológicos para determinar el abuso o dependencia de las distintas sustancias psicotrópicas, previo a esta indagación se les proporcionó la información acerca del trabajo que se pretendía realizar.

Los resultados que se obtuvieron fueron, con respecto a la violencia intrafamiliar prevalece la violencia física leve con un 80%, la violencia psicológica moderada con un 35%, la violencia sexual leve con un 65% y un similar porcentaje del 35% de violencia económica leve y moderada. En lo referente al consumo de sustancias psicotrópicas la mayor parte de evaluados presenta dependencia de alcohol en un 95% mientras que el 5% restante tiene abuso de alcohol. En lo que tiene que ver con el consumo de otras sustancias psicotrópicas tenemos: que un 25% son dependientes, el 15 % presenta abuso y el 60% no consume otras sustancias.

Palabras Clave: Violencia Intrafamiliar – Sustancias Psicotrópicas – Pacientes

SUMMARY

This research work was carried out in this city, its theme is: DOMESTIC VIOLENCE AND ITS RELATIONSHIP TO THE CONSUMPTION OF PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN PATIENTS OF INTERNAL Therapeutic Center "MANO DE DIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, MARCH-SEPTEMBER 2010 and was conducted with the aim of establishing the relationship between domestic violence and psychotropic substance use in patients in the center above, through scientific research psychology, since this is a serious mental health problem that is growing steadily from an alarmingly, while the violence is not a direct cause of the consumption of alcohol and other drugs, can be seen as a factor in the same, as one of the main factors facilitators of violent behavior in the aggressor, is related to the consumption of substances.

Therefore, we find it convenient to carry out a research study on this problem that affects much of the world population and therefore to our local environment and that brings a host of negative consequences to the development of the individual, so that conducted a study of 20 patients Therapeutic Center "Hand of God", which equals 100% of the population under study, which used to guide psychological observation, we performed the psychological history were administered a structured survey to establish the degree and type of violence in their family and reagents were used to determine psychological abuse or dependence on other psychotropic substances, prior to this inquiry were given information about the work that was intended to perform.

The results obtained were, with respect to domestic violence prevails mild physical violence and 80%, psychological violence with 35% moderate, mild sexual violence 65% and a similar percentage of 35% of economic violence mild and moderate. In regard to the consumption of psychotropic substances most studied have alcohol

dependence by 95% while the remaining 5% have alcohol abuse. In what has to do with the use of other psychotropic substances are: that 25% are dependent, 15% had abuse and 60% did not consume other substances.

Keywords: DomesticViolence - PsychotropicSubstances - Patients

INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional de Loja a través del SAMOT busca la producción y aplicación de conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, que aporten a la ciencia universal y a la solución de los problemas específicos del entorno; igualmente el Área de la Salud Humana y específicamente la Carrera de Psicología Clínica pretende propiciar el análisis y construcción de alternativas de solución ante las problemáticas de la salud mental, orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, mediante la promoción de la salud mental y prevención e intervención psicoterapéutica en los trastornos mentales, es por ello que vinculadas a este noble propósito hemos visto oportuno ejecutar un trabajo de investigación que determine el grado de relación que existe entre Violencia Intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas, problemáticas que están presentes en nuestra sociedad y que traen consecuencias devastadoras en la salud mental de los individuos que las padecen y de esta manera aportar con datos que informen acerca de la realidad de nuestro medio.

Estos problemas suelen afectar el correcto funcionamiento y salud mental de los grupos familiares, que son definidos como “el contexto en el cual el ser humano se desarrolla de manera integral, es percibido como el primer escenario donde el individuo se prepara para los diversos desafíos que tendrá que enfrentar durante su vida”. [1]

La violencia en la familia provoca en la persona(s) víctima (s) de violencia un sentimiento de menosprecio, invalidez e indefensión, así como un grave deterioro en su autoestima, tensiones psicológicas como angustia y depresión, ideación suicida, deserción escolar. Provoca también desintegración familiar ya que no se

[1]PSICOTERAPIA FAMILIAR UN ENFOQUE INTERRELACIONAL,MauricioAndolfi (2002)

desarrollan adecuadamente los roles familiares, causando inestabilidad afectiva, económica y social, el funcionamiento familiar se torna excesivamente permisivo y sin límites o por el contrario extremadamente rígido, exigente e intolerante y finalmente propicia un fácil acceso a interacciones sociales asociadas al consumo abusivo de sustancias psicotrópicas.

Para tener una visión más clara hemos investigado datos a nivel mundial y local, es así que para la Organización Mundial de la Salud, las víctimas de violencia y maltrato constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública, puesto que los casos y tasas de víctimas de violencia y maltrato muestran una clara tendencia a crecer sostenidamente desde 1994 hasta el 2005, existiendo un número de 7081 casos registrados por 100000 habitantes en nuestro país. [2]

De igual manera, según datos del Ministerio de Salud Pública en la Provincia de Loja, en el año 2009 se han registrado 956 víctimas de maltrato y violencia, en individuos menores de 1 año (2 casos), 1 a 4 años (17 casos), 5 a 14 años (73 casos), 15 a 35 años (628 casos), 36 a 49 años (158 casos), 50 a 64 años (60 casos) y de 65 y más (18 casos), existiendo 547 víctimas masculinas y 409 víctimas femeninas. [3]

Por otra parte, en lo que se refiere al consumo de sustancias psicotrópicas, el CONSEP informa que en el año 2008“los resultados de la encuesta del 2008 sobre prevalencia de vida de consumo de drogas, comparados con los observados en la encuesta del 2005, dan a conocer un pequeño incremento en el consumo de inhalantes (de 5.2% a 5.7%), y disminuciones en el consumo de las otras drogas: marihuana (de 7.0% a 6.4%), cocaína (de 2.4% a 2.2%), pasta base (de 1.6% a

[2]OMS. Tasas por 100000 habitantes, Ecuador (1994-2005)
[3] MSP/ Dirección de Salud Pública Provincia de Loja/ Trabajo Social (2009)

1.0%), éxtasis (de 2.1% a 1.3%) y drogas vegetales (de 2.1% a 1.8%). Resulta importante la disminución en el consumo de pasta base y éxtasis principalmente. La prevalencia de vida de consumo de cualquier droga (inhalables, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis) a nivel nacional es del 11.7%, más alta en la Amazonía (15.3%) y Sierra (13.1%), y menor en la Costa (9.2%).El consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (4.3%), seguido por la cocaína (1.3%) y la pasta base (0.8%). Las demás drogas presentan prevalencia de vida bajas". [4]

Por tal motivo hemos visto oportuno la búsqueda de espacios de investigación que estén destinados a buscar que las personas que sean víctimas de cualquier tipo de violencia intrafamiliar y estén padeciendo un trastorno adictivo puedan sobrellevar estos problemas y logren una adecuada reinserción social a través de la búsqueda del bienestar físico, mental, emocional y espiritual, como es el caso del Centro Terapéutico "Mano de Dios" de esta ciudad, que es manejado desde hace aproximadamente 5 años por el Sr. Charbel León y ofrece los servicios de Psiquiatría, Psicología Clínica, Departamento Médico, Terapia Vivencial, Terapia Recreacional y Terapia Familiar a sus internos tanto en el campo de las adicciones como en el área de los trastornos del comportamiento.

El presente trabajo investigativo está estructurado de una manera secuencial, en la revisión de literatura se incluyen una definición de familia, psicodinamia familiar y la relación que existe entre familia y riesgo de uso indebido de alcohol y otras drogas. En lo referente a violencia intrafamiliar se incluye un concepto de esta problemática, tipos de violencia, modelos de explicación, teorías psicológicas al abordaje de la violencia, ciclo y consecuencias y la relación entre violencia intrafamiliar y consumo de drogas. En lo que tiene que ver con las sustancias psicotrópicas se brinda una definición de este tópico, también se establece lo que

[4] www.consep.gov.ec

es abuso y dependencia, los tipos de sustancias que existen, las fases por las que se pasa del uso al abuso y a la dependencia y los factores de riesgo y protección.

Concluida la investigación los resultados fueron, con respecto a la violencia intrafamiliar en violencia física: leve 80%, moderada 20% y ningún caso de violencia física grave y severa; en violencia psicológica: moderada 35%, grave 30%, severa 25% y leve10%; en violencia sexual: leve 65%, moderada 30%, grave 5% y severa ningún caso; en violencia económica: leve y moderada 35%, grave y severa 15%. En lo referente al consumo de sustancias psicotrópicas la mayor parte de evaluados presenta dependencia de alcohol en un 95% mientras que el 5% restante tiene abuso de alcohol. En lo que tiene que ver con el consumo de otras sustancias psicotrópicas tenemos: que un 25% son dependientes, el 15 % presenta abuso y el 60% no consume otras sustancias, en intensidad de dependencia al alcohol se observa que el 40% de pacientes tiene una dependencia grave, el 35% una dependencia leve y el 25% una dependencia moderada.

La discusión contiene una explicación detallada sobre los resultados obtenidos en los pacientes internos en el Centro Terapéutico “Mano de Dios” acerca de la presencia de los diferentes tipos de violencia intrafamiliar así como también datos referentes al abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias psicotrópicas y una comparación de los mismos con datos obtenidos en otras investigaciones a nivel mundial.

Finalmente, luego de haber corroborado la existencia de violencia intrafamiliar en sus diversas manifestaciones y de una clara prevalencia de dependencia a sustancias en la población estudiada, hemos visto oportuno diseñar un plan de intervención psicológico para tratar las problemáticas presentes en este centro, encaminado a buscar el desarrollo integral de los pacientes

REVISIÓN DE LITERATURA

FAMILIA

DEFINICIÓN

La Palabra Familia, proviene del latín *FAMES*, que significa *Hombre* (el líder) y de la voz **FAMULUS**, que significa *Siervos* (sometidos). Es pues la familia, una institución flexible, con una estructura determinada, funciones que deben desarrollar y metas que deben alcanzar.

Toda familia está llamada a establecerse sobre la base sólida del amor, comprensión, armonía, respeto y colaboración mutua. Una familia cuyos miembros incumplan estos fundamentos, se les consideran desleales y por lo tanto un mal elemento para la comunidad que los rodea.[5]

La familia es el primer núcleo social donde el ser humano interactúa, y mantiene su relevancia en la vida de cada uno, aún cuando ya han formado su propio núcleo o simplemente se han alejado de su entorno. Cada familia debe, como estructura, tener un líder, aquel que guíe al grupo a la persecución de sus metas y de uno o varios individuos sometidos a esa autoridad.

[5] http://www.cyberlector.com/index.php/articulos/38-actualidad-y-noticias-/77-breve-concepto-de-familia

PSICODINAMIA FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

Tradicional

- Familia Nuclear:conformada por dos generaciones padres e hijos. Unidos por lazos de consanguinidad.

- Famita extensa o conjunta:está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendentes y/o colaterales.

- Familia ampliada:permite la presencia de miembros no consanguíneos convivientes afines, tales como vecinos, colegas, compadres entre otros.

De nuevo tipo

- Familia simultánea:está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital.

- Familia padrastral o madrastral:dependiendo de si es el hombre o la mujer quien entra a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja.

- Familia con un solo progenitor o monoparental: ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos.

- Familias homosexuales:supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo.

- **RELACIÓN ENTRE FAMILIA Y "RIESGO" DE USO INDEBIDO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

Riesgo es la probabilidad de que un determinado fenómeno indeseable, le ocurra a un individuo o grupo de individuos en el futuro. Los "factores de riesgo" son los eventos de cualquier naturaleza que aumentan esa probabilidad y, pueden ser darse a nivel personal, familiar y social. (Forselledo 1995)

Los factores de riesgo familiares, que se vinculan directamente con el uso indebido de alcohol y otras drogas, son:

- Desintegración familiar; cuando no se desarrollan los roles familiares o se sustituyen forzadamente.
- Inestabilidad afectiva, económica y social.
- Funcionamiento familiar excesivamente rígido, exigente, intolerante o -por el contrario - extremadamente permisivo y sin límites.
- Modelo adictivo familiar.

El modelo adictivo familiar, consiste en un conjunto de conductas de consumo que no se refiere exclusivamente a las drogas ilegales. Por el contrario, toma en cuenta las drogas legales como el alcohol, el tabaco y medicamentos en general. La costumbre familiar es de estar siempre tomando "cosas", o "adherida", "pegada" a situaciones tales como la televisión o el trabajo.

El (la) niño(a) que crece en una familia donde el modelo es ingerir las más diversas sustancias para resolver diferentes problemas y así calmar las

ansiedades, corre el riesgo de tomar el modelo como suyo y repetir lo que vio, vivió y aprendió en su casa.

Todos estos factores de riesgo, se presentan principalmente en “familias disfuncionales”.

Por tanto este tipo de familias representan un riesgo potencial para que uno de sus miembros se convierta en consumidor abusivo de alcohol o de otras drogas.[6]

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

DEFINICIÓN

Corsi, Jorge, considera como violencia intrafamiliar “a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar”. Se constituye en una violación de los derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países.

[6]“APROXIMACIÓN AL IMPACTO DEL USO DE DROGAS EN LA MUJER”; IIN-CICAD/OEA, Forselledo, A.G. y Foster, J. (2003).

TIPOS DE VIOLENCIA

Violencia Física

La violencia física deja una huella en el cuerpo, aunque ésta no siempre sea visible. Incluye una amplia gama de manifestaciones que van desde un pellizco o estirón de pelo hasta la muerte.

La violencia física suele clasificarse de acuerdo con el tiempo que tardan las lesiones en sanar: levísima (cachetadas, empujones, pellizcos, etc.), leve (fracturas, golpes con objetos, heridas con arma blanca, etc.), moderada (lesiones que dejan alguna cicatriz permanente y que ocasionan discapacidad temporal), grave (que pone en peligro la vida y deja una lesión permanente, muchas veces en órganos internos) y extrema (que ocasiona la muerte).

La violencia va minando la salud de las víctimas paulatina pero constantemente hasta el punto de que, tras años de abuso, quienes la soportan no tienen defensas para hacer frente a una enfermedad. Además, generalmente la violencia va en aumento: cada vez es más frecuente y más intensa. Muchos golpeadores aprenden a no dejar huella y, además, minimizan el daño que causan.

Violencia Psicológica

Abarca un extenso abanico de expresiones: insultos, ofensas, burlas, actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, control, etc. Siempre que hay maltrato físico, sexual o económico, hay también maltrato psicológico. Pero este último se presenta también de forma aislada.

Los siguientes son algunos ejemplos de violencia psicológica: asedio y control de los movimientos, celotipia excesiva, abuso verbal, amenazas, intimidación, uso del privilegio masculino, manipulación y chantaje a través de los hijos, infidelidad, comparación negativa con otras mujeres, etc. Con respecto a los menores, se observan también insultos, amenazas, abuso verbal y diversas formas de manipulación y chantaje.

Cuando en una pareja se instala la violencia operan también diversos mecanismos para alejar a las mujeres de sus colegas y compañeros de trabajo, de sus amistades y hasta de su familia más cercana. En ocasiones, el aislamiento es físico y las mujeres están encerradas en el sentido más literal del término, pero a veces es psicológico y, simplemente, no pueden hablar de su situación, no logran poner en palabras las sensaciones de malestar, incomodidad y angustia que se derivan de la violencia.

En primer lugar, el maltrato psicológico es un dardo directo a la autoestima de la víctima que busca generar en ella un sentimiento de inseguridad y de escasa valía personal. En segundo término, quien realmente puede ofender, humillar o descalificar a una persona es quien está cerca de ella, conoce sus puntos débiles y sabe derribar una defensa y descargar todo el veneno de la palabra (o el silencio) que lastima y lacera.

Violencia Sexual

Cuando se habla del tema, se hace frecuentemente en relación con los menores, porque en la pareja la violencia sexual está naturalizada y, por ello, no se la percibe como tal. Hombres y mujeres asumen que la relación sexual dentro del matrimonio es un derecho del marido y una obligación de la esposa. Hasta que no se conciba como un encuentro de dos voluntades autónomas, no podrá

reconocerse el derecho de las mujeres a decir no, ni tampoco se llamará por su nombre a la violencia dirigida a su sexualidad.

La violencia sexual en la familia abarca las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual (lo que tratándose de un extraño nadie titubearía en denominar violación), obligar a la víctima a prácticas que le resulten dolorosas, desagradables, o que simplemente no desea practicar (sexo oral o anal, obligarla a mantener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostituirla, etc.).

En relación con los menores, la violencia sexual consiste en la violación (cuando hay penetración vaginal, anal u oral), abuso sexual (tocamientos en el cuerpo del menor u obligarlo a tocar el del agresor), exponerlo a material pornográfico, obligarlo a presenciar una relación sexual entre adultos o una situación de abuso contra otros menores, etc.La violencia sexual siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas.

Violencia Económica

El maltrato económico implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Su expresión más común es la dejadez: no dar dinero o darlo con cuentagotas, hacer que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su solicitud, etc. En ocasiones los hombres llegan a controlar la totalidad de los gastos de la casa y hasta las compras de los objetos más personales de la mujer: una blusa, una crema o un par de medias. Cuando las mujeres se han dedicado al cuidado del hogar, la crianza de los hijos y la atención del marido, y en función de ello han abandonado sus empleos remunerados, la situación de dependencia económica exacerba su vulnerabilidad, las hace más proclives a otras formas de violencia, acentúa el aislamiento y les impide o dificulta tomar acciones concretas para salir de la relación de maltrato.

MODELOS DE EXPLICACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Modelo Individual

De acuerdo con este modelo, la causa de la violencia se encuentra en las características propias de las personas involucradas y, por lo tanto, puede erradicarse con su sola voluntad. El episodio de violencia se ve de forma aislada.

Los partidarios de este modelo proponen las siguientes explicaciones causales: consumo de alcohol y drogas, psicopatología individual, frustración, provocación de la víctima, incompatibilidad de caracteres, comportamientos aprendidos en la niñez, etc.

Modelo Familiar

De acuerdo con este modelo, la violencia se debe a que la familia es disfuncional. Las siguientes son algunas disfunciones frecuentes: falta de comunicación por desconocimiento mutuo, distancia emocional y desinterés, incapacidad para manejar los conflictos e incluso para hablar de ellos, escasa o nula capacidad de convivencia, relaciones rígidas y autoritarias, incapacidad de adaptación a situaciones variables, expectativas muy rígidas sobre los demás, etc.

Modelo Sociocultural

Atribuye las causas de la violencia en la familia a factores macrosociales, culturales, familiares e individuales.

En el espacio social más amplio se ubicaría la construcción de las relaciones a partir de la asignación de papeles diferenciados y excluyentes en relación con el

género, la edad, las preferencias sexuales, etc., así como las actitudes y normas culturales de condena o tolerancia a la violencia.

En un siguiente nivel se encontrarían las instituciones, en particular las de bienestar social y atención a la familia, así como las organizaciones sociales. A medida que existen más apoyos reales para las víctimas, la violencia disminuye.

Un tercer sitio del análisis corresponde a la familia. Si en su interior existen relaciones equitativas y se da un funcionamiento democrático, empieza a desterrarse el fantasma de la violencia.

Finalmente, el nivel individual incluiría las formas que cada persona tiene de percibir el mundo y las motivaciones que hay detrás de cada comportamiento violento.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS AL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Modelo Conductual

Podemos identificar los aportes del modelo conductual en las observaciones y en los análisis de la conducta de una persona violenta y los efectos que produce en la conducta de los demás, tanto en la victima como en quien la rodean. Una de las características de la persona que ejerce violencia es la que se describe como “doble fachada”: en el espacio exterior tienen una imagen cargada de cualidades positivas, son respetuosos, excelentes profesionales, buenos vecinos, divertidos, etcétera. En el seno del hogar, resguardados por la intimidad, la privacidad y contradictorias, son controladores y ejercen el poder sobre los miembros de su familia.

La persona violenta establece una relación donde existe un desequilibrio de poder, que se acompaña de abusos intermitentes entre los que se intercalan momentos de recompensas o indulgencias. Se instala un ciclo de dependencia, en el cual cada vez se magnifica más el poder de violento en la medida en que la víctima disminuye el propio: va generando una necesidad cada vez mayor del miembro poderoso y establece un fuerte vínculo afectivo de carácter simbiótico.

Modelo Cognitivo

A medida que el ser humano se desarrolla, en un proceso dinámico en el que cada cognición va acompañada de una resonancia afectiva y una determinada conducta acerca de si mismo, de los otros, del mundo, del futuro. El objetivo de la terapia cognitiva es la reestructuración cognitiva, es decir, reestructurar la manera de asignar significados más flexibles a fin de modificar conductas y afectos.

Beck examina los mecanismos que están en la base de las distorsiones cognitivas.

- **Inferencia arbitraria**. Frente a determinados datos de la realidad, la persona violenta llega a una conclusión diferente; sin tener la evidencia suficiente del sentido de las conductas ajenas, distorsiona el significado.

- **Abstracción selectiva**. Entre todos los elementos de la realidad, la persona violenta selecciona aquellos que tiene a su disposición, según su paradigma personal (conjunto de ideas, de imágenes y esquemas que le dan consistencia interna) y los que confirman su hipótesis previa.

- **Generalización excesiva**. El uso de términos como nada, todo, nadie, nunca, siempre, todos.

- **Maximización.** Se exagera la magnitud de un suceso. Cualquier episodio trivial de la vida cotidiana toma dimensiones descomunales, desencadenando y desplegando la violencia.

- **Minimización.** Restarle la importancia a un hecho: generalmente se minimizan los actos violentos.

- **Pensamiento dicotómico**. la persona violenta percibe la realidad en términos antinómicos: si no me quiere, me odia. Son pensamientos extremistas de tipo todo o nada.
- **Personalización:** interpretar los datos de la realidad autorreferencialmente: todo lo que se dice o se hace es referido a su persona.

Modelo Psicodinámico

En el ámbito de la familia en la cual se ejerce violencia las identificaciones tienden a llevarse a cabo con las figuras más fuertes, hasta culminar con la identificación con el agresor. Este concepto permite reflexionar sobre los lugares que ocupan los hijos y las hijas y la transmisión transgeneracional de la violencia familiar.

Si tratamos de indagar en los antecedentes de quienes ejercen violencia (física, emocional, económica, sexual), éstos refieren generalmente a situaciones de abandono o abuso grave; tienen dificultades en la constitución de la subjetividad y en la constitución narcisística del yo y presentan marcadas identificaciones con el agresor que permitieron afianzar la pertenencia y la filiación a un grupo dominante

y diferenciarse de aquellos señalados como inferiores y dependientes (por edad y género). La gravedad de los sucesos vividos en la infancia, la vivencia de privaciones vividas con gran dolor y horror son una constante en los relatos, pero también se observa que no pudieron tener un registro psíquico, “inscripciones”, en escenas, huellas, etc. [7]

CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Fase de Tensión

Se caracteriza por acumular tensiones y expresarlas en insultos verbales y otros. La víctima minimiza estos actos, culpándose a sí misma. El agresor cree tener derecho a reclamar y hostigar, se refuerza por la pasividad de la víctima.

Fase de Agresión

Se caracteriza por la descarga incontrolable de las tensiones, manifestándose en golpes que producen lesiones graves y múltiples, usándose objetos cortopunzantes o contundentes para agredir. La víctima se deprime, no cree lo que ha ocurrido. El agresor utiliza la violencia para controlar, someter, reprimir, exigir obediencia y busca un sinnúmero de disculpas para justificar su conducta.

Fase de Reconciliación

Se caracteriza por ser un periodo de calma y relativa tranquilidad. El agresor se disculpa, hace regalos, promete cambiar y afirma que la situación no se volverá a repetir, la víctima cree que no se repetirán las agresiones. Sin embargo los

[7] MALTRATO Y ABUSO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO, Jorge Corsi Páginas(241-262)

próximos incidentes son cada vez más violentos y se repetirán con más frecuencia e intensidad.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

"Las consecuencias de esta violencia se traducen en un deterioro de la autoestima, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de sustancias, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo, problemas de salud de los hijos, deserción escolar, drogadicción, embarazos no planeados y partos prematuros. En suma, en un "grave y profundo deterioro de la familia y de todos sus miembros "(Larrain, 1993) citado por A. Plada 1997.

Este cuadro convierte a las mujeres, principales víctimas de la violencia, en personas ineficientes para el trabajo o para cualquier otra actividad de aporte social.

Los(as) niños(as) que presencian escenas de violencia intrafamiliar, generalmente desarrollan problemas de afectividad y sexualidad, reproduciendo cuando adultos, la violencia que vivieron en su infancia.

En cuanto al agresor, éste percibe la conducta de la víctima como una rebeldía contra su autoridad que como a hombre le ha sido atribuida socialmente. Considera que su actitud es "educativa" y por lo tanto debe ser rígida y punitiva, por eso el maltrato que ejerce frecuentemente no va acompañado de sentimiento de culpabilidad pues piensa que está ejerciendo su "derecho".[8]

---

[8]VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS, Tatiana Salinas, COPRE, Bolivia

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS

La violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psíquicos a otros seres; se asocia, aunque no necesariamente, con cierta carga de agresión

Por otro lado, la adicción es caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas, produciendo modificaciones en la estructura del sistema nervioso central, comportamientos característicos de la enfermedad (deseo y compulsión por consumir, tolerancia, síndrome de abstinencia) asimismo, la posibilidad de presentar conductas agresivas, violentas y/o peligrosos debido al bajo control de impulsos y disminución del proceso cognitivo.

Partiendo de una visión de familia como sistema, donde existen vínculos sanguíneos, morales, emocionales, legales, una organización de roles y formas de relacionarse, mismas que se aprenden a través de interacciones, las cuales son susceptibles de ser reproducidos por sus miembros en otros sistemas, es decir, se emplean conductas y formas de interactuar, aprendidas al interior de la familia, y que uno de sus miembros lleva a otros contextos. Ante esta perspectiva, cabe la posibilidad de que la violencia sea una forma de relación aprendida en la dinámica familiar y que se lleva a otros contextos: la escuela, el trabajo, los círculos de amigos, la pareja, la sociedad.

No existe un solo factor determinante para el desarrollo de ésta enfermedad: Existen factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a su origen. Asimismo, no existe forma de identificar quienes se volverán dependientes, antes o después de que inicie su consumo. Sin embargo, podemos crear la hipótesis: Si los vínculos y formas de relacionarse con una familia son agresivos y violentos, entonces se aprenderá a vincularse con otros de igual manera, convirtiéndose en

un tipo de familia disfuncional (esta última es un importante factor de riesgo para el consumo de drogas). Podríamos pensar que, dentro de un contexto en el que es necesario evadir una dolorosa, agresiva y violenta realidad, no sería ajeno que se presente el abuso de drogas.

Por otro lado, si el consumo de drogas es una práctica familiar que se presenta a largo de diversas generaciones, pensando en el consumo de alcohol y drogas como legado familiar, como una forma de relacionarse y vincularse con el mundo, práctica que da valía como miembro de una familia, muestra de virilidad, de poder y de existencia, éste consumo de drogas tenderá a “normalizarse” y existe cierta disponibilidad a presentar conductas violentas.

Podríamos plantear que la violencia se aprende y emerge como una situación de defensa, de lenguaje con otros.

Resulta muy difícil pensar que los valores, autoestima y el sentido de pertenencia se puedan adquirir de una manera sana en familias con violencia. Imaginemos una familia en donde existió un agresor ejerciendo violencia a la pareja, los hijos crecen concibiendo el mundo así, “violento”, del que hay que defenderse, estar en guardia o agredir antes de ser agredido, sin pertenencia en sistema alguno, sin vínculos estrechos con parejas o amigos.

No es extraño que usando drogas sus niveles de ansiedad aumenten, su conducta violencia se exacerbe y emita actos agresivos; o bien, encontrando en el consumo de drogas una salida casi “mágica” en la cual refugiarse. Aún cuando el consumo de drogas no sea la causa directa de la violencia, sí es considerada un factor que la puede propiciar, probablemente por los efectos *desinhibitorios* propios de algunas drogas, favoreciendo conductas violentas.

Los adolescentes que consumen alcohol reportan mayores problemas con la policía y peleas. En diversos estudios se ha encontrado una relación entre el

consumo de alcohol en adolescentes y accidentes en automóvil ya que son más susceptibles a sufrir los efectos del alcohol sobre los reflejos que los adultos. En otras investigaciones se ha encontrado que el consumo de alcohol o drogas está relacionado con una mayor frecuencia de intentos de suicidio, relaciones sexuales de alto riesgo y violaciones.

La alternativa ante la violencia y el eventual consumo de drogas es la prevención, la posibilidad de enseñar a nuestros hijos pequeños y adolescentes a relacionarse de formas asertivas, crear con ellos y para ellos vínculos saludables. Promover actividades saludables, fomentar la salud y las relaciones estrechas son solo algunas de las estrategias que podemos realizar en nuestro propio hogar, previniendo de esta forma tanto la violencia doméstica como el consumo de drogas.

SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

DEFINICIÓN

Una sustancia **psicotrópica** (del griego *psyche*, "mente" y *tropein*, "tornar") es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

Los psicotrópicos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis el mensaje se transmite por medio de neurotransmisores. La mayoría de los psicotrópicos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad.

Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal y se emplean en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva permitiendo reducir las crisis que afectan a estos enfermos.[9]

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) contempla la drogodependencia como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias.

Los criterios que propone son:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

[9] http://es.wikipedia.org/wiki/Psicotr%C3%B3pico

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

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

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.

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

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En el DSM IV la gravedad de la dependencia no se valora en función del tipo de droga, la cantidad consumida o la presentación del síndrome de abstinencia , sino a partir de la presencia de los síntomas citados del deterioro conductual y del grado de interferencia que estos síntomas producen en la vida laboral y social del individuo.

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

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

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

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

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

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

TRASTORNO POR USO DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS

El DSM IV define como el consumo repetido durante un periodo de 6 meses, de un mínimo de tres sustancias-excluyendo nicotina y cafeína- sin que el consumo de ninguna de ellas predomine sobre el de las demás. Se exige que se cumplan los criterios para efectuar el diagnóstico de dependencia considerando el conjunto de todas las distintas sustancias consumidas por el individuo como un grupo y sin que este diagnóstico pueda hacerse para ninguna de ellas en particular.

TIPOS

Opiáceos

En este grupo se incluyen las sustancias derivadas del opio y algunos productos de síntesis que comparten la característica común de acoplarse a unos receptores específicos – receptores opiodes- del SNC. El término “opioide” se utiliza actualmente para designar en general a las sustancias de origen endógeno o exógeno que se acoplan a dichos receptores opiodes reservándose el término opiáceo para las sustancias derivadas del opioide que son asimismo capaces de acoplarse a estos receptores.

Depresores

Alcohol

La dependencia es el trastorno adictivo más grave y mejor definido. El abuso es la categoría diagnóstica residual que se utiliza ante los pacientes que únicamente sufren alguna complicación, social, psicológica o física.

La presencia de fenómenos de tolerancia y abstinencia debe ser especificada como dependencia fisiológica porque proporciona una información suplementaria de gran significación clínica y terapéutica. La dependencia fisiológica indica la existencia de procesos neuro-adaptativos, influye sobre los patrones de consumo, se asocia con recaídas frecuentes y suele requerir un tratamiento específico.

El consumo perjudicial se diagnostica cuando la ingesta de alcohol causa complicaciones, mentales y físicas que pueden producir discapacidad o deteriorar las relaciones interpersonales.

Tranquilizantes

Siguiendo estrictamente los criterios de dependencia del DSMIV las benzodiacepinas pueden realmente producir un cuadro de dependencia. Debe sin embargo diferenciarse de entrada una dependencia terapéutica de una dependencia patológica. La primera vendría dada por la necesidad de consumir de forma médicamente controlada, benzodiacepinas por un largo periodo de tiempo como única forma de conseguir una calidad de vida adecuada. La segunda estaría definida por la necesidad no justificada de consumir estas sustancias como forma de enfrentarse a las situaciones conflictivas que genera la vida cotidiana.

Estimulantes

Anfetaminas.

La vía de administración es normalmente la oral aunque se utiliza también la intravenosa o para la metanfetamina, la intranasal. A dosis bajas, estas sustancias producen sensación de relajación de energía, de autoconfianza, disminuyen la fatiga, el sueño y el hambre y al mismo tiempo facilitan el aprendizaje. Estos efectos van aumentando de intensidad con las dosis hasta un máximo a partir del cual, dentro de una gran variabilidad individual, provocan cambios conductuales desadaptativos y sintomatología psiquiátrica.

El consumo abusivo da lugar a la aparición de alteraciones de la atención y la memoria y cuadros de depresión irritabilidad, anhedonia: falta de energía e ideación paranoide. A dosis elevadas pueden llegar a producir una ideación paranoide y autoreferencial, con alteraciones perceptivas y conductas auto y heteroagresivas. Después de un cuadro de intoxicación y tras el consumo

sostenido de altas dosis de anfetaminas aparece al interrumpir el consumo de sustancias, un efecto de rebote que puede cursar con un estado de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y depresión que pueden durar varios días.

En los cuadros de intoxicación grave aparecen síntomas físicos de intoxicación, como dilatación pupilar, taquicardia, aumento de la atención arterial, sudoración o escalofríos, náuseas y vómitos y cambios conductuales desadaptativos, consistentes en un estado de alerta y agitación psicomotora, sentimientos de omnipotencia y grandiosidad, agresividad y violencia.

Se ha descrito un síndrome de abstinencia por anfetaminas que comprende un estado de ánimo disfórico (depresión, irritabilidad y ansiedad) junto a fatiga, insomnio o hipersomnia y en ocasiones agitación psicomotriz que pueden derivar a conductas violentas tendientes a la obtención del tóxico.

Se ha descrito asimismo un cuadro de delirium por anfetaminas que puede aparecer en las 24 horas siguientes, el uso de esta sustancia, presentando alucinaciones táctiles y olfativas junto con labilidad afectiva. Con frecuencia se produce una conducta violenta o agresiva que produce contención.

Cocaína

La cocaína tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del SNC.

Podemos distinguir dos patrones diferentes de consumo de cocaína, el uso episódico y el crónico. Cuando la cocaína se fuma o se consume por vía intravenosa, la progresión desde el consumo ocasiona hasta el abuso y la dependencia es muy rápida, generalmente de días o semanas. En la

administración por vía intranasal la progresión hacia la dependencia puede no ser tan evidente hasta meses o años después de iniciado el consumo. Cuando está establecida la dependencia se producen una serie de cambios conductuales y psicológicos que incluyen depresión, irritabilidad, anhedonia, aislamiento social. También pueden existir alteraciones de la atención y problemas de la memoria, disfunción sexual e ideación paranoide.

La intoxicación por cocaína se caracteriza por la presencia de euforia, alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad del juicio, así como de la actividad laboral o social, agresividad y sensación de grandiosidad. Si la administración ha sido por vía intravenosa, se acompaña de una sensación repentina característica de bienestar y confianza que puede llegar euforia. En casos graves puede haber confusión, locuacidad o lenguaje incoherente, ansiedad y crisis de angustia. La intoxicación a dosis altas se puede acompañar transitoriamente de ideas autorreferenciales y de acción paranoide, aumento del interés sexual y sensación de ver o sentir insectos y parásitos en la piel. Si las ideas delirantes o las alucinaciones persisten el cuadro se diagnostica como del trastorno delirante por cocaína.

Cafeína

La cafeína es clasificada farmacológicamente como un estimulante del SNC. Produce estimulación del metabolismo, aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la capacidad de vigilancia. Se consume habitualmente en forma de infusiones de café o té, en alimentos como el chocolate o el cacao, en bebidas de cola y en fármacos antigripales, antimigrañosos, analgésicos, antitusigenos, etc. Es utilizado como estimulante menor, por sus propiedades analépticas y su consumo está ampliamente extendido en todo el mundo. Sin embargo las recientes investigaciones han confirmado la opinión de que esta sustancia puede ser objeto

de abuso. Su uso crónico se asocia frecuentemente con dependencia y tolerancia induciendo un síndrome característico denominado cafeinismo.

Intoxicación por cafeína incluye: intranquilidad, nerviosismo, excitación, insomnio, congestión facial, diuresis, molestias gastrointestinales, contracciones musculares, pensamiento y lenguaje inconexo, taquicardia o arritmia cardiaca unidos a periodos de gran actividad motora o agitación psicomotriz.

Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias que se caracterizan por producir a dosis subtóxicas alteraciones de las funciones psíquicas básicas de la sensopercepción y de los procesos cognoscitivos, junto al nombre de alucinógenos relacionado con su capacidad para producir alucinaciones.

Otros como la LSD derivado del cornezuelo del centeno son sustancias que se obtienen por síntesis química. La fenciclidina (PSP o “polvo de ángel”) es una sustancia clasificada como agente alucinógeno atípico ya que si bien provoca cambios en la percepción de la imagen corporal, distorsión visual, auditiva y perceptiva, rara vez da lugar a alucinaciones verdaderas.

Los efectos psíquicos de la LSD y resto de alucinógenos son las crisis de pánico, las alteraciones del estado de ánimo de tipo depresivo y los episodios paranoides que pueden abocar al individuo a conductas auto y heteroagresivas o al iniciar un trastorno psiquiátrico de larga duración, difícilmente diferenciable de los de teología endógeno.

Fármacos No Clasificables

Cannabis.

Es la sustancia psicoactiva ilegal más amplia consumida entre la población general asociándose con frecuencia su consumo al de otras sustancias, como bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas ilegales.

La intoxicación por cannabis se caracteriza por la presencia de euforia, ansiedad, ideas paranoides, distorsión del sentido del tiempo, aumento de la sensibilidad para estímulos externos, deterioro de la capacidad de juicio o retraimiento social. Los efectos sensoriales se acompañan de un deterioro de la vigilancia, la memoria y el rendimiento psicomotor. Pueden producirse crisis de angustia o trastornos disfóricos.

En el DSM-IV se contempla la dependencia del cannabis como asociada a un consumo que tiende a ser diario y con tolerancia a algunos de sus efectos, lo que provoca una escalada en la frecuencia de administración. Existe disminución de la capacidad de atención, del rendimiento intelectual y del aprendizaje, junto con la anhedonia, un síndrome amotivacional y letargia. Asimismo se señala la presentación de deterioro en la actividad laboral y social, aunque rara vez la persona acude a solicitar tratamiento por ese motivo.

Fenciclidina (PCP)

Suele utilizarse de forma episódica a dosis elevadas - de 5 a 15 mg – en forma de experiencias que pueden durar varios días. Tras unos consumos iniciales para conocer sus efectos generalmente se abandona su uso o bien se evoluciona rápidamente hacia la dependencia con consumos diarios.

Los síntomas físicos incluyen vértigo, disartria, ataxia, nistagmus vertical y horizontal, taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudación e hiperreflexia. A dosis altas pueden aparecer convulsiones y depresión respiratoria. Los efectos psíquicos más comunes son alteración de la imagen corporal y desorientación, junto a dificultad para integrar los estímulos sensoriales. Puede presentarse cuadros de agresividad e impulsividad aunque estos efectos parece ser que están más relacionados con la personalidad del sujeto que con un efecto directo de la droga.

Se han descrito también conductas suicidas y automutilaciones. El consumo de altas dosis de PCP se ha visto asociado con la aparición de alteraciones del estado de ánimo, trastornos psicóticos orgánicos muy similares a la esquizofrenia y delirium.

Inhalantes

Los inhalantes constituyen un grupo heterogéneo de compuestos orgánicos que incluyen sustancias tan diversas como disolventes de pinturas, colas, desengrasantes, aerosoles, anestésicos o pegamentos.

El inicio de proceso de intoxicación es casi inmediato, manteniéndose hasta 90 minutos después de dejar de inhalar. Los síntomas físicos son parecidos a la de embriagues alcohólica cursando con mareos, nistagmus, lenguaje farrullante, enlentecimiento psicomotor, incoordinación motora, marcha inestable etc. que pueden llegar al estupor o al coma.

Su abuso suele asociarse al de otras sustancias psicoactivas como las bebidas alcohólicas y el cannabis. En la dependencia el consumo suele ser diario, con

varios periodos de intoxicación al día pudiendo persistir durante años. Si bien el cuadro de intoxicación aguda es relativamente homogéneo para todos los inhalantes, las complicaciones del consumo crónico varían en función de cada producto. Se constata afectación neurológica particularmente con el tolueno y el hexano con trastornarnos de memoria y deterioro intelectual permanente, cefaleas, alteraciones hepáticas, renales, hematológicas, etc.

Nicotina

La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. Los efectos periféricos como la inhibición de la contracción gástrica, el aumento de la frecuencia cardiaca, la liberación periférica de noradrenalina. A nivel central estimula la liberación de sustancias hormonales, aumenta los niveles plasmáticos de noradrenalina y produce liberación de vasopresina.

El inicio de los síntomas de abstinencia puede ocurrir a las pocas horas del último cigarrillo o retrasarse durante días. Se caracteriza por la presencia de necesidad de fumar, ansiedad, irritabilidad, sensación de contrariedad o ira, dificultad de concentración, alteraciones gastrointestinales e insomnio, junto a ello aparecen asociados cambios fisiológicos, modificaciones en el sueño, reducción del metabolismo, incremento de la tos, estreñimiento, aumento de peso, cefaleas, temblor, etc.

Drogas de síntesis

1. Derivados opiáceos: MPTP causa en el hombre un síndrome parkinsoniano irreversible muy similar en su perfil neuropatológico a la enfermedad de Parkinson idiopática.

Fentanilo. Es un potente analgésico de acción extremadamente rápida y con un alto potencial de abuso. Es aproximadamente 100 veces más potente que la morfina.

2. Derivados anfetamínicos: Tienen especial interés en la actualidad las feniletilaminas sustituidas ya que son los psicoestimulantes ilegales que más se consumen entre la población juvenil. De ellas destacan la 3.4-metilendioxianfetamina (MDA o "droga de amor") la 3.4-metilendioximeranfetamina (MDMA "Adán" o "éxtasis") y la 3.4-metilendioxietanfetamina(MDEA, EDE o "Eva") incluida en el grupo de entactógeno se refiere a las sustancias usadas para obtener experiencia subjetiva de sentirse "emocionalmente cerca" de la persona o personas con las que el individuo se relaciona entre todas estas sustancias se destaca la MDMA o "éxtasis" [10]

FASES POR LAS QUE SE PASA DEL USO AL ABUSO Y A LA DEPENDENCIA

Fase previa o de predisposición

Hace referencia a toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas. Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural.

Fase de conocimiento de la sustancia

Se produce cuando la persona tiene conocimiento real de la existencia de una concreta sustancia, de la que le dicen que produce unos determinados efectos.

[10] INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRIA, J ValllejoRuiloba, Cap 38 pgs (651-678)

Hoy las sustancias psicoactivas están presentes en nuestro mundo social de modo frecuente y así lo han estado en las pasadas décadas, o incluso durante siglos, como son un claro ejemplo las drogas legales, el alcohol y el tabaco, en nuestro medio. Pero el que estén presentes éstas y otras drogas no implica que desde su nacimiento una persona va a tener un contacto directo con todas las drogas. Su contacto y su conocimiento va a depender de la disponibilidad, si es el caso, en su casa o en los lugares donde se relaciona con otros desde la infancia, del interés que surja por ellas en un momento del tiempo, habitualmente en la adolescencia o adultez temprana, y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo en un momento determinado del tiempo.

Fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias

La fase evolutiva tiene mucha relación con el conocimiento y posterior prueba de las distintas drogas. Sabemos que hay unas edades medias para el inicio en el consumo, aunque las personas con mayor riesgo suelen comenzar a consumirlas antes de esa edad media.

Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no sólo será pasivo, obtenido de otros, sino que también pasará a ser activo. Aunque ello está facilitado por múltiples factores, el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrar una gran facilidad para el consumo de distintas drogas, especialmente las legales, favorece el que el joven desee conocer más sobre las mismas y sobre otras de las que escucha hablar o sabe de su existencia.

Fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia

Es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia.

Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. A nivel de su familia, ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Finalmente, las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona son también de suma importancia. El consumidor notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc.

Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces se puede afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

Fase de abandono o mantenimiento

Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirla después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo.

De los que abandonan el consumo, el motivo de éste pueden ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, novia, social, legal, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc.

Fase de recaída

Es aquella fase, que puede ocurrir o no. La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir. De ahí que las personas que llegan a niveles de adicción consolidada (dependencia), habitualmente después de varios años de consumo, cuando deciden dejar la sustancia y lo consiguen, con frecuencia recaen.

En este caso, el abandono de esa sustancia puede considerarse un proceso a lo largo de un camino de recaídas. Con ello la persona abandona la sustancia, recae, vuelve a abandonarla y vuelve a recaer. Este proceso se mantiene a lo largo del tiempo o bien en un punto consigue la abstinencia.[11]

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Factores de Riesgo

Se considera factores de riesgo aquellas características personales o circunstancias ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona

[11]FORMACIÓN DE FORMADORES, Consideraciones Básicas para el Desarrollo de Programas preventivos, CONSEP, II Edición, páginas: 16-20

se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causarle problemas importantes (Clayton, 1992).

El enfoque basado en los factores de riesgo se basa en la observación del hecho que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de sufrir un daño. En unos casos, la probabilidad de verse afectado por el consumo de drogas es mayor que en otros que se encuentran en las mismas circunstancias.

FACTORES PROTECTORES

Se entiende por factores de protección "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992, p. 16).

Los factores de protección no suelen presentarse de forma aislada, sino que en la realidad interactúan, se complementan o incluso unos incluyen a otros.
También ocurre que, favoreciendo la competencia individual para la interacción social que capacita para la autoafirmación, se repercute en el autoconcepto y la autoestima.[12]

[12] FORMACIÓN DE FORMADORES, Consideraciones Básicas para el Desarrollo de Programas preventivos, CONSEP, II Edición, páginas: 105-144

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL 1:

- **Observación Psicológica:**

Consiste en examinar directamente algún hecho o fenómeno según se presenta espontáneamente y naturalmente, teniendo un propósito expreso conforme a un plan determinado y recopilando los datos en una forma sistemática. Se fundamenta en apreciar, ver, analizar un objeto, un sujeto o una situación determinada, con la orientación de un guía o cuestionario, para orientar la observación.

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación.

Existen dos clases de observación: la Observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa.

Método: se utilizó para realizar una descripción de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales como a los comportamientos espontáneos de los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios”. Se realizó de forma individual a cada uno de los pacientes que son parte de esta investigación.

GUIA DE OBSERVACIÓN FIC

NOMBRE DEL OBSERVADO…….EDAD……
ESTABLECIMIENTO…….FECHA……..

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

OBSERVADOR

MATERIAL 2:

- **Entrevista Psicológica:**

Es una conversación entre dos o más personas, en la cual uno es el que pregunta (entrevistador). Estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional.

Presupone la existencia de personas y la posibilidad de interacción verbal dentro de un proceso de acción recíproca. Como técnica de recolección va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre, en ambos casos se recurre a una guía que puede ser un formulario o esquema de cuestiones que han de orientar la conversación.

Son tres fases: el inicio que es como la apertura donde la principal herramienta es el rapport; el desarrollo, donde se trata la problemática y el cierre, donde vamos preparando al paciente para terminar sesión.

Hay que procurar no dejar círculos abiertos para que no queden sentimientos inconclusos. 1. Etapa de contacto. Es para que el paciente se sienta más a gusto y seguro.
2. Llegar a donde queremos llegar pero que el paciente esté totalmente relajado.
3. Etapa de despedida y cierre. Crear un espacio de tiempo para resumir todo lo que ha sucedido en la entrevista, aclarar dudas o planificar.

Método: se constituyó en una técnica de interrogación directa con los pacientes, permitiéndonos recoger de manera individual datos informativos relevantes de su problemática y establecer deducciones diagnósticas

MATERIAL 3:

- **Encuesta (Estructurada):**

Es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario.

Es una técnica que se puede aplicar a sectores más amplios del universo, de manera mucho más económica que mediante entrevistas.

Método: fue una técnica de interrogación directa e individual que se aplicó a los pacientes, a través de la cual se obtuvo datos sobre los tipos de violencia que existen en la familia de los mismos.

ENCUESTA PARA DETERMINAR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.
Se define a la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o económico, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar.
Por cada pregunta marque solo una X.

	0	1	2	3	4
TIPO	**NUNCA**	**CASI NUNCA**	**ALGUNAS VECES**	**CASI SIEMPRE**	**SIEMPRE**
En su grupo familiar han existido golpes, empujones, pellizcos, bofetadas, magulladuras, etc.					
Algún miembro de su familia ha sido golpeado, fracturado o herido con objetos o arma blanca					
En su familia alguien ha sido lesionado de tal forma que esto ha provocado una lesión o discapacidad temporal					
Alguien de su entorno familiar ha puesto en peligro la vida de otros integrantes provocando una discapacidad permanente					
Ha existido la muerte de un familiar como consecuencia de algún altercado					
				TOTAL	

FUNCIÓN	PUNTAJE
Violencia Física intrafamiliar severa	16 – 20
Violencia Física intrafamiliar grave	11 -15
Violencia Física intrafamiliar moderada	6– 10
Violencia Física intrafamiliar leve	5 o menos

PUNTAJE MÁXIMO: 20/ 20

ENCUESTA PARA DETERMINAR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.
Se define a la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o económico, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar.
Por cada pregunta marque solo una X.

	0	1	2	3	4
TIPO	**NUNCA**	**CASI NUNCA**	**ALGUNAS VECES**	**CASI SIEMPRE**	**SIEMPRE**
Dentro de su familia han existido insultos, burlas, ofensas, actitudes de desprecio, humillaciones					
En su familia se observa actitudes de indiferencia, silencio,					
En su núcleo familiar se ha evidenciado rigidez, perfeccionismo, sobreprotección y control excesivo					
En su medio familiar hay celotipia, control de actos, chantaje y manipulación a través de los hijos					
En su pareja ha habido mecanismos para alejar a su compañero/a de sus amistades, colegas y familiares cercanos					
				TOTAL	

FUNCIÓN	PUNTAJE
Violencia Psicológica intrafamiliar severa	16 – 20
Violencia Psicológica intrafamiliar grave	11 -15
Violencia Psicológica intrafamiliar moderada	6 – 10
Violencia Psicológica intrafamiliar leve	5 o menos

PUNTAJE MÁXIMO: 20/ 20

ENCUESTA PARA DETERMINAR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.
Se define a la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o económico, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar. Por cada pregunta marque solo una X.

	0	1	2	3	4
TIPO	**NUNCA**	**CASI NUNCA**	**ALGUNAS VECES**	**CASI SIEMPRE**	**SIEMPRE**
No ha recibido una adecuada información sexual en su hogar.					
Dentro de su familia no hay un cuidado apropiado de la intimidad de la pareja					
Algún miembro de su familia ha observado o tocado su cuerpo sin su consentimiento, lo ha expuesto a observar material pornográfico o le ha obligado a presenciar una relación sexual					
En su familia algún miembro le ha impuesto una relación sexual o le ha forzado a prácticas sexuales que le han resultado desagradables o dolorosas					
En su pareja ha existido imposición de métodos anticonceptivos, embarazos o abortos forzados					
				TOTAL	

FUNCIÓN	PUNTAJE
Violencia Sexual intrafamiliar severa	16 – 20
Violencia Sexual intrafamiliar grave	11 -15
Violencia Sexual intrafamiliar moderada	6 – 10
Violencia Sexual intrafamiliar leve	5 o menos

PUNTAJE MÁXIMO: 20/ 20

ENCUESTA PARA DETERMINAR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.
Se define a la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o económico, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar.
Por cada pregunta marque solo una X.

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
TIPO	**NUNCA**	**CASI NUNCA**	**ALGUNAS VECES**	**CASI SIEMPRE**	**SIEMPRE**
En su familia no hay una adecuada alimentación, educación, vestimenta o atención médica					
Se ha utilizado el dinero como medio de chantaje					
En su núcleo familiar existe un control excesivo de los gastos					
En su entorno familiar ocultan información acerca de los ingresos					
Dentro de la familia alguien se ha apropiado de bienes o ingresos, perjudicando a otro miembro					
				TOTAL	

FUNCIÓN	**PUNTAJE**
Violencia Económica intrafamiliar severa	16 – 20
Violencia Económica intrafamiliar grave	11 -15
Violencia Económica intrafamiliar moderada	6 – 10
Violencia Económica intrafamiliar leve	5 o menos

PUNTAJE MÁXIMO: 20/ 20

MATERIAL 4:

- **Historia Clínica Psicológica utilizada en el Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho "CRA" (Área de Adicciones):**

"Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital". Para Vallejo Ruiloba, la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstica, tratamiento, evolución y comentarios, y epicrisis"[13]

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en las tomas de decisiones.

Método: este instrumento fue aplicado de manera individual con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo acertado mediante los datos recolectados.

[13]Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4° edición, pág 83.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

CENTRO TERAPÉUTICO "MANO DE DIOS"

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:
HISTORIA CLÍNICA:
ÁREA:
FECHA DE NACIMIENTO: **EDAD:**
ESTADO CIVIL:
INSTRUCCIÓN:
OCUPACIÓN:
PROCEDENCIA:
LUGAR DE RESIDENCIA:
RELIGIÓN:
FECHA DE INGRESO:
NUMERO DE INTERNAMIENTOS:
FECHA DE ELABORACIÓN:
FUENTE DE INFORMACIÓN:

MOTIVO DE INGRESO:

COMPORTAMIENTO DURANTE LA EVALUACIÓN Y RELACIÓN ESTABLECIDA CON EL ENTREVISTADOR

BREVES DATOS DE SU HISTORIA

ASPECTOS COGNITIVOS E INTELECTUALES

ASPECTOS AFECTIVOS, DE LA AUTOIMAGEN Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

ASPECTOS DE EVOLUCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

REACTIVOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

- **ENCUESTA ESTRUCTURADA**
  - **VIOLENCIA FÍSICA:**

    Puntaje: **Dx:**
  - **VIOLENCIA PSICOLÓGICA:**

Puntaje: **Dx:**

- **VIOLENCIA SEXUAL:**

  Puntaje: **Dx:**

- **VIOLENCIA ECONÓMICA:**

  Puntaje: **Dx:**

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

- **MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL:**

  Dx:

- **MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (MODIFICADA):**

  Dx:

- **CUESTIONARIO CAGE:**

  Puntaje: **Dx:**

- **ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (EIDA):**

  Puntaje: **Dx:**

DIAGNÓSTICO:

Eje I:
Eje II:
Eje III:
Eje IV:
Eje V:

RECOMENDACIONES:

MATERIAL 5:

- **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional:**

Autores: D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K.Harnett-Sheehan, J. Janavs, E.Weiller, L. I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G. C. Dunbar.
Referencia: Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. EuropeanPsychiatry 1997; 12: 232-241.
Evalúa: Principales trastornos psiquiátricos del Eje I. Abuso o Dependencia de Alcohol
Administración: Heteroaplicada.

El MINI es una entrevista psiquiátrica sencilla y breve desarrollada para la investigación clínica. Sirve para diagnosticar depresiones, fobias, suicidios, trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia, abuso o dependencia de sustancias tóxicas. Una herramienta de gran utilidad en atención primaria. Los profesionales clínicos los utilizan con poca frecuencia porque dudan de su viabilidad en la práctica clínica y sobre la aceptación por los pacientes.

El nombre MINI deriva de "mini entrevista neuropsiquiátrica internacional" en sus siglas inglesas. Se trata de un instrumento diagnóstico breve validado aunque su viabilidad y aceptación por los pacientes no se ha estudiado todavía.

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).
Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

Método: este instrumento fue aplicado de manera individual a los pacientes para evaluar en los pacientes la existencia de Abuso o Dependencia al Alcohol.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➞ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)**

	➞	
J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ

J2 **En los últimos 12 meses:**

a ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ
b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado?	NO	SÍ
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA.		
c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ
d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO SÍ		
e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ
f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ
g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ
¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **J2**?	**NO**	**SÍ**
	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	**ACTUAL**

J3 **En los últimos 12 meses:**

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE **SÍ** SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ
b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ
c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ
d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ
¿CODIFICÓ **SÍ** EN **1** O MÁS RESPUESTAS DE **J3**?	**NO**	**SÍ**
	ABUSO DE ALCOHOL	**ACTUAL**

MATERIAL 6:

- **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Modificada):**

Autores: D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K.Harnett-Sheehan, J. Janavs, E.Weiller, L. I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G. C. Dunbar.
Referencia: *Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P.* EuropeanPsychiatry 1997; 12: 232-241.
Evalúa: Principales trastornos psiquiátricos del Eje I. Abuso o Dependencia a otras sustancias
Administración: Heteroaplicada.

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento.

Método: este instrumento fue aplicado de manera individual a los pacientes para evaluar en ellos la existencia de Abuso o Dependencia a otras sustancias.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Modificada)

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

J. Abuso y dependencia de sustancias

J1. En los últimos 1-2 meses, ha consumido algún tipo de sustancia en un período de 3 horas en tres o más ocasiones? NO SI

¿Cuál(es)?……

J.2 En los últimos 12 meses:

a) ¿Necesitaba más cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a consumir? NO SI

b) ¿Cuando reducía la cantidad de sustancia temblaban sus manos, sudaba o se sentía agitado? NO SI

c) ¿Consurnía para evitar estos síntomas?

CODIFICAR **SI**, SI CONTESTO **SI** EN ALGUNA

c) ¿Durante el tiempo en el que consurnía alguna sustancia acababa consumiendo más de lo que en un principio había planeado NO SI

d) ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir alguna sustancia pero ha fracasado? NO SI

e) ¿Los días en los que consumía empleaba mucho tiempo en procurarse alguna sustancia en consumir y en recuperarse de sus efectos?

i) ¿Pasó rnenos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo? NO SI

B) ¿Continuó consumiendo a pesar de que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SI

¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE]2? NO SI

DEPENDENCIA ACTUAL

J.3 En los últimos 12 meses:

a) ¿Ha estado usted varias veces intoxicado o bajo el efecto de una sustancia en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? NO SI

CODIFIQUE SI SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS

b) ¿Ha estado intoxicado en alguna situación, en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquinaria, etc.? NO SI

c) ¿Ha tenido problemas legales debido a su consumo de sustancias, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? NO SI

d) ¿Ha continuado usted consumiendo a pesar de saber que esto le ha ocasionado problemas con o su familia u otras personas?

¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE]3? NO SI

ABUSO ACTUAL

MATERIAL 7:

- **Cuestionario CAGE:**

Autor: J. A. Ewing
Referencia: *Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire.* J Am MedAssoc 1984; 252: 1905-1907.
Evalúa: Diagnóstico precoz de problemas relacionados con el alcohol.
N.º de ítems: 4.
Administración: Heteroaplicada.

Este Cuestionario tuvo su origen en un estudio llevado a cabo en el Nort Carolina Memorial Hospital en 1968 y fue dado a conocer por Ewing y Rouse en una Conferencia Internacional sobre Alcoholismo en Sydney en 1970. En 1984, Ewing publicó un artículo donde aclaraba ciertas controversias sobre el origen del cuestionario y sobre su utilización. Ha sido validado por Rodriguez Martos.

Fue diseñado para sreening de alcoholismo. Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener.
Se trata de un Cuestionario autoadministrado de 4 preguntas, que pueden presentarse juntas o "camufladas" en el contexto de una entrevista más amplia para evitar el posible rechazo por parte del entrevistado. En la validación española de Rodriguez-Martos recomienda investigar un periodo de dos años. Según el autor se trata de un test de screening para detección de alcoholismo.

Debe considerarse como un test de detección de problemas graves relacionados con el consumo alcohólico y no posee una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo. A pesar de existir medidas con mejores índices de

sensibilidad y especificidad, su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación.

Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son patognomónicas de alcoholismo.Susensiblilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre el 79 y 100% en función al punto de cohorte que se esté valorando.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems.
En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.
Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:

- 0: no hay problemas relacionados con el alcohol.
- 1: indicio de problemas relacionados con el alcohol.
- 2-4: dependencia alcohólica.

Método: se utilizó de forma individual y nos permitió establecer un diagnóstico rápido de la existencia o no de problemas relacionados con el consumo alcohol.

CUESTIONARIO CAGE

	SI	NO
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

MATERIAL 8:

- **Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA):**

El EIDA fue desarrollado a partir de la versión española del Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica (SADQ) de Stockwell et al. (1994), propuesta por Rubio en 1996, al que añadieron cinco ítems relacionados con la capacidad del sujeto para controlar la ingestión etílica que constituyen la Subescala de Control.

Esta subescala recoge aspectos reforzantes y compulsivos del deseo relacionados con la "sensación de desear beber" y con "la dificultad de parar" mediante dos ítems referidos a la pérdida de control una vez iniciada la ingesta y otros tres relacionados con la capacidad para demorar el consumo.

- La EIDA es una escala diseñada para valorar la intensidad de la dependencia al alcohol.
- Es un cuestionario derivado de la versión española del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia al Alcohol (SADQ).
- El marco de referencia temporal son los últimos 6 meses.
- Consta de 30 ítems que se agrupan en 6 subescalas (cada sección consta de 5 ítems):
- Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 5).
- Síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6 a 10).
- Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 11 a 15).
- Consumo habitual de alcohol (ítems 16 a 20).
- Dificultad para controlar la ingestión (ítems 21 a 25).
- Reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26 a 30).

- En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). Las preguntas 23 a 25 se puntúan en sentido inverso. En los ítems 26-30 se utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3).
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida en cada ítem (se recuerda que las preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso).
Puntos de corte:
< 21: dependencia leve.
21-37: dependencia moderada.
> 37: dependencia grave.

Método: fue empleado de manera individual y nos sirvió para valorar la intensidad de la dependencia de alcohol.

Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol (EIDA)

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho.
Ahora marque (X) en la casilla correspondiente la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período.
Durante ese período de tiempo que bebía mucho:

	Nunca o casi nunca	***A veces***	***Frecuentemente***	***Casi siempre***
	(0)	***(1)***	***(2)***	***(3)***
1. Me despertaba sudando				
2. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana				
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana				
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo				
5. Me despertaba completamente bañado en sudor				
6. Temía que llegase la hora de levantarme				
7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana				
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme				
9. Me sentía muy nervioso al despertarme				
10. Me sentía asustado al despertarme				
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana				
12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme				
13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana				
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores				
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme				
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza)				
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)				
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3,5 de vino o 32 cañas de cerveza)				
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)				
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo				
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido				
23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)				
24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto				
25. Había días en los que conseguía no beber nada				

Imagínese la siguiente situación:
(1) Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas.
(2) Y tiene una recaída en la que bebe bastante durante 2 días consecutivos.
¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos 2 días bebiendo bastante?

	Nada ***(0)***	***Un poco*** ***(1)***	***Moderadamente*** ***(2)***	***Bastante*** ***(3)***
26. Por la mañana comenzaría a sudar				
27. Tendría temblor en las manos				
28. Tendría náuseas				
29. Mi cuerpo temblaría				
30. Mis deseos por beber serían				

Puntuación total: _____

Las preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso

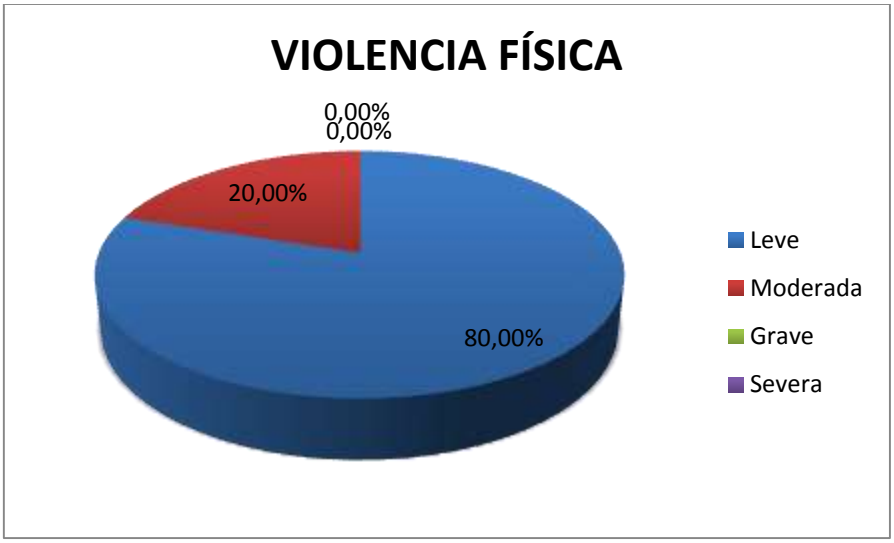
RESULTADOS

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

TABLA 1: VIOLENCIA FÍSICA:

INTENSIDAD	F	%
Leve	16	80,00
Moderada	4	20,00
Grave	0	0,00
Severa	0	0,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 1: VIOLENCIA FÍSICA:



FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que es igual al 100% de casos atendidos, se evidencia que existen una mayor prevalencia de violencia física leve con 16 casos, lo que corresponde al 80%, asimismo se observa que hay 4 casos de violencia física moderada que equivalen al 20%, mientras que dentro de la violencia física grave y severa no se registran casos.

TABLA 2: VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

INTENSIDAD	F	%
Leve	2	10,00
Moderada	7	35,00
Grave	6	30,00
Severa	5	25,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 2: VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

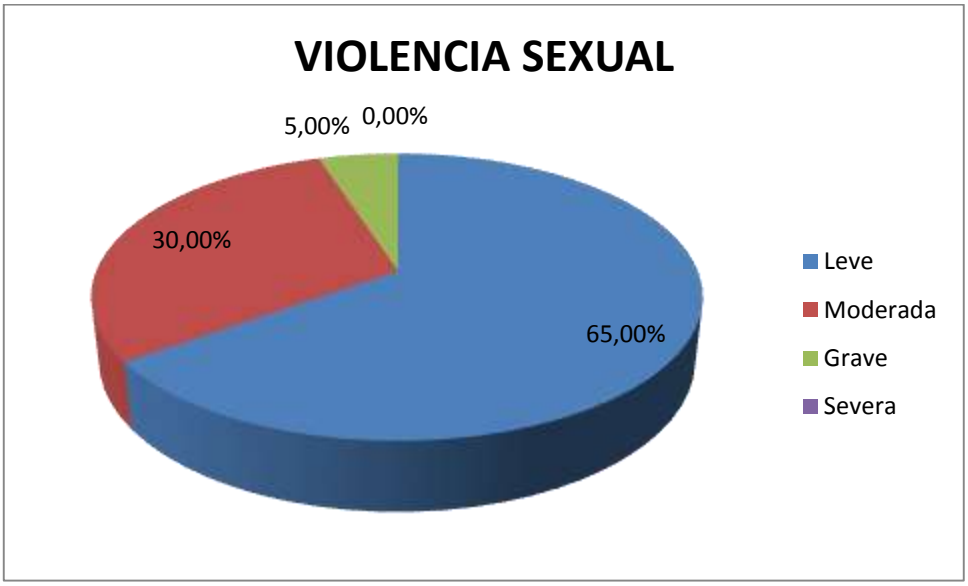
INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, se observa que existe una mayor incidencia de violencia psicológica moderada, puesto que se registran 7 casos lo que es igual al 35%, con un porcentaje menor de 30% se observan 6 casos de violencia psicológica grave, también hay violencia psicológica severa con 5 casos que corresponde al 25% y finalmente se registran solamente 2 casos de violencia psicológica leve lo que es igual al 10%.

TABLA 3: VIOLENCIA SEXUAL:

INTENSIDAD	f	%
Leve	13	65,00
Moderada	6	30,00
Grave	1	5,00
Severa	0	0,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 3: VIOLENCIA SEXUAL:



FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100%, se evidencia que el tipo de violencia más común es la violencia sexual leve con 13 casos que equivale al 65%, en menor cantidad se observa la violencia sexual moderada con 6 casos que corresponde al 30%, con solamente un caso se presenta la violencia sexual grave lo que es igual al 5%, mientras que en lo referente a la violencia sexual severa no existen casos.

TABLA 4: VIOLENCIA ECONÓMICA:

INTENSIDAD	f	%
Leve	7	35,00
Moderada	7	35,00
Grave	3	15,00
Severa	3	15,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 4: VIOLENCIA ECONÓMICA:

FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, observamos que con un similar porcentaje del 35% se registran 7 casos de violencia económica leve y moderada, asimismo existen 3 casos que corresponden al 15% tanto de violencia económica grave como severa.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

TABLA 5: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL:

INTENSIDAD	f	%
Abuso	1	5,00
Dependencia	19	95,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 5: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL:

FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

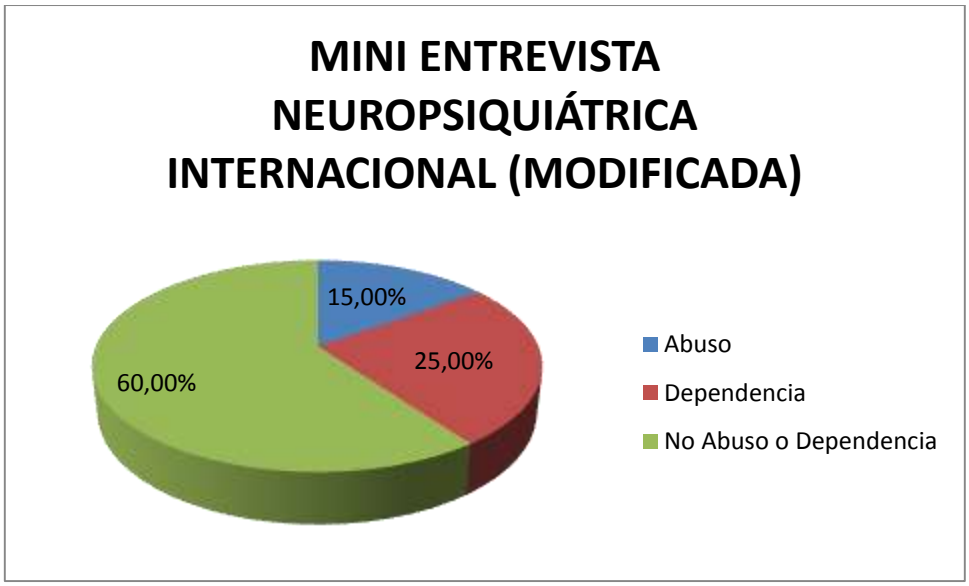
INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, se evidencia que la mayor parte de internos presenta dependencia al alcohol, puesto que existen 19 casos que equivalen al 95%, mientras que solamente un paciente que corresponde al 5% presenta abuso al alcohol.

TABLA 6: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (MODIFICADA):

INTENSIDAD	f	%
Abuso	3	15,00
Dependencia	5	25,00
No Abuso o Dependencia	12	60,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 6: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (MODIFICADA):



FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

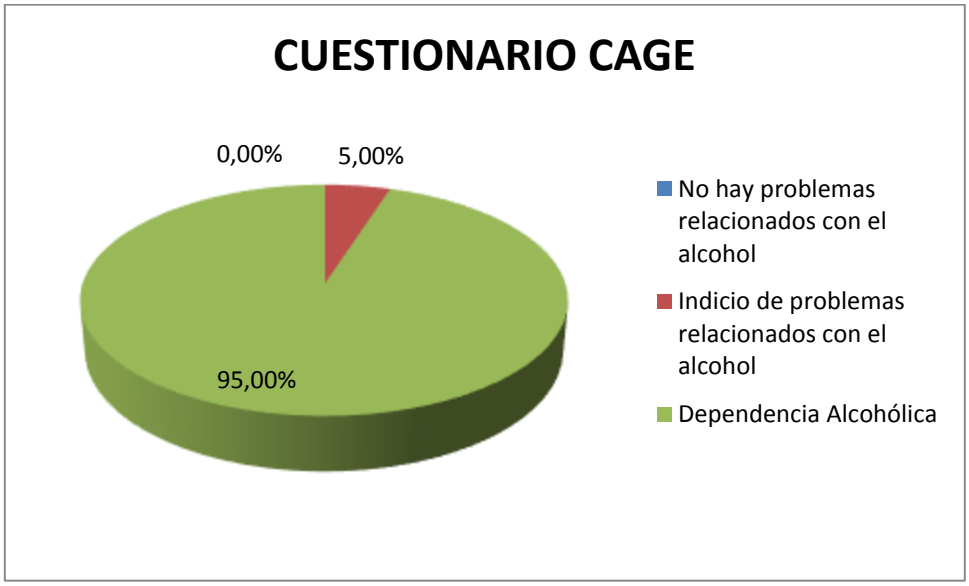
INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, observamos que en 12 de los casos que es igual al 60% no existe un abuso o dependencia a otras sustancias, asimismo se evidencia que existen 5 casos que equivalen al 25% de internos que presentan dependencia a otras sustancias, mientras que en solamente 3 pacientes que corresponde al 15% se encuentra un abuso a otras sustancias.

TABLA 7: CUESTIONARIO CAGE:

INTENSIDAD	f	%
No hay problemas relacionados con el alcohol	0	00,00
Indicio de problemas relacionados con el alcohol	1	05,00
Dependencia Alcohólica	19	95,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 7: CUESTIONARIO CAGE:



FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

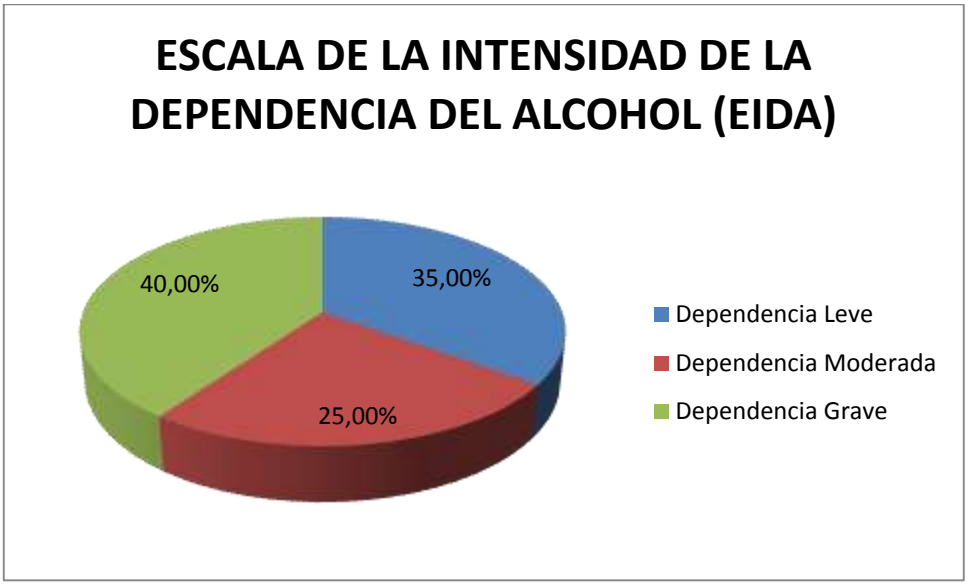
INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, se evidencia que casi la totalidad de internos con 19 casos que corresponde al 95% presentan dependencia alcohólica, mientras que solamente hay un caso que equivale al 5% que muestra indicio de problemas relacionados con el alcohol, finalmente no se observan casos de pacientes que no tengan problemas relacionados con el alcohol.

TABLA 8: ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (EIDA):

INTENSIDAD	F	%
Dependencia Leve	7	35,00
Dependencia Moderada	5	25,00
Dependencia Grave	8	40,00
TOTAL	**20**	**100,00**

GRÁFICO 8: ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (EIDA):



FUENTE: Datos Obtenidos de los pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios" Periodo Marzo-Septiembre 2010

ELABORACIÓN: Paola Bustamante y Ximena Cuenca.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 20 pacientes que equivale al 100% de casos atendidos, observamos que existen 8 casos que corresponde al 40% de internos que presentan dependencia grave al alcohol, asimismo existen 7 casos que es igual al 35% que tienen una dependencia leve al alcohol y con un porcentaje menor del 25% con 5 casos se presenta una dependencia moderada a esta sustancia.

DISCUSIÓN

La violencia intrafamiliar está considerada como un fenómeno social que atenta contra la autoestima y la estabilidad emocional de la persona que la sufre, haciéndola sentir humillada devaluada, inútil, incapaz e indefensa, además de constituirse en un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicotrópicas.

Por tal motivo, realizamos una investigación que determine la relación que existe entre estas dos variables, en la cual los resultados obtenidos fueron, con respecto a la violencia intrafamiliar, en la violencia física tenemos que existe un mayor porcentaje de violencia física leve ya que se observa en un 80% de pacientes, seguido por violencia física moderada en un 20% y ningún caso de violencia física grave y severa. En violencia psicológica se encontró que el tipo más común es la violencia psicológica moderada en un 35% del total de pacientes encuestados, seguida por la violencia psicológica grave con un 30%, igualmente se evidencia que la violencia psicológica severa está presente en un 25% de personas y la violencia psicológica leve se observa solamente en un 10% de la población estudiada. Dentro de la violencia sexual se registra que hay una clara prevalencia de violencia sexual leve con un 65%, mientras que la violencia sexual moderada se encuentra en un 30%, la violencia sexual grave en un 5% y finalmente no se registra ningún caso de violencia sexual severa. En violencia económica se obtuvo que existe un porcentaje similar de 35% de violencia económica leve y moderada y un 15% de violencia económica grave y severa. En lo referente al consumo de sustancias psicotrópicas la mayor parte de evaluados presenta dependencia de alcohol en un 95% mientras que el 5% restante tiene abuso de alcohol. En lo que tiene que ver con el consumo de otras sustancias psicotrópicas tenemos: que un 25% son dependientes, el 15 % presenta abuso y el 60% no consume otras sustancias, en intensidad de dependencia al alcohol se observa que el 40% de

pacientes tiene una dependencia grave, el 35% una dependencia leve y el 25% una dependencia moderada.

Los datos sobre abuso o dependencia a sustancias psicotrópicas no se oponen, ya que se obtuvo un igual porcentaje tanto en el Cuestionario CAGE como en la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. De la misma manera, estos datos fueron corroborados con la información conseguida a través del empleo de la historia clínica psicológica, lo que confirma la veracidad de estos resultados.

En varios estudios realizados en diferentes regiones del mundo, como enCentroamérica, encontramos que el 97% de los casos reportados de violencia doméstica, se asocian a hombres abusadores de alcohol. (Citado por Forselledo).

Asimismo en una investigación realizada en Bolivia acerca de la violencia intrafamiliar, realizado por Revollo en las cuatro ciudades demográficamente más importantes del país, se registran los siguientes datos: en La Paz, El Alto y Cochabamba, la violencia física es la que tiene mayor incidencia dentro del ámbito doméstico seguida de la psicológica y de las otras formas, en la ciudad de Santa Cruz, resalta un mayor índice de violencia sexual y dentro de ella la violación que afecta principalmente a menores. Del total de denuncias de violencia intrafamiliar recibidas contra la mujer y los hijos en los últimos doce meses, una mayoría 89% ha sido provocada en estado de ebriedad por el padre de familia (brigada de protección a la mujer y a la familia de la ciudad de Cochabamba, Bolivia).

De la misma manera en un estudio realizado en mujeres campesinas del Valle Alto de Cochabamba Bolivia (Salinas y Jemio), revela que: un 62% de consumidoras "abusivas" de alcohol, presentan un origen familiar conflictivo, la mayor parte de las consumidoras abusivas (85%) vivieron con padres consumidores y con los

respectivos problemas asociados, estas mujeres señalaron como las principales causas: la violencia física, los problemas de salud y la crítica social de que son objeto.

En Colombia el panorama es igualmente poco alentador, según la Secretaria de Salud de Bogotá, el 40% de los casos de maltrato infantil reportados, tienen una relación directa con el consumo de alcohol o cualquier otra SPA, el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) dictaminó 62.431 casos de Violencia Intrafamiliar (VIF) de los cuales el 61% corresponde a maltrato conyugal, el 23% a violencia entre familiares y el 16% a maltrato infantil.

De forma similar un estudio realizado por el INEGI en la ciudad de México, indica que cerca de 18% de niñas, niños y jóvenes de hasta 17 años de edad viven en familias donde ocurre violencia intrafamiliar, de estas cifras se deduce que la violencia intrafamiliar afecta a más de un millón de menores en la ciudad de México. En total, alrededor de 2.6 millones de personas y casi 600 mil hogares(13.5%) se ven envueltos por la violencia intrafamiliar.

A nivel nacional, la violencia intrafamiliar también está presente, así lo demuestran sus alarmantes cifras, en un porcentaje del 34% de niños ecuatorianos sufren de violencia por parte de sus progenitores. La ciudad de Cuenca, presenta el 49,2% de menores sujetos a la negligencia de sus progenitores, el 6,3% de niños han sufrido violencia sexual. (JannethPillco/UTPL)

En lo que se refiere al consumo de sustancias, un estudio regional realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (Onudd) en 2009, en seis países de Sudamérica, situó a la Argentina, Chile y Uruguay como los más grandes países consumidores de droga en la región. En dicho análisis se estudió a la Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, lo cual determinó que en

todos estos países la droga ilícita preferida es la marihuana. Alrededor de 2,1 millones de 13 millones de personas han consumido marihuana en la región. Esta droga es la que más afecta a la Argentina, Chile y Uruguay, en donde el consumo se acerca al 7%, mientras que en Bolivia es del 4,3% y en el Perú y Ecuador el consumo regular es menor.

De igual manera el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) presentó en febrero una encuesta realizada a 280 496 estudiantes de entre 12 y 17 años, de colegios privados, públicos y fiscomisionales del país.El estudio del Consep determinó que el consumo de drogas y alcohol ahora se inicia a una edad más temprana: 12 años y medio en promedio. En 2005, cuando se hizo la última encuesta, se estableció que el consumo se iniciaba a los 13 años y medio.

Analizando los resultados de esta investigación con lo encontrado en los diversos estudios realizados en los países antes mencionados, se pudo comparar y demostrar que existe una evidente relación entre la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas y que estas variables están dentro de los principales problemas de Salud Mental a nivel mundial, es por ello que a través de nuestra investigación pretendemos concientizar a la población de las consecuencias negativas de la violencia intrafamiliar ya que a pesar de ser un tema del que no se trata abiertamente se encuentra presente en nuestra realidad incrementándose de una forma alarmante.

CONCLUSIONES

- Mediante los resultados obtenidos en esta investigación a través de la investigación científica psicológica podemos deducir que existe una clara relación entre la violencia intrafamiliar en sus diversas manifestaciones y el consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios”, prevaleciendo los siguientes porcentajes: violencia física leve 80%, violencia psicológica moderada 35%, violencia sexual leve 65% y 35% de violencia económica leve y moderada,en lo referente al consumo de sustancias psicotrópicas dependencia de alcohol 95% y 5% abuso de alcohol, consumo de otras sustancias psicotrópicas 25% dependientes, 15 % abuso y 60% no las consume.

- La violencia intrafamiliar se constituye en un factor de riesgo para que exista consumo de sustancias psicotrópicas a más de ocasionar problemas como sentimiento de menosprecioeinvalidez, deterioro en su autoestima, angustia, depresión, ideación suicida, deserción escolar y desintegración familiar.

- Se logró determinar que la mayoría de familias a las que pertenecen los pacientes de este centro son disfuncionales, ya que en ellas se evidencia un incumplimiento de roles y funciones familiares, no existe una comunicación adecuada y no se han establecido límites y normas claras para su correcto funcionamiento, generando así problemas en las relaciones interpersonales de sus integrantes.

- La aplicación de reactivos psicológicos destinados a determinar la presencia de abuso o dependencia a las sustancias psicotrópicas demostró que casi en su totalidad los pacientes son dependientes al alcohol y en

cuanto a otras sustancias se observa que hay un pequeño porcentaje de abuso a éstas.

- Corroborada la existencia de violencia intrafamiliar y la relación que existe con el consumo de sustancias en los pacientes, hemos creído necesario la implantación de un plan de intervención psicológico que permita tratar dichas problemáticas y de esta forma colaborar en la recuperación integral del paciente interno.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LOS INTERNOS DEL CENTRO TERAPÉUTICO “MANO DE DIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA

PRESENTACIÓN:

Luego de haber realizado nuestro trabajo investigativo y haber comprobado que dentro del Centro Terapéutico “Mano de Dios” de esta ciudad, existe un significativo porcentaje de pacientes en los que se evidencia violencia intrafamiliar en sus diferentes manifestaciones y cómo esta variable se ha relacionado con el consumo de sustancias psicotrópicas y más comportamientos desadaptativos, hemos visto oportuno y necesario crear un plan de intervención con el cual se pueda disminuir o erradicar la violencia que se da en sus hogares.

El tratamiento psicológico de los agresores intrafamiliares es, junto con otras medidas judiciales y sociales, una actuación necesaria. Tratar a un agresor no significa considerarle no responsable. Muchas personas violentas son responsables de sus conductas, pero presentan problemas psicológicos importantes en el control de los impulsos, consumo de sustancias, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de resolución de problemas, en el control de los celos, etc.

Un tratamiento psicológico puede ser de utilidad para hacer frente a las dificultades de estos agresores que, aún siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo con las habilidades necesarias para resolver los problemas de la vida cotidiana. De lo que se trata es de controlar la conducta actual para que no se repita en el futuro, de este modo se protege a la víctima y se mejora la autoestima del agresor.

Es por esto que nos hemos planteado tratar esta problemática a través de una Terapia Integrativa, debido a que no creemos que un enfoque determinado sea el más adecuado para todos los casos; asimismo esta terapia tiene en cuenta muchos puntos de vista del funcionamiento humano, el enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de relación de objetos, la auto-psicología psicoanalítica y el análisis transaccional son enfoques que están todos contemplados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cada uno se ve mejorado cuando se integra de forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta.

El aspecto integrativo de esta corriente psicoterapéutica se refiere al proceso de integración de la personalidad. En esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al cliente a asimilar y armonizar los contenidos de sus estados del Ego, disminuir los mecanismos de defensa, eliminar el guión de vida y volver a conectar plenamente con el mundo. En definitiva, se busca reconectar con los aspectos no integrados de la personalidad. El proceso de integración personal aumenta la capacidad personal para contactar con uno mismo, con los demás y con el mundo.

El término "integrativo" de la Psicoterapia Integrativa tiene una serie de significados. Se refiere al proceso de integrar la personalidad: tomar aspectos de los que se reniega, de los que no se es consciente o aspectos sin resolver y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en el relacionarse con la gente, para reconectar con el mundo con un contacto pleno. Es el proceso de completar. A través de la integración, se vuelve posible para la gente afrontar cada momento abiertamente y de forma espontánea sin la protección de una opinión, postura, actitud, o expectativa formadas de antemano.

Es una psicoterapia unificante que responde apropiada y eficazmente a la persona en los niveles de funcionamiento afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos y se dirige también a la dimensión espiritual de la vida. Las intervenciones de psicoterapia que se usan en Psicoterapia Integrativa están basadas en investigaciones del desarrollo y en teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando hay interrupciones en el desarrollo normal.

El objetivo de la psicoterapia integrativa es facilitar una plenitud tal que la calidad del ser y el funcionar de la persona en el espacio intrapsíquico, el interpersonal y el socio-político se maximiza con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

En tal virtud, este modelo de atención psicológica se basa en una planificación que se estructura de una formulación dinámica del trastorno o problema, descripción de la personalidad, señalamiento de objetivos, señalamiento de técnicas, antecedentes disfuncionales, biografía psicológica personal y familiar, historia psicológica familiar, resultado de pruebas psicológicas, aproximación diagnóstica y criterios pronósticos que se efectuará durante las diferentes sesiones a lo largo del tratamiento.

SESIONES

- **Sesión 1: Establecimiento del Rapport, Empatía y Aproximación Diagnóstica**

Según Whitford Delgadillo, el rapport es la “creación y estimulación del ambiente propicio para estimular el proceso terapéutico”, se debe garantizar una relación con el paciente agresor o víctima de violencia intrafamiliar dentro de los marcos de una confiabilidad; dar muestras de honestidad y que el paciente así lo sienta; tratarlo como un ser humano al cual debe respetarse; darle la importancia que el paciente le confiere a los hechos por él consultados. Implica un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberá comunicarse desde el primer contacto hasta el último.

La empatía se refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar al agresor o víctima de violencia intrafamiliar una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este.

La recolección de información debe conducirse de tal manera que cumpla con algunos objetivos fundamentales:

- Diagnóstico clínico y etiopatogénico
- Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento
- Diagnóstico del entorno del paciente:

- **Objetivo:**

  Lograr un clima de trabajo basado en la confianza, tranquilidad, comodidad, solidaridad y libertad entre paciente y terapeuta, así como tener una visión general acerca de la problemática a tratar.

- **Técnica:**

  En primer lugar se realizará a través de la cordialidad con la que se recibe al agresor o víctima, utilizando un tono de voz amable, mediante conversaciones sobre temas diferentes para luego proceder a la recolección de datos informativos que nos pueda ayudar a descifrar el problema que presenta.

- **Posible Resultado:**

  Se conseguirá establecer una relación basada en el respeto, confiabilidad y honestidad, y se obtendrá una aproximación diagnóstica.

- **Sesión 2: Motivación al Tratamiento y Estrategias Estimulativas o de Apoyo**

  La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios requisitos previos: reconocer que existe un problema, darse cuenta de que el agresor o víctima no lo puede resolver por sí solo; y por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual.

  La persona violenta o víctima va a estar realmente motivada cuando llegue a darse cuenta de que los inconvenientes de seguir maltratando o ser maltratado superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al

agresor o agredido a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance.

Es preciso evaluar el nivel de motivación para el cambio.

Se logra mediante una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y el deseo sincero de ayudar por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en un clima excento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta.

- **Objetivo:**
  Conseguir que la víctima o victimario se sienta mejor y atenuar algunas manifestaciones angustioso – depresivas que pueda presentar.

- **Técnica:**
  Se hará a través de la explicación clara, por medio del uso de la palabra, acerca de las ventajas y desventajas de este comportamiento desadaptativo. Se empleará frases de apoyo o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad durante el tratamiento. Se realizará asimismo mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir sobre la factibilidad real del tratamiento y curación.

- **Posible Resultado:**
  El agresor o víctima será consciente de su problemática lo que permitirá que logre un estado de tranquilidad y por ende exista una mayor adherencia y participación activa en el tratamiento psicológico.

- **Sesión 3: Aplicación de reactivos psicológicos**

La aplicación de reactivos psicológicos se lleva a cabo con la finalidad de confirmar el diagnóstico, durante la ejecución de este trabajo investigativo nos encontramos con la dificultad de la no existencia de test estandarizados para violencia, es por esto que dejamos al libre albedrio del terapeuta la elaboración de una encuesta estructurada que le permita determinar la presencia o no de violencia intrafamiliar.

  - **Objetivo:**
    Corroborar la información proporcionada por el agresor o víctima.

  - **Técnica:**
    Aplicación de baterías psicológicas.

  - **Posible Resultado:**
    Se reafirmará la aproximación diagnóstica del terapeuta facilitando un diagnóstico más acertado

- **Sesión 4: Planificación**

Aunque no dependa de la relación directa con la víctima o victimario resulta imprescindible para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas. Requiere por parte del terapeuta un trabajo analítico – sintético forzado, a fin de sujetar el proceso al principio de la causalidad.
Se intenta llegar a la comprensión patológica del cuadro en función de las causas desencadenantes y la estructura de la personalidad premórbida del paciente. Además se buscan las condiciones o características personales,

ambientales y sociales que actuarán como facilitadores u obstaculizantes de la terapia.

-Formulación Etiopatogénica.
-Descripción de la personalidad
-Formulación de Objetivos
-Señalamiento de técnicas

- **Objetivo:**
  Clarificar las metas que se perseguirán con el agresor o agredido y estas a su vez determinarán las técnicas y procedimientos más eficaces.

- **Técnica:**
  Se ejecutará a través del uso de la Entrevista e Historia Clínica Psicológica.

- **Posible Resultado:**
  Realizar un tratamiento psicológico apropiado de acuerdo a las necesidades e individualidades de cada uno de los pacientes.

- **Sesión 5: Registro de pensamientos automáticos**

Es una técnica que nos permite evaluar la existencia o no de pensamientos erróneos en un individuo determinado, es decir, pensamientos que estén propiciando violencia dentro de la familia.

- **Objetivo:**
  Identificar los pensamientos distorsionados del agresor.

- **Técnica:**

  Se solicita al paciente que lleve un registro que contemple los acontecimientos desencadenantes, las ideas irracionales, las consecuencias de las mismas, la discusión y cambio de las ideas irracionales y los pensamientos alternativos y emociones que se pueden adoptar.

- **Posible Resultado:**

  El paciente será consciente de la forma errónea en que piensa y de qué manera afecta su bienestar integral.

- **Sesión 6: Detención del pensamiento**

Es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas, como por ejemplo, los que puedan producir ansiedad o predisponer a realizar conductas violentas.

- **Objetivo:**

  Eliminar en el paciente pensamientos que puedan llevarlo a cometer un acto violento.

- **Técnica:**

  Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos.

- **Posible Resultado:**
  Evitar actos de violencia en el grupo familiar del paciente.

- **Sesión 7: Autoinstrucciones**

Se trata de imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas agresivas que se estén llevando a cabo dentro de la familia.

- **Objetivo:**
  Tratar de detener conductas violentas dentro del entorno familiar.

- **Técnica:**
  Se pedirá al paciente que imagine o verbalice instrucciones hacia sí mismo para controlar e impedir actos violentos.

- **Posible Resultado:**
  Disminuir el porcentaje de actos de violencia en el círculo familiar.

- **Sesión 8: Entrenamiento en relajación.**

Las técnicas de relajación se derivan de las experiencias realizadas con el hipnotismo, en cuyo estado se pueden determinar actos y movimientos sugestivos a nivel de los diferentes aparatos y sistemas del organismo.

- **Objetivo:**
  Disminuir el nivel de tensión que presenta el agresor.

- **Técnica:**

  Se inicia proporcionando al paciente una explicación previa acerca del concepto de relajación.

  Posteriormente se le enseña la forma correcta de respirar. Se debe buscar un sitio adecuado, es decir,cómodo y tranquilo sin minutos en su respiración y se deje llevar por ella. Se le pide que vaya tomando conciencia de su cuerpo mientras respira lenta, profunda y silenciosamente y que deje que cada músculo de los pies, las piernas, los muslos, la espalda, los hombros, el cuello, la cabeza sea atraído por la gravedad y así vaya abandonando a su cuerpo ya perfectamente relajado y deje que su mente se recree con imágenes plácidas tales como el agua, el cielo, la naturaleza.

- **Posible Resultado:**

  El paciente entrará en un estado de tranquilidad y relajación.

- **Sesión 9: Técnica del Niño Herido**

Es una técnica que busca a través de un análisis regresivo detectar las situaciones que resultaron dolorosas para el agresor o víctima de violencia intrafamiliar y puedan estar ocasionando efectos contraproducentes en su salud mental.

- **Objetivo:**

  Concientizar al paciente de los acontecimientos que afectaron su equilibrio emocional y que pueden estar sosteniendo su patología.

- **Técnica:**

Se induce al paciente a una sugestión directa en estado de vigilia en el que se le va dando pautas para que regrese a etapas anteriores y reviva situaciones que marcaron su vida, se le hace consciente de los pensamientos y sentimientos que tuvieron lugar en ese momento y de esta forma analice cómo esto afectó su bienestar psicológico.

- **Posible Resultado:**
  Conocer situaciones dolorosas por las que ha atravesado el paciente y estén ocasionando daño emocional e impidiendo un avance conveniente en el tratamiento.

- **Sesión 10: Entrenamiento asertivo**.

El establecimiento de conductas asertivas permitirá a la víctima o victimario manifestar sus emociones, desacuerdos, decisiones, etc. de manera positiva, sin necesidad de lastimar a las personas de su entorno.

- **Objetivo:**
  Entrenar al paciente para que exprese sus opiniones y puntos de vista de una forma adecuada.

- **Técnica:**
  Se le enseña al paciente nuevas formas conductuales y verbales que señalen la oposición a lo expresado por los demás cuando no se está de acuerdo.

- **Posible Resultado:**
  El paciente podrá superar sus inhibiciones y logrará expresar con libertad sus sentimientos y pensamientos.

- **Sesión 11: Extinción**

  Es una forma de inhibición interna que aparece por falta de refuerzo cuando este cesa en su acción. El término extinción se explica por el debilitamiento de la respuesta cuando el estímulo condicionado se presenta sin refuerzo. Es la suspensión brusca del estímulo que resulta reforzador de una conducta desadaptativa.

  - **Objetivo:**
    Desaparecer la conducta violenta indeseable por medio del retiro inmediato y brusco del estímulo reforzante.

  - **Técnica:**
    Se pedirá al paciente que cuando esté frente a una situación violenta se aleje o retire de ese lugar.
  - **Posible Resultado:**
    Que el acto violento desaparezca paulatinamente hasta su completa erradicación.

- **Sesión 12: Habilidades Sociales**

  Se trata de un conjunto de habilidades necesarias para una correcta interacción con sus familiares y su entorno en general.

  - **Objetivo:**
    Optimizar las relaciones interpersonales del paciente.

  - **Técnica:**

Enseñar al paciente habilidades de conversación, resolución de problemas, ayuda y agradecimiento a los demás.

- **Posible Resultado:**
  Que las relaciones familiares y sociales del paciente sean adecuadas.

Luego de trabajar individualmente con los pacientes es necesario involucrar a la familia ya que es un problema que afecta a todos sus integrantes y el apoyo de la misma repercutirá en un adecuado tratamiento.

- **Sesión 13: Técnica del Rol Fijo**

  - **Objetivo:**
    Generar una forma adecuada de comportamiento en el agresor mediante nuevas alternativas de actuar.

  - **Técnica:**
    El paciente escribe un boceto de cómo se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe “como si fuera tal” y compruebe los nuevos efectos.

  - **Posible Resultado:**
    El paciente observará cómo habitualmente se comporta y se concientizará de la necesidad de cambiar.

- **Sesión 14: Asignación de Tareas**

  El terapeuta puede crear responsabilidades de actuación entre los miembros, sea dentro del consultorio, en cuyo caso estimula diálogos, transacciones, cambio de posiciones, o con tareas y deberes para la casa con el objeto de trasladar algunos aspectos de la terapia a la convivencia diaria.

  - **Objetivo:**
    Alcanzar que los integrantes de la familia se comprometan a mejorar las conductas disfuncionales que estén propiciando el mantenimiento de la violencia.

  - **Técnica:**
    Luego de identificadas las conductas inapropiadas del entorno familiar, asignar a los miembros tareas específicas para suprimir la violencia.

  - **Posible Resultado:**
    Disminuir o erradicar los episodios de violencia en las familias de los pacientes de este centro.

- **Sesión 15: Evaluación de la Psicoterapia**

  La eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos para conseguir la mayor objetividad posible, empleando las siguientes fuentes:

- Criterio del terapeuta
- Criterio del paciente
- Apreciación de los familiares y otras personas
- Utilización de reactivos y registros psicológicos

El terapeuta evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales de aquel, quien a su vez, acoge también subjetivamente lo que considera superación de problemas o disminución de sus síntomas. El criterio de familiares y allegados es mayormente aceptado, aunque existe el riesgo que se evalúe el comportamiento del paciente en los términos que son de su conveniencia y no del interesado.
Los reactivos psicológicos constituyen una alternativa evaluatoria con mejores beneficios por ser instrumentos categorizados y estandarizados.

- **Objetivo:**
  Medir la eficacia de la intervención psicológica que se llevó a cabo con los pacientes.

- **Técnica:**
  Registro de Evolución Psicológica.

- **Posible Resultado:**
  Que el paciente haya disminuido la severidad de su sintomatología y la aplicación de las diferentes técnicas haya sido apropiada.

BIBLIOGRAFÍA

- Vallejo Ruiloba,J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Quinta Edición. Pgs. 631-648, 651-678.
- Burín, M y Méler,I. Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la subjetividad. Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México. Páginas: 31-47
- Forselledo, A.G. y Foster, J. Aproximación al Impacto del Uso de Drogas en la Mujer. IIN-CICAD/OEA, (2003).
- Corsi, J. Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico. Paidós. Buenos Aires, Primera Edición. Páginas 241-262.
- Salinas,T. Violencia Intrafamiliar y Consumo de Drogas, COPRE, Bolivia
- Sanmartín, J. El Laberinto de la Violencia, Causas, tipos y efectos. Ariel, II Edición, 2004, Páginas: 36-44, 80-83, 85-86.
- Ruiz-Jarabo, C y Blanco Prieto, P. La Violencia Contra las Mujeres, Prevención y detección. Primera Edición. Páginas, 17-21
- CONSEP 2008, Formación de Formadores, Consideraciones básicas para el desarrollo de programas preventivos. II Edición, páginas: 16-20, 39-42, 105-144.
- Massson, DSM-IV MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. S.A 1995
- CIE 10 Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

- Álvarez, M. Guía para la Familia con Problemas de Alcoholismo, Droga. Primera Edición.
- Gelder, M. Gath, D. Mayou, R. Psiquiatría. Segunda Edición.
- www.consep.gov.ec
- http://www.cyberlector.com/index.php/articulos/38-actualidad-y-noticias-/77-breve-concepto-de-familia
- http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml
- http://www.mailxmail.com/curso-violencia-intrafamiliar/mitos-relacion-violencia-intrafamiliar-2
- http://www.humanet.com.co/drogadiccion/estadisticas_mundiales.htm

ANEXOS

I TEMA:

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO TERAPEÚTICO "MANO DE DIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE 2010

II PROBLEMATIZACIÓN:

Según Palacios, Jesús, "la familia es el primer núcleo social donde el ser humano interactúa, y mantiene su relevancia en la vida de cada uno, aún cuando ya han formado su propio núcleo o simplemente se han alejado de su entorno". [14] Toda familia está llamada a establecerse sobre la base sólida del amor, comprensión, armonía, respeto y colaboración mutua, la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias depende de la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes.

Así también, para Andolfi, Mauricio, es "el contexto en el cual el ser humano se desarrolla de manera integral, es percibida como el primer escenario donde el individuo se prepara para los diversos desafíos que tendrá que enfrentar durante su vida. La unión familiar debe asegurar a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica, además de prodigar amor, cariño y protección. Es allí donde se transmite la cultura a las nuevas generaciones, se prepara a los hijos(as) para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad y se aprende tempranamente a dialogar, escuchar, conocer y desarrollar los derechos y deberes como persona humana". [15]

---

[14]FAMILIA Y DESARROLLO HUMANO, Palacios, Jesús (2002)
[15]PSICOTERAPIA FAMILIAR UN ENFOQUE INTERRELACIONAL,Mauricio Andolfi (2002)

Sin embargo existen varios factores de riesgo que pueden provocar conflictos dentro de un determinado grupo familiar, entre los cuales tenemos: falta de comunicación, sobreprotección, dificultades económicas, migración, entre otros; creándose así una familia disfuncional, es decir, una familia ineficiente, problemática, que no sustenta, no escucha, critica y manipula, esto puede causar efectos devastadores como la aparición de violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas.

Corsi, Jorge, considera como violencia intrafamiliar "a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar". [16] Se constituye en una violación de los derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países.

Por lo tanto, se refiere a las distintas formas abusivas que caracterizan de modo permanente o cíclico las relaciones familiares; ya sea por una acción o conducta dirigida hacia uno o varios miembros de la familia. Es el uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte.

Para la Organización Mundial de la Salud, las víctimas de violencia y maltrato constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública, puesto que los casos y tasas de víctimas de violencia y maltrato muestran una clara tendencia a crecer sostenidamente desde 1994 hasta el 2005, existiendo un número de 7081 casos registrados por 100000 habitantes en nuestro país. [17]

Estos datos reflejan que este problema aqueja notablemente a nuestra sociedad, lo que es corroborado por ENDEMAIN, que registra que:"de 14.285 mujeres

[16]MALTRATO Y ABUSO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO, Jorge Corsi (2006)
[17]OMS. Tasas por 100000 habitantes, Ecuador (1994-2005)

encuestadas, el 32.5% habían visto o escuchado que sus padres se maltrataban. El 29.5% de mujeres refirieron que habían recibido alguna vez una agresión física o verbal por alguno de sus familiares, el 18.3% de mujeres encuestadas recibieron por lo menos una agresión verbal, el 11.9% habían sido agredidas físicamente, el 9.6% amenazadas, 9.3% golpeadas, y 4% fueron obligadas a tener relaciones sexuales. El 53.8% de hijos y el 46.4% de hijas fueron agredidos por sus padres" lo que es realmente alarmante. [18]

Así mismo, según el Ministerio de Salud Pública en la Provincia de Loja, en el año 2009 se han registrado 956 víctimas de maltrato y violencia, en individuos menores de 1 año (2 casos), 1 a 4 años (17 casos), 5 a 14 años (73 casos), 15 a 35 años (628 casos), 36 a 49 años (158 casos), 50 a 64 años (60 casos) y de 65 y más (18 casos), existiendo 547 víctimas masculinas y 409 víctimas femeninas. [19]

Esta realidad no es ajena a nuestro entorno local, puesto que "según datos de la Comisaria Primera de la Mujer y la Familia de la Ciudad de Loja, durante el año 2008 han existido alrededor de 1648 demandas/denuncias receptadas de casos de violencia intrafamiliar, de las cuales 1380 (83,74%) corresponden a mujeres, mientras 268 (16,26%) han sido presentadas por hombres". [20]

Por lo tanto la violencia en la familia podría constituirse en un factor de riesgo para que un miembro consuma alcohol u otras drogas ya que les permiten "sobrellevar" las agresiones. Su notable incremento ha colocado a la violencia intrafamiliar entre uno de los más preocupantes problemas de salud mental a nivel mundial, ya que provoca en la persona(s) víctima (s) de violencia un sentimiento de menosprecio,

[18]CEPAR, Encuesta demográfica y de salud materna e infantil/ENDEMAIN III. Quito. Efecto gráfico; Capitulo XIII (2000).
[19] MSP/ Dirección de Salud Pública Provincia de Loja/ Trabajo Social (2009)
[20] COMISARIA PRIMERA DE LA MUJER Y LA FAMILIA LOJA, Demandas/Denuncias receptadas (2008)

invalidez e indefensión, así como un grave deterioro en su autoestima, tensiones psicológicas como angustia y depresión, ideación suicida, deserción escolar.

Provoca también desintegración familiar ya que no se desarrollan los roles familiares, causando inestabilidad afectiva, económica y social, el funcionamiento familiar se torna excesivamente permisivo y sin límites o por el contrario extremadamente rígido, exigente e intolerante y finalmente propicia un fácil acceso a interacciones sociales asociadas al consumo abusivo de sustancias psicotrópicas.

Por otra parte, en lo que se refiere al consumo de sustancias psicotrópicas, la Organización Mundial de la Salud (1994), define a las mismas, como "toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones, siendo capaz de generar dependencia, caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y a veces evitar el malestar de su ausencia".

También se define como "droga de abuso a cualquier sustancia administrada por cualquier vía que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción, el funcionamiento cerebral u orgánico". (Kramer y Cameron, 1975)

Se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas; produce modificaciones en la estructura del sistema nervioso central, causando comportamientos característicos de la enfermedad, asimismo, la posibilidad de presentar conductas agresivas, violentas y/o peligrosos debido al bajo control de impulsos y disminución del proceso cognitivo.

Constituyéndose en un grave problema de salud que trae consecuencias a nivel personal, familiar, comunitario y social que le impiden al sujeto desarrollarse y vincularse de forma saludable a la sociedad a la que se pertenece.

El CONSEP en el año 2008 informa que “los resultados de la encuesta del 2008 sobre prevalencia de vida de consumo de drogas, comparados con los observados en la encuesta del 2005, dan a conocer un pequeño incremento en el consumo de inhalables (de 5.2% a 5.7%), y disminuciones en el consumo de las otras drogas: marihuana (de 7.0% a 6.4%), cocaína (de 2.4% a 2.2%), pasta base (de 1.6% a 1.0%), éxtasis (de 2.1% a 1.3%) y drogas vegetales (de 2.1% a 1.8%). Resulta importante la disminución en el consumo de pasta base y éxtasis principalmente.

La prevalencia de vida de consumo de cualquier droga (inhalables, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis) a nivel nacional es del 11.7%, más alta en la Amazonía (15.3%) y Sierra (13.1%), y menor en la Costa (9.2%).

El consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (4.3%), seguido por la cocaína (1.3%) y la pasta base (0.8%). Las demás drogas presentan prevalencia de vida bajas”. [21]

Por tal motivo, aún cuando el consumo de las drogas no es la causa de la violencia intrafamiliar, este podría constituirse en un factor desencadenante o en efecto de la misma, ya que es uno de los principales factores facilitadores de conductas violentas en el agresor, por lo que provoca conflictos personales y sociales entre los miembros de la familia y en la mayoría de los casos la desestructuración de esta.

En tal virtud el presente trabajo investigativo tiene como propósito analizar sobre las diversas causas y posibles consecuencias de las problemáticas planteadas; asimismo pretende concienciar a la comunidad sobre las repercusiones psicológicas que la práctica de estas conductas desadaptativas acarrea;por

[21] www.consep.gov.ec

cuanto nos planteamos indagar: **¿Cómo incide la Violencia Intrafamiliar en el consumo de sustancias psicotrópicas?**.

III JUSTIFICACIÓN:

La sociedad actual está atravesando por un sinnúmero de dificultades que no permiten su adecuado desarrollo social, siendo uno de los mayores obstáculos para esto, el incremento de casos de violencia intrafamiliar y el uso indiscriminado de sustancias psicotrópicas, ya que tales dificultades acarrean un grave deterioro físico, psicológico, emocional y espiritual tanto a las personas que lo padecen como a su entorno familiar y social.

Resulta muy difícil pensar que en una familia, donde el respeto, la consideración y el amor, determinan un espacio en donde los individuos se desarrollan y socializan, se presenten acciones que atenten contra los derechos humanos fundamentales de sus miembros. Problemas desencadenados por el consumo abusivo de alcohol, tabaco y otras drogas podrían estar desvirtuando los principios básicos de la estructura familiar, convirtiendo la convivencia interpersonal en relaciones basadas en la violencia en sus múltiples manifestaciones.

Por lo que, el presente proyecto investigativo busca brindar pautas que permitan a las personas inmersas en esta problemática conocer alternativas sanas y efectivas de relacionarse con los miembros de su entorno familiar, ya que de esta manera lograrán prevenir las graves consecuencias a las que una familia en donde exista la violencia se expone. De la misma forma, nos proporcionará la oportunidad de ejecutar los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación pre-profesional en el campo de la Psicología Clínica, igualmente es un tema que nos permitirá conocer uno de los principales problemas que actualmente afecta a nuestra realidad local, nacional y mundial, además no ha sido previamente

investigado y es posible de llevar a cabo por contar con el espacio disponible, el tiempo y los recursos apropiados para su diseño y realización.

Por tal motivo hemos visto oportuno la búsqueda de espacios de investigación, los cuales estén destinados a buscar que las personas que sean víctimas de cualquier tipo de violencia y estén padeciendo un trastorno adictivo puedan sobrellevar estos problemas y logren una adecuada reinserción a la sociedad a través de la búsqueda del bienestar físico, mental, emocional y espiritual para lo cual pretendemos aportar con nuestros conocimientos y esfuerzos en la erradicación de estas conductas.

IV OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Establecer la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios” a través de la investigación científica psicológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la psicodinamia familiar en los pacientes internos del Centro Terapéutico “Mano de Dios” mediante la entrevista individual y la historia clínica psicológica.

- Conocer la prevalencia de abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas en los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios” mediante el uso de reactivos psicológicos.

- Diseñar un plan de intervención psicológico para tratar las problemáticas presentes en el Centro Terapéutico “Mano de Dios”, encaminado al desarrollo integral de los pacientes.

V ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO:

V.IFAMILIA

V.I.I Antecedentes Históricos y Perspectivas Futuras

V.I.I.I Teorías sobre el origen de la familia

V.I.II Definición

V.I.III Psicodinamia Familiar

V.I.III.I Estructura Familiar

V.I.III.II Ciclo Vital de la Familia

V.I.III.III Modos de ser de la Familia

V.I.IV Relación entre familia y “riesgo” de uso indebido de Alcohol y otras drogas

V.II VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

V.II.I Definición

V.II.II Por qué somos Violentos

V.II.III Violencia de Género

V.II.IV Tipos de Violencia

V.II.IV.I Violencia Física

V.II.IV.II Violencia Psicológica

V.II.IV.III Violencia Sexual

V.II.IV.IV Violencia Económica

V.II.V Modelos de Explicación de la Violencia Intrafamiliar

V.II.VI Teorías Psicológicas al abordaje de la Violencia Intrafamiliar

V.II.VI.I Modelo Conductual

V.II.VI.II Modelo Cognitivo
V.II.VI.III Modelo Psicodinámico
V.II.VII Ciclo de la Violencia intrafamiliar
V.II.VII.I Fase de Tensión
V.II.VII.II Fase de Agresión
V.II.VII.III Fase de Reconciliación
V.II.VIII Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar
V.II.IX Violencia Intrafamiliar y Consumo de Drogas

V.III SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS
V.III.I Definición
V.III.II Tipos
V.III.II.I Opiáceos
V.III.II.II Depresores
V.III.II.III Tranquilizantes
V.III.II.IV Estimulantes
V.III.II.V Alucinógenos
V.III.II.VI Fármacos No Clasificables
V.III.III Fases por las que se pasa del Uso al Abuso y a la Dependencia
V.III.III.I Fase previa o de predisposición
V.III.III.II Fase de conocimiento de la sustancia
V.III.III.III Fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias
V.III.III.IV Fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia
V.III.III.V Fase de abandono o mantenimiento
V.III.III.VI Fase de recaída
V.III.IV Patrones de Consumo
V.III.IV.I Consumidor experimental
V.III.IV.II Consumidor ocasional, social o recreacional

V.III.IV.III Consumidor habitual
V.III.IV.IV Consumidor perjudicial (CIE-10) o Abusador (DSM-IV)
V.III.IV.V Consumidor dependiente
V.III.V Factores de Riesgo y Protección

V MARCO TEÓRICO:

V.I FAMILIA

V.I.I Antecedentes Históricos y Perspectivas Futuras

En el amplio marco del campo interdisciplinario de los Estudios de Género, nuestra perspectiva específica ha sido el estudio de la subjetividad sexuada.

Durante muchos años la subjetividad femenina atrajo nuestra atención, y desarrollamos análisis que incluyeron la impronta subjetiva de las relaciones de poder entre los géneros sexuales, particularmente, las huellas de la subordinación social en el psiquismo de las mujeres.

Recientemente hemos abordado el estudio de la subjetividad masculina desde la misma perspectiva teórica que contempla las relaciones existentes entre la masculinidad y dominación.

A partir de la recusación del paradigma biologista y del cuestionamiento de la vertiente histórica del estructuralismo, considero que la subjetividad se construye en un contexto socio-cultural que puede caracterizarse por su modo de producción, el cual a su vez se articula con dispositivos institucionales, posibles de ser estudiados en su legalidad específica, y con un universo simbólico. En este contexto significativo, las representaciones imaginarias hegemónicas disputan la

producción del sentido a las representaciones alternativas, ya que existen diversos sectores dentro de una cultura compleja (Castoriadis, 1993). La subcultura que precede a cada sujeto propone determinados valores que se traducen en el nivel personal, en el sistema de ideales propuestos para el yo así como en el nivel colectivo dan origen a prescripciones y proscripciones explícitas e implícitas, que constituyen el cuerpo normativo que rige los intercambios sociales.

Dado que la vida psíquica surge y se desarrolla en un trama vincular que preexiste al nacimiento de cada sujeto, la familia es un objeto de estudio privilegiado para su comprensión. Ésta es una tarea de la mayor importancia en un período que, como el actual, se caracteriza por la transformación acelerada de las instituciones y de las subjetividades. La dirección del cambio es objeto de un debate donde se entrecruzan las posturas apocalípticas, propias del fin del milenio, con preocupaciones más concretas acerca de cuál será el camino a seguir en la búsqueda incesante de mejores condiciones de existencia.

La indagación de los estilos familiares de nuestro tiempo no puede desligarse de una formulación, al menos implícita, de proyectos y preferencias. Dos preguntas importantes se refieren a los criterios que sustentan las simpatías o los rechazos por determinados arreglos familiares. ¿Cuál es el bien protegido? Y ¿qué representación elaboramos acerca del bienestar o el malestar de los sujetos?

Nuestras fantasías, utopías o propuestas acerca de la familia se formularán de acuerdo con el estilo de personalidad que valorizamos, la subjetividad que preferimos.

La definición elegida es de por sí ideológica, y particularmente prefiero optar, sobre cualquier referencia ilusoria a estados de felicidad, por privilegiar los

arreglos que favorezcan que cada sujeto desarrollo sus potencialidades creativas en el curso de su existencia.

La estabilidad, el orden y el respeto por las jerarquías, que constituyeron los ideales del Antiguo Régimen europeo, en l contexto de un anhelo creciente de democratización y un desarrollo a veces exacerbado de las individualidades, son reemplazados por la propuesta de extender a la totalidad del cuerpo social la meta del cultivo de sí. Tomo esta expresión de M. Foucault (1986) quien, es su estudio sobre las prácticas y los valores sexuales de la Grecia clásica, relató que éste fue la meta existencial de los valores adultos pertenecientes a los sectores ciudadanos. Hoy en día sigue siendo una propuesta estimulante, siempre y cuando todos podamos aspirar a acceder a ella.

Las preguntas que dirigen esta indagación son: ¿qué está ocurriendo en la familia contemporánea? y ¿cómo deberá evolucionar a fin de favorecer un desarrollo más positivo y menos patógeno para todos sus miembros?

Resulta evidente que la familia actual experimenta tensiones y conflictos tanto en el vínculo de alianza entre mujeres y varones, como en la relación de filiación, entre las generaciones. Si bien nuestro interés se focaliza en la primera dimensión, también es necesario articular el análisis con la segunda.

En el estudio que realizamos acerca de algunas cuestiones relacionadas con la familia y la subjetividad sexuada, que se construye en ese ámbito, no es conveniente ofrecer un discurso totalizador que ordene forzadamente la experiencia al darle una coherencia que sin duda resulta tranquilizadora, pero que tiene el inconveniente de congelar la indagación. Más bien brindaremos elementos que sirvan como herramientas teóricas para sostener interrogantes, facilitando futuras investigaciones.

V.I.I.I Teorías sobre el origen de la familia

Comencemos por pensar que se entiende por familia, pregunta que va unida a la indagación acerca de su origen.

Los antropólogos evolucionistas tendían a pensar en un proceso histórico que, partiendo de la horda indiferenciada, fue instituyendo progresivas regulaciones que dieron lugar a la forma actual de familiarización, características de las llamadas “sociedades avanzadas”, y muchas veces considerada, con un etnocentrismo que ya no se sostiene con convicción, la forma óptima de agrupamiento familiar.

Puede haber debate entre los sectores conservadores –que suponen la existencia de una naturaleza humana, lo que daría sentido a la continuidad de los arreglos que mejor respetarán sus supuestos invariantes- y sectores innovadores –que denuncian los aspectos opresivos de la organización vigente- , pero ambos concuerdan en suponer la existencia de una transformación a lo largo de la historia, evolutiva o involutiva según las opiniones, pero que no sería uniforme, encontrándose hoy algunos pueblos en estadios superados por otros desde largo tiempo atrás. Entre otros pensadores, Freud y Engels coinciden en este aspecto.
Sigmund Freud, en la construcción mítica realizada en su obra Tótem y tabú (1913), imagina, siguiendo a Darwin, una horda primitiva gobernada por un macho despótico. El pacto social habría surgido por un acuerdo realizado entre los hijos varones, quienes luego de matar a su padre para tener acceso a las hembras que aquel monopolizaba, aceptaron renunciar a ellas a fin de evitar la rivalidad fratricida. De ese modo, se instauró la exogamia y con ella el intercambio social y la primera regulación legal consensuada entre los hombres, consistente en la interdicción del incesto.

Freud inicia su estudio basado en datos acerca de los aborígenes australianos, quienes, organizados en clanes totémicos, tienen prohibido comer a su animal tótem que representa el antepasado primordial y, a su vez, no pueden consumar uniones sexuales dentro de su clan sino que deben emparentar con mujeres pertenecientes a otros clanes. Freud relaciona el tabú del incesto con el crimen del padre primitivo, devorado por sus descendientes, y comparte así la hipótesis de Morgan acerca de la existencia del matrimonio por grupos, previo a la monogamia. En este sentido, es evolucionista, pero sus ideas sobre el tabú del incesto se relacionan con el desarrollo de la antropología estructuralista, corriente teórica que, en lugar de suponer un proceso temporal evolutivo, busca leyes invariantes tras las infinitas variantes geográficas e históricas, que permitan descubrir una estructura universal propia del parentesco humano.

Esta postura tiene como representante a Claude Lévi- Strauss (1974), cuya obra a su vez realimentará a la escuela francesa de Psicoanálisis. En el texto freudiano, complejo y multívoco en muchos aspectos, encontramos referencia a una estructura invariante y universal, el complejo de Edipo. El animal totémico es comparado con el animal temido en las zoofobias infantiles, el cual se considera un representante simbólico del padre odiado y amado de forma ambivalente. El complejo de Edipo explica la existencia de dos “imperativos categóricos” universales: evitar el parricidio y evitar el incesto. Para Freud, el tabú del incesto salvaguardaría la cohesión interna del grupo o fratría, mientras que Lévi- Strauss considera que su sentido es evitar la aniquilación entre grupos rivales.

Ambos autores coinciden en relatar la historia y explicar la cultura en clave androcéntrica, sin dejar lugar para la problematización de la reificación de la mujer, que no se constituye en objeto de análisis, ya que la consideran “natural”.
Respecto de Freud (1913, 1921,1930), él explica el origen de la familia en función de la desaparición del período de celo y la instalación biológica de la posibilidad de

apareamiento sexual en cualquier época del año, lo cual determinó que los machos desearan retener junto a sí a la hembra objeto de su deseo, mientras que ella se habría quedado al lado del macho tan sólo por necesitar su protección y por amor a sus crías. En ningún momento aparece la imagen de la hembra humana como un ser con incipiente subjetividad y mucho menos con algún deseo erótico hacia el macho. De acuerdo con la ideología de la época, la mujer es representada ante todo como madre.

Por el hecho de que la mujer suele ser el objeto de deseo del hombre, Freud la asimila a la sexualidad, y confunde la percepción masculina acerca de ella con la subjetividad femenina. A partir de tal supuesto imagina que existe una tendencia estructural en las mujeres a ser hostiles respecto de la sociedad, revelada en que pretenden retener a sus hombres en el interior del núcleo familiar, ya que su menor capacidad para producir e integrarse a la cultura las lleva a rivalizar con los intereses sociales masculinos. Nos encontramos entonces en el curioso cuadro de un hombre que consintió en formar familia debido a sus urgencias sexuales, pero que se distancia de ella a causa de su afán sublimatorio. La criatura femenina, reducida a su dimensión maternal, acepta con renuencia su postergación en aras de obtener amparo para su cría.

Según mi opinión, esta perspectiva freudiana es una extrapolación realizada a partir de una escena conyugal de la Viena de los años 20, extendida de forma abusiva para construir una versión explicativa de la prehistoria de la humanidad.

La clave del relato de Freud pasa claramente a través de la sexualidad, y el lazo familiar se construye a partir de las experiencias eróticas de satisfacción.

El lazo social, así como la producción cultural, se sustentan en la libido homosexual masculina sublimada. Freud no ha considerado a las mujeres como

sujetos sino sólo en su función de objetos del contrato social, y según opina, los hombres, cuando se aman entre sí lo suficiente como para cooperar, están transformando en sociabilidad su deseo homoerótico originario.

Freud imaginaba que los machos de la horda primitiva, excluidos por el macho dominante del acceso a las hembras, debían satisfacer su sexualidad con uniones homosexuales. A esto agregó que tal vez la consumación erótica así obtenida les proporcionó las fuerzas necesarias como para llevar a cabo el parricidio originario.

Este es un comentario interesante, porque evidencia la estrecha asociación que percibe entre ejercicio del poder y satisfacción sexual. El actual acceso al poder por parte de las mujeres se asocia efectivamente, con un mayor acceso al goce erótico. Federico Engels, en su obra El origen de la familia, la producción privada y el Estado (1984,) afirma:

Según la teoría materialista, el móvil esencial y decisivo al cual obedece la humanidad en la historia es la producción y la reproducción de la vida inmediata. A su vez, éstas son de dos clases. Por lado , la producción de los medios de existir, de todo lo que sirve para alimento, vestido, domicilio y de los utensilios que para ello se necesitan y por otro, la producción del hombre mismo, la propagación de la espacie. Las instituciones sociales, bajo las que viven los hombres de una época y de un país dados, están íntimamente enlazadas con esas dos especies de producción, por el grado de desarrollo del trabajo y por el de la familia.

Siguiendo a Morgan, Engels consideró que la sociedad primitiva o las sociedades simples se reducen al parentesco, mientras que en las sociedades complejas, donde se ha constituido el Estado, el parentesco cede su

importancia al orden de la propiedad, donde tienen lugar esos antagonismos y esas luchas de clases que componen hasta hoy toda la historia escrita.

A diferencia de Freud, Engels no naturalizó el estatuto social de las mujeres sino que elaboró una hipótesis economicista acerca de lo que calificaba como su derrota histórica. Según dijo, la división sexual del trabajo, que parece atribuida al orden de la naturaleza, no implicaba jerarquía entre los géneros sexuales en las sociedades simples. Fue con el surgimiento de la agricultura de arado y la ganadería cuando los varones que se dedicaban a estas tareas vieron aumentado su poder económico por la posibilidad de acumular excedentes de producción y disponer de ellos para el intercambio. Utilizando la lógica de las relaciones de clase para entender los vínculos entre géneros, supuso que estos nuevos ricos, una vez comprendido su rol en la reproducción humana, habrían utilizado su poder para instaurar la monogamia y la filiación patrilineal, a fin de asegurarse la legitimidad de la descendencia y poder transmitir los bienes que no alcanzaran a consumir a quienes pudieran considerar extensiones de su ser, o sea sus hijos biológicos.

Al instaurarse la hegemonía de la descendencia patrilineal y la residencia patrilocal, las mujeres vieron reducidos sus derechos y restringida su sexualidad, y de este modo se inició su subordinación secular, que se extendería hasta la monogamia moderna, caracterizada porla dependencia económica de las esposas, recluidas en el hogar y obligadas a una fidelidad pocas veces correspondida.

Si bien se ha criticado el economicismo de esta tesis, que no toma en cuenta el rol diferencial de ambos sexos en la reproducción biológica, tiene el mérito de ser sensible al conflicto y no naturalizar la dominación, cosa que no puede decirse del relato freudiano, con excepción de alguna obra

temprana (Freud, 1908), ya que, como dijimos, este autor consideraba que el lazo social se establecía entre varones, mientras que las mujeres eran el objeto pactado, nunca su sujeto.

Claude Lévi-Strauss, en su artículo "La familia" (1974), refutó el criterio del evolucionismo biológico, recordándonos que la familia monogámica nuclear se encuentra tanto en sociedades del nivel cultural más simple como en la sociedad actual. En este artículo, el autor consideró que existe consenso en que:

[...] la familia, constituida por una unión más o menos duradera y socialmente aprobada de un hombre, una mujer y los hijos de ambos, es un fenómeno universal que se halla presente en todos y cada uno de los tipos de sociedad.

Sin embargo, calificó esta hipótesis de simplista. Recordó la existencia de organizaciones de la alianza y la reproducción tales como la que se encuentra entre los nayar de Kerala o los bororo, que están muy alejadas del modelo de familia nuclear, así como las familias polígamas. Lo único que consideraba verosímil es la constatación acerca de que la familia conyugal y monógama es un tipo de estructura muy frecuente, pero no universal.

Tratando de construir un modelo de la familia, lo consideró basado en las siguientes características:

1) Tiene su origen en el matrimonio.
2) Está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, aunque otros parientes puedan incluirse.
3) Existen entre los miembros de la familia: a) lazos legales; b) derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo; c) una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, a las que se suman aspectos psicológicos.

Todas las sociedades diferencian entre uniones libres y legítimas, y es frecuente el rechazo del celibato. Esto se debe a la división sexual del trabajo, que hace difícil sobrevivir sin pareja, ya que los varones no dominan las habilidades sociales femeninas y las mujeres no tienen permitido aprender las tareas masculinas, ambas indispensables para subsistir.

Lévi-Strauss concibió el matrimonio como una alianza entre familias. A veces se enfatiza la alianza y otras la consanguinidad, pero los lazos se establecen entre linajes. La familia amplia es la forma originaria, y la familia nuclear una restricción que surge de aquélla. Cuando la familia cumple muchas funciones sociales tiende a ampliarse, y cuando pierde funciones tiende a desaparecer incluso por debajo del nivel conyugal. Citó casos en que ni siquiera se respeta la dualidad de sexos, como es el caso de los nuer, pueblo africano donde una mujer de rango elevado puede ejercer la paternidad social de los hijos de otra. En otros casos, la familia no se dedica a la crianza de los hijos propios sino que los intercambia (intercambio o fosterage). Tampoco superpuso la institución familia con la práctica de la sexualidad, ya que en muchas sociedades existen reglas de intercambio sexual extrafamiliar.

En su profundo estudio, este autor descubrió algunos principios universales de la unión matrimonial. Uno de ellos es económico: la división sexual del trabajo.

Éste es un dispositivo universal, cuyo contenido es arbitrario y contingente. Significa que uno de los sexos debe realizar ciertas tareas y tiene prohibido aprender las propias del otro sexo. Consideró entonces que la finalidad de ese dispositivo es establecer la dependencia recíproca entre los sexos.

Otro dispositivo universal es la prohibición del incesto. Los parientes interdictos por el tabú a fines de la unión sexual pueden variar, pero en toda sociedad conocida existe algún tipo de unión no permitida. Al respecto expresó:

[...] exactamente de la misma forma que el principio de la división sexual del trabajo establece una dependencia mutua entre los sexos, obligándoles a perpetuarse y a fundar una familia, la prohibición del incesto establece una mutua dependencia entre familias, obligándolas, con el fin de perpetuarse a sí mismas, a la creación de nuevas familias [...] lo que verdaderamente diferencia el mundo humano del mundo animal es que en la humanidad una familia no podría existir si no existiera la sociedad, es decir una pluralidad de familias dispuestas a reconocer que existen otros lazos además de los consanguíneos y que el proceso natural de descendencia sólo puede llevarse a cabo a través del proceso social de afinidad.

Para explicar estas dos invariantes recurrió a una hipótesis de Tylor, quien consideraba que con el fin de liberarse de la lucha salvaje por la existencia había que elegir entre "casarse fuera de la propia familia o ser matado fuera del grupo".

Las reglas matrimoniales, muy divergentes de cultura en cultura y en apariencia arbitrarias, expresarían la negativa social de admitir la existencia exclusiva de la familia biológica.

Otro principio general que enunció es:

Se deberán interpretar los sistemas de parentesco y las reglas matrimoniales como encarnación de la regla de un tipo de juego muy especial que consiste en que grupos consanguíneos de hombres intercambian mujeres entre sí.

Si bien ensayó una débil referencia respecto cíe que sería igual si el intercambio tomara como objeto a los hombres, no cuestionó seriamente las consecuencias de su afirmación ni la dominación masculina que evidencia. Esta cuestión fue retomada posteriormente por las antropólogas feministas RaynaReiter (1975),Michelle Rosaldo y LouiseLamphere (1974), Karen Sacks (1974) y otras.

Lo que resulta destacable en el pensamiento de Lévi-Strauss es el énfasis en el intercambio, en la articulación necesaria y a la vez antagónica existente entre familia y sociedad, y la transitoriedad de la estructura familiar en función de los cambios en el ciclo vital y las nuevas alianzas. La frase: "'La existencia de la familia es al mismo tiempo la condición y la negación de la sociedad", expresa la versión antropológica de lo que en el nivel subjetivo el psicoanálisis describió como el drama edípico. El infante humano se debate entre su apego a los objetos de amor primarios y el imperativo de desplazar su aspiración amorosa hacia sujetos pertenecientes a otras familias, o sea realizar una elección exogámica.

Maurice Godelier (1990), un antropólogo marxista, cuestionó algunos supuestos en los que Lévi-Strauss basaba sus hipótesis. En primer término, discutió la construcción de ese autor consistente en sostener que en tiempos previos a la historia, los humanos vivían agrupados en familias. Se inclinó a considerar que lo más probable es que existieran hordas o bandas constituidas por hombres y mujeres, que controlaban un determinado territorio.

También discutió la idea de que la solidaridad humana haya surgido a partir del miedo y el odio, relacionando esta postura con una tradición filosófica que se inicia en Hobbes y en Rousseau, que considera que la sociedad humana surgió de un contrato entre individuos, el cual se fundó en una renuncia. Como vimos, Freud se inscribió en la misma corriente de pensamiento.

Según Godelier, existió una intervención humana deliberada en las regulaciones de las uniones sexuales, lo cual influyó en la organización ulterior de la sociedad. La pérdida del período de estro en la hembra humana y la inmadurez inicial de las crías, vinculadas al parecer a la encefalización pronunciada de la especie, cambiaron las condiciones de existencia al ampliar el campo de la sexualidad humana. Aumentaron tanto las relaciones ocasionales como los apareamientos duraderos. Al respecto dice Godelier:

Al intensificar las tensiones y competencias entre los hombres, la ampliación del campo de la sexualidad produjo al mismo tiempo una intensificación de las formas de competición y de jerarquía sociales.

La instauración del tabú del incesto respondería a la necesidad de lograr que la sexualidad no interviniera de forma disruptiva respecto de las jerarquías basadas en las diferencias sexuales y etarias, a fin de garantizar la reproducción de la sociedad.

El parentesco es, desde esta perspectiva, una consecuencia de la prohibición del incesto, ya que es necesario registrar los vínculos filiatorios y consanguíneos, para identificar las uniones permitidas y diferenciarlas de las prohibidas. Estas relaciones, específicamente humanas, se convierten en soporte de obligaciones o derechos, y determinan la identidad social de los individuos.

Un aspecto particularmente interesante para nuestro propósito es el cuestionamiento que realizó Godelier acerca de la naturalización existente en la teoría de Lévi-Strauss respecto del dominio masculino. Sin discutir los datos que indican que los hombres han dominado de diversos modos las sociedades humanas, Godelier expresó:

Criticamos [...] su concepción de la subordinación social de las mujeres como un hecho inscrito en última instancia en nuestra naturaleza biológica, un hecho que no puede transformarse en el curso de la evolución social del hombre.

La división sexual del trabajo, creada en principio en función de la mejor supervivencia del grupo, generó diversas formas de opresión y explotación de mujeres y jóvenes por parte de los hombres adultos, situación que de ningún modo es estructural ni invariante. Godelier es, en este aspecto, un teórico afín al pensamiento feminista.

Más allá de cualquier compromiso ideológico, el cambio actual en el rol social de las mujeres hace necesario considerar algún desarrollo teórico que tome como objeto la cuestión de la subordinación femenina y que no acepte la naturalización androcéntrica, propia de los discursos del psicoanálisis y del estructuralismo.
Pese a criticarlos, el pensamiento feminista abreva en estas fuentes, sólo que las reinterpreta de forma crítica.

Un aporte representativo para este fin es la contribución de Gayle Rubín, en su artículo "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo" (1975).
Esta autora consideró que los textos de Freud y de Lévi-Strauss nos brindan un relato acerca del proceso social de "domesticación" de las mujeres, aunque ésa no fue la intención de los autores.
Definió así lo que denomina sistema sexo-género:

Los arreglos mediante los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto do la actividad humana, y en la cual esa sexualidad así transformada es satisfecha.

Según dijo Rubin, en contraposición a la visión economicista del marxismo, el psicoanálisis y el estructuralismo reconocen el lugar social de la sexualidad, así

como las profundas diferencias de la experiencia social de varones y mujeres.La primera teoría ha servido para demostrar la forma específica en que la acumulación de capital se beneficia con el trabajo no remunerado de las mujeres, pero no es válida para explicar el origen de la subordinación femenina. Destacó, sin embargo, la importancia que otorgaba Engels a las relaciones de sexualidad, diferenciándolas de las relaciones de producción y vinculándolas a la reproducción de la vida humana.

Rubin consideró que la sexualidad tal como la conocemos, incluidos la identidad de género, el deseo sexual, la fantasía, los conceptos de infancia, etcétera, es una construcción social. La denominación sistema sexo-género tiene como ventaja su carácter neutro, ya que no está forzosamente asociada a la dominación masculina.

El término patriarcado se reserva para referirse a las sociedades dominadas por patriarcas, tales como las tribus hebreas, pero no se hace extensivo a todas las sociedades de dominio masculino, como las basadas en rituales de iniciación masculina y segregación sexual. La denominación modo de reproducción ha sido elaborada extrapolando el concepto marxista de modo de producción. Rubin destacó que la esfera pública, considerada esencialmente productiva, contiene sus propios modos de reproducción y, a la vez, en la esfera privada definida como reproductiva, se producen sujetos. Por estos motivos prefirió acuñar la categoría de "sistema sexo-género", que tiene la ventaja de no incluir la subordinación femenina como característica estructural, por lo que permite pensar en una modalidad organizativa de los géneros que no implique jerarquía. Esta afirmación resulta algo confusa debido a la suposición de la autora acerca de que en un futuro no existirán los géneros sexuales como categoría social.

Los sistemas de parentesco se fundamentan sobre formas concretas de sexualidad socialmente organizada y a la vez las reproducen. Por ello los consideró formas empíricamente observables de los sistemas sexo-género.
Opinó, al igual que otros autores:

En las sociedades preestatales, el parentesco es el lenguaje de la interacción social, organizando la actividad económica, política y ceremonial, así como el intercambio sexual.

Para muchos antropólogos, éste es el desarrollo que caracteriza al proceso de humanización.

Analizó la reelaboración de Lévi-Strauss acerca de la teoría del don o regalo de Marcel Mauss. Según Mauss (citado por Lévi-Strauss), el intercambio de dones crea y sostiene el lazo social y organiza la comunidad preestatal. Lévi-Strauss consideraba que el don más precioso pasible de ser intercambiado es la mujer.

Quienes las intercambian devienen parientes. Son los hombres quienes se benefician con las alianzas y la acumulación de poder derivada de estos intercambios matrimoniales. Para G. Rubin, el concepto de intercambio de mujeres resulta atractivo, porque ubica la opresión en los sistemas sociales en lugar de referirla a la biología. Consideró que el tráfico de mujeres existe hoy en día, y que si bien los hombres son también intercambiados en las relaciones de poder, no lo son en su condición de hombres sino de subordinados.

Para esta autora, la cultura es, por definición, inventiva, y por lo tanto es posible pensar hoy bases alternativas para el intercambio social en lugar del tráfico de mujeres. Sugirió estudiar las bases económicas de los vínculos sexuales, así como la construcción de la subjetividad sexuada, que se basaría en la represión de determinados aspectos del self, vinculados a las similitudes entre los sexos.

También se refirió a que un aspecto no explícito del tabú del incesto es el tabú respecto de la homosexualidad, a fin de favorecer la alianza. Por lo tanto, el mismo sistema que oprime a las mujeres y exige a los hombres, discrimina a los homosexuales. Esto no excluye prácticas homosexuales rituales, como las empleadas para masculinizar a los novicios, o prácticas de cambio de sexo, pero siempre sobre la base de la construcción social de sólo dos géneros y su unión ritual.

En cuanto a la sexualidad femenina, estos arreglos favorecen el cultivo de un estilo que responde al deseo de los otros, más que un deseo personal activo. La asimetría de género 'la diferencia entre intercambiador e intercambiado) implica la constricción de la sexualidad femenina.

Según. Rubin, el psicoanálisis describe el residuo dejado en los individuos por su particular vínculo con las regulaciones de la sexualidad en las sociedades en las que nacieron. El psicoanálisis norteamericano, cuya base epistemológica es biologista, considera que el desarrollo evolutivo está pautado por una serie de etapas que el individuo debe atravesar. Esta corriente ha entrado en confrontación con los aspectos radicales del pensamiento feminista, por su carácter políticamente conservador:

El psicoanálisis ha devenido frecuentemente, más que en una teoría acerca de los mecanismos de reproducción de los arreglos sexuales, en uno de esos mecanismos. Sin embargo, provee un cuerpo teórico que describe cómo los sexos han sido divididos y deformados y cómo los infantes bisexuales y andróginos se transforman en varones y niñas. En ese sentido, el psicoanálisis es una teoría feminista manqué.

G. Rubín equipara el apego infantil respecto de la madre durante el período preedípico a una posición homosexual en la niña, a la que denominó "la lesbiana preedípica". Este tipo de interpretación no coincide con los desarrollos de N. Chodorow (1984) y E. Dio Bleichmar (1985), quienes consideraron, partiendo de los estudios de R. Stoller, que existe una identidad de género temprana, diferenciable lógicamente de la dirección del deseo erótico. La envidia fálica tiene un carácter genitalizado y lésbico para Rubín, mientras que el discurso freudiano sólo destaca su aspecto narcisista. Si para Freud la niñita es una especie de varoncito asexuado, para Rubín es un varón en posición fálica que desea a su madre. Entre las discípulas de Freud, fue Jeanne Lampl de Groot (1927) la psicoanalista a quien el creador del Psicoanálisis debe la conceptualización acerca del lazo preedípico de la niña con respecto a su madre. Ella relacionó la envidia fálica con el deseo de unión sexual con la madre y la comprensión de su imposibilidad debido a la similitud anatómica. El relato freudiano es mucho menos específico y adultomórfico en este aspecto, y enfatiza los elementos narcisistas de la envidia fálica femenina (Freud, 1931 y 1933).

Si seguimos a Rubín, pareciera que la única forma de rescatar las tendencias activas femeninas es no reprimir la corriente psíquica homosexual. De acuerdo con Freud, los deseos dirigidos a personas del mismo sexo estarían presentes en todos los sujetos, pero en la mayor parte de los casos quedarían reprimidos debido a la hegemonía de los deseos heterosexuales, correspondientes al complejo de Edipo positivo. En un trabajo anterior (Meler, 1987) desarrollé la posible compatibilidad de la retención de actividad femenina con el deseo heterosexual. La actitud pasiva de las mujeres en el amor y el erotismo va quedando como un recuerdo del pasado, ya que correspondió a un período histórico durante el cual esa modalidad de conducta expresaba el estatuto femenino de objeto de deseo, quedando impedida la asunción de la subjetividad deseante para las mujeres. En la actualidad, consideramos saludable la

posibilidad de un inter-juego flexible entre los deseos ligados al dominio y las tendencias a depender y abandonarse a la actividad del otro. Y ese "otro" no es forzosamente la madre o las figuras que la representen sino que puede ser, como ocurre en la mayoría de los casos, un hombre.

Rubín analizó la versión lacaniana del conflicto y de la estructura edípica, que desprende el relato de toda referencia realista ingenua. Según esta postura, la castración no es una falta real sino simbólica: es un significado atribuido a los genitales femeninos. Eso nos lleva a reconocer que aún vivimos en una cultura fálica. El falo está donde no están las mujeres; es la encarnación del status masculino al que acceden los hombres, y que implica ciertos derechos, entre ellos, el de tener una mujer. Es entonces una expresión de la dominación masculina, y deja profundas huellas en la subjetividad sexuada, entre ellas, la envidia del pene en las mujeres. La autora describió lo que consideraba el penoso camino hacia la feminidad, signado por la renuncia a la madre, la autodevaluacíón y la pasivización. Según dijo, la feminización de la niña implica violencia y deja un saldo de resentimiento. Es la preparación para vivir en la opresión. La autora consideró que la teoría freudiana ofrece una descripción acerca de cómo la cultura fálica domestica a las mujeres. En este sentido es correcta, pero es necesario rechazar su carácter normalizador y prescriptivo, ya que convalida ese estado de cosas. Utilizada de forma crítica, proporciona una adecuada herramienta para entender y modificar e! "sistema sexo-género".

A fin de transformar la situación en la que transcurre la socialización primaria de los niños, modificando así las condiciones en las que se desarrolla el conflicto edípico, propuso compartir la crianza entre padre y madre, de modo que los objetos de amor primarios pertenezcan a ambos sexos. El desmantelamiento de la compulsión cultural hacia la heterosexualidad haría innecesaria la represión de los amores tempranos

y la sobrevaluación del pene. Si no hubiera intercambio de mujeres ni géneros, el drama edípico sería una reliquia. En suma, es necesario modificar el sistema de parentesco. Éste, por otra parte, ha ido perdiendo funciones, quedando reducido a la de construir el género.

Características descritas como femeninas, tales como masoquismo, narcisismo y pasividad, le parecieron indicadores del daño psíquico producido en las mujeres por el proceso defeminización; por ello lamentó que los psicoanalistas no hayan denunciado el carácter patógeno cíe lo que tan bien describían. Propuso la eliminación de los roles sexuales obligatorios, una sociedad andrógina y agenérica (aunque no asexuada), en la cual la anatomía sexual resulte irrelevante para lo que uno es, lo que hace y con quien uno hace el amor.

Planteó la necesidad de estudiar las formas específicas como se produce el intercambio de mujeres en cada cultura, su relación con la acumulación de riquezas y el poder político, y cómo se relacionan estas circunstancias con el estatuto relativo de las mujeres. Consideró necesario un análisis que articule la sexualidad con la economía y con la política.[22]

V.I.II Definición

La Familia, tradicionalmente hablando, tiene su origen en la unión de dos seres, hombre y mujer, que logran tomar decisiones consensuadas con respecto a las metas que desean lograr, de manera que tengan, un proyecto de vida en común.

[22] GÉNERO Y FAMILIA, Mabel Burin, Irene Meler, Paidós, Páginas: 31-47

La familia es el primer núcleo social donde el ser humano interactúa, y mantiene su relevancia en la vida de cada uno, aún cuando ya han formado su propio núcleo o simplemente se han alejado de su entorno. Cada familia debe, como estructura, tener un líder, aquel que guíe al grupo a la persecución de sus metas y de uno o varios individuos sometidos a esa autoridad.

La Palabra Familia, proviene del latín ***FAMES***, que significa *Hombre* (el líder) y de la voz **FAMULUS**, que significa *Siervos* (sometidos). Es pues la familia, una institución flexible, con una estructura determinada, funciones que deben desarrollar y metas que deben alcanzar.

Toda familia está llamada a establecerse sobre la base sólida del amor, comprensión, armonía, respeto y colaboración mutua. Una familia cuyos miembros incumplan estos fundamentos, se les consideran desleales y por lo tanto un mal elemento para la comunidad que los rodea.[23]

V.I.III Psicodinamia Familiar

V.I.III.I Estructura Familiar

Tradicional

-Familia Nuclear:conformada por dos generaciones padres e hijos. Unidos por lazos de consaguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto intimidad e identificación. Es dinámica en su composición y evoluciona con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socioculturales que la determinan.

-Famita extensa o conjunta:está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendentes y/o colaterales: recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

[23] http://www.cyberlector.com/index.php/articulos/38-actualidad-y-noticias-/77-breve-concepto-de-familia

-Familia ampliada:modalidad derivada de la anterior en tanto que permite la presencia de miembros no consanguíneos convivientes afines, tales como vecinos, colegas, compadres entre otros. Comparten vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva.

De nuevo tipo

-Familia simultánea:está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres siendo mayor el número de hijos que en las formas nuclear o monoparental.

-Familia padrastral o madrastral:dependiendo de si es el hombre o la mujer quien entra a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja.

-Familia con un solo progenitor o monoparental: ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro, etc) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven la relación de pareja que esto supone.

- Familias homosexuales:se registra como una tendencia universal la emergencia y reconocimiento de esta organización familiar que supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo. Los hijos llegan por intercambios sexuales de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y/o procreación asistida. Independiente de la posición ética o moralista frente a esta modalidad familiar es un hecho que supone el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y asignación de responsabilidades entre sus miembros.

V.I.III.II Ciclo Vital de la Familia

Podemos observar que dentro de la familia nuclear se presentan diversas etapas como el ciclo de cualquier organismo vivo, dentro de este ciclo podemos encontrar seis etapas, que son:

- **Desprendimiento:** Constitución de la pareja, comúnmente llamado como noviazgo, en el cual se da el desprendimiento de ambos miembros con respecto a la familia de origen. Esta es una etapa clave para el conocimiento de los miembros, acepciones que remarcan el matrimonio y el paso del mismo.

- **Encuentro:** Se formaliza la relación y llega el matrimonio para la formación de una familia. El matrimonio es una institución de carácter público e interés social, por medio de la cual un hombre y una mujer voluntariamente deciden compartir un estado de vida para la búsqueda de su realización personal y la fundación de una familia".

- **Llegada de los hijos:** La llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional, en esta etapa la planificación familiar juega un papel fundamental, cada pareja debe ser responsable y saber cuántos hijos realmente podrían entrar en su núcleo familiar.

- **Adolescencia de los hijos:** Época de crisis y cambios, de experimentación y de definición para los hijos tanto como los padres. Combinación de factores emocionales.

- **Reencuentro:** Enfrentamiento de la pareja respecto a que la biología decrece, aceptación de la madurez, apoyo mutuo entre la pareja.

- **Vejez:** Aceptación de la vejez, adaptación de los retos debido a la edad. Experimentar una relación diferente a la de padre con los nietos.

V.I.III.III Modos de ser de la Familia

Como ya hemos visto hay diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familia a continuación veremos algunas de sus características más importantes.

- **Familia Rígida**: Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

- **Familia Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

- **La Familia Centrada en los Hijos** : Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

- **La familia Permisiva**: En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo

de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

- **La Familia Inestable**: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

- **La familia Estable**: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia. [24]

V.I.IV Relación entre familia y "riesgo" de uso indebido de Alcohol y otras drogas

Es necesario señalar que "riesgo" es la probabilidad de que un determinado fenómeno indeseable, le ocurra a un individuo o grupo de individuos en él futuro. Los "factores de riesgo" son los eventos de cualquier naturaleza que aumentan esa probabilidad y, pueden ser darse a nivel personal, familiar y social. (Forselledo 1995)

[24] http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml

Los factores de riesgo familiares, que se vinculan directamente con el uso indebido de alcohol y otras drogas, son:

- desintegración familiar; cuando no se desarrollan los roles familiares o se sustituyen forzadamente.
- inestabilidad afectiva, económica y social.
- funcionamiento familiar excesivamente rígido, exigente, intolerante o -por el contrario - extremadamente permisivo y sin límites.
- modelo adictivo familiar.

El modelo adictivo familiar, consiste en un conjunto de conductas de consumo que no se refiere exclusivamente a las drogas ilegales. Por el contrario, toma en cuenta las drogas legales como el alcohol, el tabaco y medicamentos en general. La costumbre familiar es de estar siempre tomando "cosas", o "adherida", "pegada" a situaciones tales como la televisión o el trabajo.

El (la) niño(a) que crece en una familia donde el modelo es ingerir las más diversas sustancias para resolver diferentes problemas y así calmar las ansiedades, corre el riesgo de tomar el modelo como suyo y repetir lo que vio, vivió y aprendió en su casa.

Todos estos factores de riesgo, se presentan principalmente en "familias disfuncionales". Por tanto este tipo de familias representan un riesgo potencial para que uno de sus miembros se convierta en consumidor abusivo de alcohol o de otras drogas.[25]

---

[25]"APROXIMACIÓN AL IMPACTO DEL USO DE DROGAS EN LA MUJER"; IIN-CICAD/OEA, Forselledo, A.G. y Foster, J. (2003).

V.II VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

V.II.I Definición

Corsi, Jorge, considera como violencia intrafamiliar “a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes del núcleo familiar”. 3 Se constituye en una violación de los derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países.

V.II.II Por qué somos Violentos

Llegados a este punto, podemos extraer algunas conclusiones. En primer lugar, podemos ser violentos, como se acaba de decir, porque el complejo sistema presidido por la amígdala, en interconexión con la corteza prefrontal, sufre alguna perturbación cíe origen biológico. Por ejemplo, es posible nacer con un gen mutado para la serotonina de modo que este neurotransmisor sea incapaz de inducir los cambios comportamentales normales. Pero, como ya he dicho, la violencia es en la mayoría de los casos —hay quien habla de un 80 % o más— resultado de que factores aprendidos, culturales en el sentido amplio del término, alteren el equilibrio natural de la agresividad. Ese aprendizaje tiene lugar a lo largo dela historia personal del individuo y estará condicionado por múltiples factores. Algunos tendrán que ver con características individuales; otros, con la familia en la que el individuo en cuestión se inserta; otros, con diferentes estructuras sociales (organizadas unas, como la escuela o el lugar de trabajo; desorganizadas otras, como el vecindario o el grupo de compañeros) por las que transcurre la vida de dicho individuo y, finalmente, habrá factores relacionados con los prejuicios, las preconcepciones, las ideologías, los

principios, los valores, etc., que configuran la forma que se tiene de ver el mundo (la cosmovisión) en un momento dado.

FACTORES INDIVIDUALES

El maltrato infantil

Quienes investigamos sobre la violencia sustentamos frecuentemente hipótesis que se consideran muy probables. Una de ellas es que buena parte de los adultos violentos han sufrido maltrato infantil o, al menos, han aprendido de otros —habitualmente de sus padres— el uso de la violencia para alcanzar determinados objetivos.

Toda forma de maltrato infantil tiene secuelas de tipo psicológico y algunas modalidades de maltrato, como el emocional, son puramente psicológicas. Por maltrato emocional entiendo aquí el empleo de amenazas, gritos o expresiones tendentes a atemorizar, minusvalorar, etc., a la víctima.

Tradicionalmente se ha pensado que los efectos emocionales negativos del maltrato podrían ser una de las causas de la violencia e, incluso, de la violencia en su forma extrema. A este respecto cabe destacar que, tras cada asesino en serie entrevistado por Ressler (1992), había una historia de maltrato infantil. A menudo una madre autoritaria era el origen del problema. Una madre paradigmática a este respecto fue la de Edmund Emil Kemper III, el asesino tristemente famoso, de dos metros cinco centímetros de estatura y 130 kilogramos de peso, al que ya me he referido antes. Según su madre, persona muy respetada en la Universidad de Santa Cruz en California, en cuya Administración trabajaba, Ed asustaba por su estatura y corpulencia a sus hermanas y amigas. Por ello, con sólo diez años de edad, lo encerró durante ocho meses en el sótano de su casa, acusándole

además de ser el responsable de tocias las desgracias cíe su vida, entre otras cosas de su reciente divorcio.

Kemper inició en 1969 una horrible carrera de muerte, mutilación y canibalismo que concluyó en la madrugada del Sábado Santo de 1973. Ese día destrozó a martillazos la cabeza de su madre, mientras dormía, y la decapitó. Al parecer, llegó a utilizar esta cabeza como diana para lanzar dardos.

La hipótesis de Ressler es que el maltrato emocional que sufre Kemper le lleva a refugiarse en unas fantasías de duro contenido pornográfico y violento. Lo hace a esa edad en que, precisamente, los niños normales comienzan a desarrollar las capacidades sociales precursoras de las sexuales. Esas fantasías aberrantes son «sustitutos de relaciones humanas adecuadas, y a medida que se vuelve más dependiente de ellas, el adolescente pierde contacto con los valores sociales aceptados» (Ressler, 1992).

En mi opinión, tras una conducta tan destructiva como la de un asesino en serie, y Kemper figura entre los maestros de este tipo de criminales, hay siempre algo más que meras consecuencias psicológicas de un maltrato infantil que puedan abordarse con medidas psicoterapéuticas eficaces (Sanmartín, 2002). Ciertamente, hoy empezamos a saber que el maltrato infantil puede llevar aparejadas alteraciones en el desarrollo básico de la anatomía y la fisiología cerebral. Y no me refiero sólo al maltrato físico, aunque sea el que voy a abordar seguidamente.

Hay padres u otras personas que agitan fuertemente al niño para hacerlo callar, para castigarlo, etc. El niño zarandeado puede sufrir lesiones cerebrales importantes. El zarandeo puede, por ejemplo, romper las conexiones entre el sistema límbico y la corteza prefrontal, más exactamente las que median entre la

amígdala y algunas áreas de la corteza prefrontal, como la orbitofrontal o la ventrornedial. Los golpes reiterados en la cabeza del niño pueden causar esa misma ruptura cuya consecuencia principal es que el circuito de la agresividad queda fuera del control que la corteza prefrontal ejerce de forma consciente sobre él. Las emociones se escapan, así, a la regulación que impone la razón. Y, en circunstancias en que la amígdala no basta para mantener el equilibrio entre los mecanismos innatos que elicitan la agresividad y aquellos otros, asimismo innatos, que la controlan, el comportamiento del individuo quizá se vuelva muy dañino y destructivo (Pincus, 2001; Perry, 1996; Perry y Pollard, 1998).

Pero no sólo el zarandeo o los golpes en la cabeza pueden dañar el cerebro de un niño de forma, en ocasiones, irreparable. También lo hace el maltrato emocional y, en general, todo tipo de maltrato, cuya consecuencia primera, biológicamente hablando, sea el incremento del cortisol en sangre.

En efecto, como antes he indicado, el hipotálamo, a través de la hipófisis, hace llegar a la corteza suprarrenal las órdenes pertinentes para que se segregue el cortisol, hormona que incrementará el estado de tensión del organismo ante determinadas circunstancias. El cortisol, volcado en el torrente sanguíneo, alcanza al hipocampo, entre otras estructuras. Cuando esto sucede, el hipocampo envía señales al hipotálamo para que cese en sus órdenes de secreción de esta hormona. Hay circunstancias en las que la amígdala sigue con tal fuerza ordenando al hipotálamo proseguir la secreción de cortisol que éste desoye las señales que le remite el hipocampo en sentido contrario. El sufrir maltrato genera circunstancias de ese tipo. Y lo bien cierto es que la presencia excesiva del cortisol en sangre puede acabar dañando el hipocampo, uno de los pocos lugares donde hay neurogénesis y que juega un papel decisivo en el despliegue de la agresividad (Teicher, 2000).

En efecto, el hipocampo es el encargado de integrar en un contexto los diversos estímulos sensoriales que han desencadenado una conducía agresiva. Eso es lo que hará que, si vuelvo a pisar la calle en la que creí ver la sombra amenazadora de la que he hablado antes, sea muy probable que vuelva a tener miedo y que se desencadene inconscientemente el conjunto de respuestas motoras, neurotransmisoras, etc., que entonces experimenté, auncuando ahora esté ausente la sombra. Pisar la calle en que me sucedió tocio aquello (el contexto, pues, en el que ocurrieron ciertos estímulos y se desencadenaron determinadas reacciones por mi parte) ha sido suficiente para que el despliegue agresivo se realice de nuevo. Por eso mismo, un ser humano con lesiones en el hipocampo puede dejar de sentir miedo en contextos de riesgo, con las consecuencias nefastas a que ello puede ciar lugar.

Las sustancias tóxicas

El abuso de alcohol y de drogas correlaciona de forma muy significativa con la violencia. Por ejemplo, el alcohol está presente en más del 50 % de los casos cíe violencia contra la mujer en el mundo (Informe internacional 2003: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja:

El poder de la imagen

La historia personal cíe un individuo no está afectada únicamente porsus vivencias de niño o adolescente en relación con el consumo de sustancias tóxicas o el padecimiento de maltrato. El niño (evitaré repetir en lo sucesivo la coletilla «y el adolescente») aprende tanto de lo que experimenta en sí mismo como de lo que observa en otros, sean éstos personas de carne y hueso o personajes de las pantallas de cine, televisión, internet o videojuegos. Este tipo de aprendizaje se llama «modelado simbólico» (Bandura, 1973).

A través del modelado simbólico algunos niños aprenden a comportarse violentamente. No quiero decir que su violencia sea fruto directo de lo que ven en las pantallas. Lo que quiero aseverar es algo distinto, a saber: se trata de niños que, por lo común, viven ya en un entorno violento o que tienen una propensión hacia la violencia, y que aprenden de las pantallas cómo dar forma a su comportamiento (Sanmartín, 2000). No debería olvidarse, además, que hay niños que en un momento crucial de sus vidas (en particular, cuando descubren su sexualidad) se refugian por diferentes motivos en fantasías aberrantes. Esos niños escarban en la basura de las pantallas para dar forma a sus ensueños pornográficos y violentos, e imitan a sus oscuros héroes o heroínas (Ressler, 1992). No son muchos; pero, su comportamiento nos sobresalta cada cierto tiempo, sobre todo por lo brutal, gratuito y espectacular que nos resulta.

La socialización

Sería, pues, incurrir en un reduccionismo imperdonable poner en relación de causa-efecto la violencia de las pantallas y la violencia real de los niños. Las pantallas tienen su parte de responsabilidad en este asunto, pero no toda. Las pantallas educan nial en demasiadas ocasiones, pero no son las responsables únicas de la mala educación o socialización de los niños. No es legítimo exonerar de esta responsabilidad a padres, maestros y otros transmisores de los principios y valores de la cultura dominante, junto a las preconcepciones y prejuicios que puedan impregnarla.

En este sentido es de destacar que existe cierto tipo de agresores en nuestra sociedad cuyo comportamiento sólo es explicable a partir de la cultura en la que han sido socializados. Se trata de los agresores de mujeres y, más en concreto, de los agresores de mujeres en el marco de las relaciones cíe pareja. Es decir, de los llamados «agresores domésticos».

Se ha ofrecido reiteradas veces y desde distintos sectores del saber una caracterización del agresor doméstico como un tipo que padece una fuerte psicopatología en forma de celotipia. Suele añadirse que en él los celos patológicos van acompañados habitualmente de consumo abusivo de sustancias tóxicas y, principalmente, de alcohol. El alcohol los desinhibe y dan rienda suelta a sus celos. Las acciones de los agresores domésticos pueden ir, entonces, desde obligar a su compañera a vestir de una manera determinada hasta matarla. Este tipo de muertes es lo que algunos llaman «crímenes pasionales», lo que me desagrada profundamente, porque la pasión es otra cosa y porque estos individuos no matan guiados por ella, sino por afán de posesión. Más que crímenes pasionales son crímenes posesionales.

Como ya he dicho, las sustancias tóxicas alteran nuestro equilibrio transmisor, lo que puede acarrear malas consecuencias. Y, como también he comentado anteriormente, ese desequilibrio puede traducirse en conductas violentas a la mínima ocasión. Lo que sucede es que, en el agresor doméstico dado a la bebida, esa mínima ocasión está habitualmente propiciada por prejuicios de su socialización y, en concreto, por prejuicios de tipo sexista.

No todo hombre que bebe pega a su compañera o la maltrata de alguna otra forma. Su violencia (si se produce) quizá se dirija hacia otros objetivos. El que maltrata a su compañera lo hace porque tiene «algo» contra ella y ese «algo» suele ser fruto cié su propia socialización. La bebida libera de sus cadenas (normalmente, débiles) a ese «algo» que vive enraizado profundamente en el inconsciente del agresor y que no es otra cosa que una concepción de la mujer como un ser inferior al hombre. Esa concepción va acompañada por unos estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad y por una firme creencia en el

valor de la disciplina y del castigo. En el marco de esa socialización sexista, la mujer debe seguir y respetar al hombre, obedeciendo sin rechistar sus órdenes.

FACTORES SOCIALES

Hasta aquí hemos examinado algunos factores pertenecientes a la historia personal del individuo que pueden alterar el equilibrio en que el despliegue y el repliegue de la agresividad se encuentran naturalmente.

Ese mismo efecto pueden tenerlo determinados factores sociales, no individuales, que tienen que ver con la familia, las estructuras sociales organizadas (la escuela, el lugar de trabajo, las organizaciones juveniles, las instituciones jurídicas, etc.) o desorganizadas (el vecindario, el grupo de amigos, etc.) y, finalmente, con la cultura que las impregna.

En primer lugar, es de destacar que, si malo es tener una educación sexista, tan malo o peor parece no tener una formación suficiente. En un reciente estudio realizado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (W.AA., 2002) sobre todos los casos de maltrato infantil registrados por los Servicios Sociales de España, se encontró que nueve de cada diez agresores de niños tiene sólo estudios primarios o no tienen ningún estudio. Interpreto la relevancia de este hecho en el sentido siguiente: tener estudios no es importante porque la erudición lo sea, sino porque forman en el autocontrol y permiten el desarrollo de habilidades sociales para la interacción con los demás. Y eso es precisamente lo que echamos en falta entre las personas que maltratan a sus hijos: suelen carecer de la capacidad para controlar el estrés que, normalmente, surge en el marco de las relaciones paterno-filiales.

Pero, en el mencionado estudio, se han obtenido otros ciatos que deben hacernos reflexionar. La mayor parte, exactamente ocho de cada diez personas que maltratan a sus hijos, están desempleados. Obviamente, carecer de empleo y, en consecuencia, tener problemas económicos es un factor que, en general, incrementa el nivel de estrés del afectado y, en circunstancias particulares, puede llevarle conscientemente a delinquir para poder salir adelante.

Además, suelen ser personas cuya vivienda no permite la existencia de espacios en los que la intimidad sea respetada. Cuando la privacidad no se respeta, la aparición de conflictos es muy probable y, si no se tienen las habilidades sociales adecuadas para afrontar los conflictos, éstos degenerarán en violencia. Pues bien, según W.AA. (2002), seis de cada diez agresores vivían en esas circunstancias.

Quizá más importante que lo que acabo de decir sea constatar el hecho de que, a través de las distintas estructuras sociales, el individuo va configurando su personalidad y conducta. La sociedad hace que éste interiorice determinadas ideas, pensamientos y sentimientos que constituirán el marco en el que interpretará sus emociones. En este sentido, las emociones normales que acompañan a la reacción natural que, ante una persona extraña, experimenta cualquier niño de corta edad (Eibl-Eibesfeldt, 1977) pueden conducir, con el tiempo, a sentimientos, ideas y pensamientos xenófobos si éste es socializado con prejuicios que equiparan «ser diferente» con «ser inferior». En tal caso —por ejemplo, cuando la expresión del miedo, reflejada en el rostro de un individuo afroamericano, sea captada por un xenófobo supremacista blanco—, no se producirá el torrente de emociones que inconscientemente se disparan en el ser humano. El motivo es sencillo de explicar. El estímulo emocional habrá sido reinterpretado a la luz de los prejuicios que habitan en la corteza prefrontal del xenófobo. Éste no verá en el afroamericano a una persona de distinto color, sino a un ser inferior y, frecuentemente, a un ser no humano. Y el sufrimiento de un ser

no humano no va acompañado de los mismos escrúpulos morales que el de un ser humano.

En definitiva, a través de la socialización puede lograrse, incluso, que una persona deje de lado importantes principios y valores que puedenhaberle sido inculcados previamente, como el respeto hacia la vida de los demás. El individuo en cuestión quizá llegue a matar a otra persona sin sentir escrúpulo alguno que pueda llevarle a autocensurarse por su acción. Me refiero, en este punto, al proceso denominado «desconexión moral» (Bandura, 1994)[26]

V.II.III Violencia de Género

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) instó a los estados firmantes a establecer medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra mujer. En 1992 el comité creado para la vigilancia de la ejecución de esta Convención incluyó la violencia por razón de género como una forma más de discriminación y las medidas que deben adoptarse para eliminarla.

La Asamblea General de Naciones Unidas en 1993 adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer donde afirma que la violencia de género deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos humanos fundamentales de las mujeres, la libertad individual y la integridad física de las mujeres

[26]EL LABERINTO DE LA VIOLENCIA, José Sanmartín, Ariel, II Edición, 2004, Páginas: 36-44

En la declaración de la ONU sobre la eliminación de violencia contra la mujer, en los artículos 1 y 2 se especifica que “violencia contra la mujer” significa cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico para la mujer, que incluye las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. Abarca los siguientes actos

A) La violencia física, sexual o psicológica que tenga lugar en las familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el ámbito familiar, la violencia relacionada con la dote, la violencia marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación.

B) La violencia física, sexual o psicológica que suceda dentro de la comunidad, que incluya la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales o en otros lugares de la comunidad , el tráfico sexual de las mujeres y la prostitución forzada

.

C) La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el estado donde quiera que esto ocurra.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado la violencia en contra las mujeres como un factor esencial en el deterioro de su salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, sean estas puntuales o repetitivas, de baja o alta intensidad, suponen pérdidas a veces irreparables en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres. Así en La 49. ªAsamblea Mundial de la Salud

(1996) se adoptó una resolución (WHA 49.25) declarando la violencia prioridad de salud pública en todo el mundo.

La violencia de género o lo que es lo mismo, la violencia de hombres contra mujeres que incluye a todo ser humano de sexo femenino, de todas las etapas etarias y aún más a las no nacidas, es ejercida en todas las sociedades, bien en el ámbito de la familia, de la comunidad, o tolerada y favorecida por los diferentes estados.

El grado, la intensidad y las formas de violencia varían de unas sociedades a otras, de tal manera, que en algunas, ciertas violencias de género son proscritas, y otras más toleradas en función de costumbres, mitos y creencias.

En 1999 el British Council publicó un estudio con estimaciones a nivel mundial sobre la violencia de género:

- Una de cada cuatro mujeres en el mundo sufre violencias domésticas.
- Una de cada cuatro mujeres en el mundo sufre violación o intento de violación.
- Una de cada cuatro mujeres en el mundo es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.
- Una de cada cuatro niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.

La violencia de género no tiene barreras de clase, casta, educación, sexualidad, cultura raza ni edad.

La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son producidas por hombres.

Frecuentemente el agresor es un hombre conocido, en cuyo caso la probabilidad de abusos repetidos es mayor.

La violencia de género se conoce fundamentalmente cuando existen vínculos afectivos o de parentesco, familia, padres, hijos, marido compañero sexual, amigos, y cuando existen vínculos laborales con autoridad (relaciones de poder), compañeros de trabajo, clientes, jefes, médicos, terapeutas, cuidadores, líderes, religiosos, educadores.

Se estima que 130 millones de mujeres en todo el mundo han sufrido mutilación genital. 2 millones de niñas entre 9 y 12 años sufren mutilaciones de sus órganos sexuales cada año.

En la mayoría de las sociedades se asigna mayor valor a los hijos varones. En casos extremos, en países como India se provocan abortos selectivos cuando el feto es femenino, o se provoca su muerte al nacer. Según un informe de de OXFAM DE 1991, DE LOS 8.000 ABORTOS REALIZADOS EN Bombay a mujeres que se habían sometido a la técnica de amniocentesis, 7.999 eran niñas.

En China, debido a la política de un solo hijo por familia, se abandonan niñas recién nacidas, por lo que la población de mujeres a hombres es de 88 a 100.
En algunas comunidades de indígenas de Centroamérica es práctica habitual, lo que lo convierte en norma y por tanto no se denuncia y persigue, que el hombre viole a la mujer con la que desea casarse, y así se produce la unión de hecho.

En otros países donde la dote es una norma común, se vende a las niñas según los intereses del patriarca de la familia. Otra práctica habitual es quemar y matar a

las mujeres que fueron al matrimonio con una dote escasa o insuficiente para la familia del varón.[27]

V.II.IV Tipos de Violencia

Existen diversas formas de violencia que, con fines descriptivos y analíticos, se han clasificado como maltrato físico, psicológico, sexual y económico. En general coexisten o se presentan sucesivamente.

V.II.IV.I Violencia Física

La violencia física deja una huella en el cuerpo, aunque ésta no siempre sea visible. Incluye una amplia gama de manifestaciones que van desde un pellizco o estirón de pelo hasta la muerte. Y esto es algo más que una metáfora.

La violencia física suele clasificarse cíe acuerdo con el tiempo que tardan las lesiones en sanar: levísima (cachetes, empujones, pellizcos, etc.), leve (fracturas, golpes con objetos, heridas con arma blanca, etc.), moderada (lesiones que dejan alguna cicatriz permanente y que ocasionan discapacidad temporal), grave (que pone en peligro la vida y deja una lesión permanente, muchas veces en órganos internos) y extrema (que ocasiona la muerte).

La violencia va minando la salud de las víctimas paulatina pero constantemente hasta el punto de que, tras años de abuso, quienes la soportan no tienen defensas para hacer frente a una enfermedad. Además, generalmente la violencia va en

---

[27]: LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, Conzue Ruiz – Jarabe Quemada Pilar Blanco Prieto Páginas, 17-21

aumento: cada vez es más frecuente y más intensa. Muchos golpeadores aprenden a no dejar huella y, además, minimizan el daño que causan.

En síntesis, la violencia física se dirige al cuerpo de la víctima, y normalmente va seguida de una escalada tanto en intensidad como en frecuencia.

V.II.IV.II Violencia Psicológica

La violencia psicológica también abarca un extenso abanico de expresiones: insultos, ofensas, burlas, actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, control, etc. Siempre que hay maltrato físico, sexual o económico, hay también maltrato psicológico. Pero este último se presenta también de forma aislada.

Existe en su propia especificidad.
Los siguientes son algunos ejemplos de violencia psicológica: asedio y control de los movimientos, celotipia excesiva, abuso verbal, amenazas, intimidación, uso del privilegio masculino (actuar como el señor del castillo), manipulación y chantaje a través de los hijos, infidelidad, comparación negativa con otras mujeres, etc. Con respecto a los menores, se observan también insultos, amenazas, abuso verbal y diversas formas de manipulación y chantaje.

Mención aparte merece el aislamiento. Cuando en una pareja se instala la violencia operan también diversos mecanismos para alejar a las mujeres de sus colegas y compañeros de trabajo, de sus amistades y hasta de su familia más cercana. En ocasiones, el aislamiento es físico y las mujeres están encerradas en el sentido más literal del término, pero a veces es psicológico y, simplemente, no pueden hablar de su situación, no logran poner en palabras las sensaciones de malestar, incomodidad y angustia que se derivan de la violencia.

Podríamos continuar con ejemplos de actitudes y conductas de violencia psicológica, y llenaríamos innumerables páginas. No obstante, es importante subrayar algunos aspectos comunes, independientemente de la forma que adopte la violencia. En primer lugar, el maltrato psicológico es un dardo directo a la autoestima de la víctima que busca generar en ella un sentimiento cíe inseguridad y de escasa valía personal. En segundo término, quien realmente puede ofender, humillar o descalificar a una persona es quien está cerca de ella, conoce sus puntos débiles y sabe derribar una defensa y descargar todo el veneno de la palabra (o el silencio) que lastima y lacera. Finalmente, la única persona que realmente puede aquilatar el daño es quien lo sufre. Por ello, no deben desestimarse las quejas de violencia psicológica. El malestar que causan y el daño acumulado pueden resultar tan nocivos como la violencia física.

V.II.IV.III Violencia Sexual

Una forma frecuente de sometimiento y control dentro de la familia es el uso de la violencia sexual. En realidad sabemos muy poco por la escasez de denuncias y el subregistro que existe. Cuando se habla del tema, se hace frecuentemente en relación con los menores, porque en la pareja la violencia sexual está naturalizada y, por ello, no se la percibe como tal. Hombres y mujeres asumen que la relación sexual dentro del matrimonio es un derecho del marido y una obligación de la esposa. Hasta que no se conciba como un encuentro de dos voluntades autónomas, no podrá reconocerse el derecho de las mujeres a decir no, ni tampoco se llamará por su nombre a la violencia dirigida a su sexualidad.

La violencia sexual en la familia abarca las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual (lo que tratándose de un extraño nadie titubearía en denominar violación), obligar a la víctima a prácticas que le resulten dolorosas,

desagradables, o que simplemente no desea practicar (sexo oral o anal, obligarla a mantener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostituirla, etc.).

En relación con los menores, la violencia sexual consiste en la violación (cuando hay penetración vaginal, anal u oral), abuso sexual (tocamientos en el cuerpo del menor u obligarlo a tocar el del agresor), exponerlo a material pornográfico, obligarlo a presenciar una relación sexual entre adultos o una situación de abuso contra otros menores, etc.

Aunque pueda parecer extraño o producir incluso más horror que los casos anteriores, también se presentan estas formas de violencia sexual contra personas discapacitadas y contra ancianos, quienes tienen incluso menos posibilidades de defenderse o resistir un ataque.

La violencia sexual siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y muchas veces va acompañada de diversas formas de violencia física.

V.II.IV.IV Violencia Económica

Es muy reciente la consideración de que el control de los recursos económicos y el sometimiento derivado de ese control constituyen violencia. El maltrato económico implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Su expresión más común es la dejadez: no dar dinero o darlo con cuentagotas, hacer que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su solicitud, etc. En ocasiones los hombres llegan a controlar la totalidad de los gastos de la casa y hasta las compras de los objetos más personales de la mujer: una blusa, una crema o un par de medias. Cuando las mujeres se han dedicado al cuidado del hogar, la crianza de los hijos y la atención del marido, y en función de ello han

abandonado sus empleos remunerados, la situación de dependencia económica exacerba su vulnerabilidad, las hace más proclives a otras formas de violencia, acentúa el aislamiento y les impide o dificulta tomar acciones concretas para salir de la relación de maltrato.

Para cerrar este apartado, cabe añadir que la violencia económica se presenta en todas las clases sociales; varían las formas concretas, pero las actitudes de control y sujeción son independientes del monto de los recursos y las dimensiones de la riqueza.[28]

V.II.V Modelos de Explicación de la Violencia Intrafamiliar

MODELO INDIVIDUAL

De acuerdo con este modelo, la causa de la violencia se encuentra en las características propias de las personas involucradas y, por lo tanto, puede erradicarse con su sola voluntad. El episodio de violencia se ve de forma aislada.
Los partidarios de este modelo proponen las siguientes explicaciones causales: consumo cié alcohol y drogas, psicopatología individual, frustración, provocación de la víctima, incompatibilidad de caracteres, comportamientos aprendidos en la niñez, etc.
Si bien estas posturas aportan algo, ninguna está completa. Se trata de explicaciones parciales que no son suficientes para entender el fenómeno en su totalidad. Se deja de lacio el contexto social en el que se desarrolla la violencia y en el que crecen y se relacionan los individuos.

[28]EL LABERINTO DE LA VIOLENCIA, José Sanmartín, Ariel, II Edición, 2004, Páginas: 80-83

MODELO FAMILIAR

De acuerdo con este modelo, la violencia se debe a que la familia es disfuncional. Las siguientes son algunas disfunciones frecuentes: falta de comunicación por desconocimiento mutuo, distancia emocional y desinterés, incapacidad para manejar los conflictos e incluso para hablar de ellos, escasa o nula capacidad de convivencia, relaciones rígidas y autoritarias, incapacidad de adaptación a situaciones variables, expectativas muy rígidas sobre los demás, etc.

El concepto de familia disfuncional permite entender la dinámica de los conflictos que se producen en los hogares, las consecuencias de la falta de comunicación entre sus integrantes y, en general, las dificultadesque surgen cuando ese grupo de convivencia se enfrenta a presiones o cambios en sus condiciones cié vida. Sin embargo, atribuir la violencia en la familia a su disfunción da lugar a graves problemas. En primer lugar, se diluyen las características individuales por la preeminencia que se da al grupo, lo que llevado al extremo, puede conducir a inculpar a las víctimas. Además, este modelo no tiene en cuenta que las familias no están aisladas, sino que son el reflejo de lo que ocurre en un entorno más amplio. En este sentido también resulta insuficiente.

MODELO SOCIOCULTURAL

Este modelo busca articular las diversas explicaciones en un esquema más amplio y comprehensivo. Atribuye las causas de la violencia en la familia a factores macrosociales, culturales, familiares e individuales.

De acuerdo con esta explicación, en el espacio social más amplio se ubicaría la construcción de las relaciones a partir de la asignación de papeles diferenciados y

excluyentes en relación con el género, la edad, las preferencias sexuales, etc., así como las actitudes y normas culturales de condena o tolerancia a la violencia.

En un siguiente nivel se encontrarían las instituciones, en particular las de bienestar social y atención a la familia, así como las organizaciones sociales. A medida que existen más apoyos reales para las víctimas, la violencia disminuye.

Un tercer sitio del análisis corresponde a la familia. Si en su interior existen relaciones equitativas y se da un funcionamiento democrático, empieza a desterrarse el fantasma de la violencia.

Finalmente, el nivel individual incluiría las formas que cada persona tiene de percibir el mundo y las motivaciones que hay detrás de cada comportamiento violento.

Una estrategia para erradicar la violencia en la familia tendría que tener en cuenta cada uno de estos niveles y desarrollarse de manera articulada y completa.[29]

V.II.VI Teorías Psicológicas al abordaje de la Violencia Intrafamiliar

El abordaje de la violencia familiar como problemática social nos obliga a no aislar a la persona en estudio de sus entornos naturales; a no caer en una explicación reduccionista que tienda a simplificar un fenómeno social complejo, atravesado por las innumerables mitos y estereotipos culturales, y dificulte una adecuada comprensión.

Un modelo es una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos, que intenta explicar cierta área de temas o problemas y a la vez

[29]EL LABERINTO DE LA VIOLENCIA, José Sanmartín, Ariel, II Edición, 2004, Páginas: 85-86

proporcionar instrumentos para operar sobre dicha área con vistas a producir un cambio. Cada modelo parte de un determinado marco conceptual teórico, en el cual se explicita o no su cosmovisión, y propone un conjunto de técnicas para operar en el abordaje terapéutico.

Dentro del campo de la psicología coexisten distintos modelos terapéuticos. Cada uno responde de manera diferente y variada a cuáles son las causas que originan los problemas y a cuáles son los modos de resolverlos. Cada modelo intenta enfatizar y privilegiar determinantes específicos, como los determinantes biológicos o los sociales. De cada modelo podemos rescatar aportes que nos permiten el acercamiento

- No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional; la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios del aprendizaje.

- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.

- Se considera que el rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional.

V.II.VI.I Modelo Conductual

Podemos identificar los aportes del modelo conductual en las observaciones y en los análisis de la conducta de una persona violenta y los efectos que produce en la conducta de los demás, tanto en la victima como en quien la rodean. Conceptos

tales como doble fachada desequilibrio de poder, baja autoestima y dependencia permiten acceder a herramientas técnicas específicas para la comprensión y el tratamiento de la problemática.

Una de las características de la persona que ejerce violencia es la que se describe como “doble fachada”: en el espacio exterior tienen una imagen cargada de cualidades positiva, son respetuosos, excelentes profesionales, buenos vecinos, divertidos, etcétera. En el seno del hogar, resguardados por la intimidad, la privacidad y contradictorias, son controladores y ejercen el poder sobre los miembros de su familia.

Esta diferencia de imagen entre lo público y lo privado trae aparejada una doble victimización, porque la víctima es señalada como desequilibrada o loca y se le atribuyen la causa de todos los problemas.

La persona violenta establece con su pareja una relación donde existe un desequilibrio de poder –un miembros subyugal al otro-, que se acompaña de abusos intermitentes entre los que se intercalan momentos de recompensas o indulgencias. Se instala un ciclo de dependencia, en el cual cada vez se magnifica más el poder de violento en la medida en que la víctima disminuye el propio: va generando una necesidad cada vez mayor del miembro poderoso y establece un fuerte vínculo afectivo de carácter simbiótico.

En las situaciones de violencia conyugal, las mujeres se van anulando y van forjando una nueva identidad, fruto de su adhesión a un marido violento, quien continuamente emite señales de poder que aumentan la impotencia de ellas y la convicción de que la situación es inmodificable.

El hombre violento alterna sus actos violentos (golpes, insultos, amenazas, violación, atraques con armas, etcétera) con conductas ambles (regalos). En este círculo de violencia conyugal, el hombre puede mostrarse arrepentido, ceder un momento y hacerle creer que ella tiene el control cuando decide perdonarlo. Esta manipulación emocional, recurso típico de los torturadores, compromete aún más a la mujer en el mantenimiento del vínculo. La víctima se aferra a los periodos de trato normal. Que le proporcionan alivio y recuperación para salir adelante. La posibilidad de salir de este enganche es cada más reducida, en la medida en que la dependencia, reforzada por la omnipotencia del hombre y por la mezcla de miedo y esperanza de la mujer, se va convirtiendo en una verdadera esclavitud. Pasa el tiempo y se produce un desgaste en la convivencia y la relación se deteriora. Cualquier situación difícil que, en curso del día, debe enfrentar la mujer sometida hace que la frustración aumente, y la inhabilidad comunicacional de él para expresar cualquier tipo de sentimiento hace que cualquier hecho sirva para desatar cólera, gritos e insultos. Ella se convierte en el banco de su furia

En los hombres violentos la baja autoestima se suma a los rasgos de inseguridad y dependencia. El eje del síndrome del hombre golpeador es la baja autoestima. Generalmente, los hombres violentos necesitan una mujer que cubra la sensación de sentirse disminuidos y así negar su baja autoestima.

En el trabajo con los hombres violentos, el objetivo es lograr que se asuman como personas diferentes respecto de sus esposas, para que ambos puedan elaborar una imagen positiva e incrementar su autoestima. Se suma a esto la celotipia y las conductas para controlar se muestran excesivamente dependientes en sus relaciones privadas; tienen una constante preocupación por el accionar de su esposa, los lugares que frecuenta y con quien se relaciona, es decir, el control de ella. Esos hombres temen que sus compañeras los abandonen. Otro de los

abusos del hombre violento es el aislamiento de familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera, al que somete su esposa.

El hombre violento no asume la responsabilidad de sus acciones la desplaza de la familia. A través de su conducta violenta el hombre consigue los siguientes objetivos:

- descarga la tensión que no puede expresar por medio de palabras,
- consolida su condición de superioridad respecto de la mujer, a la que hace sentir que sólo vale si está a su lado. Es en el hogar donde el hombre violento puede expresar su enojo, porque su pareja asume un lugar de inferioridad: en ambos miembros de la pareja se perpetúa la relación de dependencia.

La mujer golpeada intensifica sus esfuerzos por tener todo bajo control: la comida los deberes de los chicos, la ropa, las compras, la limpieza, etcétera. Cuando piensa que nada sucederá, el golpe la sorprende. Empezará a preguntarse qué fue lo que hizo mal, y siempre encontrará alguna excusa para culpabilizarse. La autoinculpación unidad a la imposibilidad de reaccionar frente a la violencia del hombre la conduce a una trampa que la consume cada vez más y desgasta su visa y su alma.

Una vez que explotó este “caldero de tensiones”, el hombre piensa en las consecuencias de lo que hizo, se muestra arrepentido, pero le reserva la mayor parte de culpa para ella. Le pide que “no lo ponga nervioso”, lo hace de manera tierna, así se asegura que ella interiorice el mensaje de la responsabilidad que tuvo en lo sucedido. Puede llorar, suplicar y hacer toda clase de promesas y garantías de que no ocurrirá nunca más. Esta segunda “luna de miel” va regalos costosos y todo un despliegue de gentilezas

Esta experiencia deja a la mujer en una situación extrema vulnerabilidad: una vez que el ciclo de de la violencia se instaló, no se detiene y puede funcionar a intervalos de días, semanas, meses o años.

Puede ser que cuando la mujer se decida a pedir ayuda para resolver el conflicto de la pareja se encuentre con la resistencia del marido, pues él cree que “los trapitos se deben lavar en casa” y “no ventilarlos frente a extraños”. También puede ocurrir que ella busque ayuda en familiares o amigos que trataran de disuadirla de su idea de separación, dado que “si ambos se quieren, se deben otra oportunidad”. O puede suceder que ella recurra a la policía para hacer la denuncia, donde también trataran de disuadirla convencidos de que las cosas no son tal como ella las cuenta. Los prejuicios y los mitos acerca de los estereotipos sexuales, unidos a la “doble fachada” que presenta el hombre violento, dificultan la percepción de tan cruenta realidad, con lo cual la “victima vuelve a ser victimizada”

Cuando el ciclo de acumulación de tensiones se intensifica, las promesas de él pierden efectividad. Entonces se abre una etapa de amenazas y presiones “Si me dejas, me mato”. Le reitera las promesas matrimoniales de “seguir al marido” como toda “buena esposa”, luego suplica que “no lo abandone” El vínculo vicioso es claro: más le pega, más enfermo está, más la necesita, más tiene que ayudarlo.

V.II.VI.II Modelo Cognitivo

El proceso de construcción de la realidad se va complejizando cada vez más. A medida que el ser humano se desarrolla, en un proceso dinámico en el que cada cognición va acompañada de una resonancia afectiva y una determinada conducta acerca de si mismo, de los otros, del mundo, del futuro. El objetivo de la terapia

cognitiva es la reestructuración cognitiva, es decir, reestructurar la manera de asignar significados más flexibles a fin de modificar conductas y afectos.

Cuando está instalada la violencia familiar, los integrantes de la familia presentan rigidez en las definiciones de lo masculino y lo femenino. Los hombres golpeadores se basan en un sistema de creencias que sustentan mitos acerca de la masculinidad que define qué es ser hombre y qué es ser mujer. En esa posición suelen tener el control, el dominio y la jerarquía, subordinan a la mujer y la someten para tener ese estatus. El sexismo que caracteriza a estos hombres resulta una de las múltiples causas que determinan la violencia, así como también uno de los elementos básico sobre lo que ésta se apoya. Creen que el hombre debe ejercer la jefatura en el hogar, y que la mujer y los hijos deben obedecerle.

El hombre violento sustenta pensamientos y creencias, las llamadas cogniciones distorsionadas, basadas en una percepción de la realidad distorsionada y estructurada. Sus ideas no permiten ser revisadas, cree que las cosas son tal cual él las dice, que él reacciona así porque su mujer “lo provocó”. En los episodios de violencia, muchos ponen en la mujer todo el poder de hacer reaccionar al hombre, como si este fuera un ser inerte que está pacíficamente a la espera de que vengan a molestarlo para luego maltratar. Beck examina los mecanismos que están en la base de las distorsiones cognitivas.

- Inferencia arbitraria. Frente a determinados datos de la realidad, el hombre violento llega a una conclusión diferente; sin tener la evidencia suficiente del sentido de las conductas ajenas, distorsiona el significado: por ejemplo, si una persona amiga no puede ir a tomar un café porque debed trabajar, infiere que no le interesa su amistad; si cuando llega a la casa y no está lista ñla comida, infiere que la mujer ha estado coqueteando con los hombres y lo engaña.

- Abstracción selectiva. Entre todos los elementos de la realidad, el hombre violento selecciona aquellos que tiene a su disposición, según su paradigma personal (conjunto de ideas, de imágenes y esquemas que le dan consistencia interna) y los que confirman su hipótesis previa. Es otro modo de obtener errores en el procesamiento de la información. Siguiendo con el ejemplo anterior, si todas las mujeres engañan a sus maridos, el saludo al vecino, el llamado telefónico de un compañero de trabajo, un nuevo corte de pelo o las uñas pintadas confirman su teoría irrefutable sobre la infidelidad femenina.

- Generalización excesiva. El uso de términos como nada, todo, nadie, nunca, siempre, todos. El hombre violento establece leyes generales a partir de incidentes aislados, dichos, como “Todos nos quieren separar”, “Todas tus amigas son unas locas y llenan la cabeza en mi contra”.

- Maximización. Se exagera la magnitud de un suceso. Cualquier episodio trivial de la vida cotidiana toma dimensiones descomunales, desencadenando y desplegando la violencia.

- Minimización. Restarle la importancia a un hecho: generalmente, los hombres violentos minimizan los actos violentos o las conductas referidas a si mismos: los golpes no fueron tantos ni tan importantes ella exagera.

- Pensamiento dicotómico. El hombre violento percibe la realidad en términos antinómicos: si no me quiere, me odia. Son pensamientos extremistas de tipo todo o nada.

- Personalización: interpretar los datos de la realidad autorreferencialmente: todo lo que se dice o se hace es referido a su persona. Si llega a su casa y no hay nadie, lo hicieron a propósito para molestarlo. Si se acaba el café, la mujer tiene toda la intención de perjudicarlo porque a él le gusta tomar café a la mañana.

V.II.VI.III Modelo Psicodinámico

En el proceso de adquisición de la identidad masculina, ocupa un lugar preponderante el hacer, los logros en la esfera laboral y la inhabilidad para expresar sentimientos de dolor, tristeza o placer. Los hombres golpeadores buscan justificar su conducta, recurren a cualquier justificativo o circunstancia para negar su responsabilidad en los actos de ejecución violenta contra su cónyuge o su pareja. Por eso, luego de la negación de su responsabilidad, se da en aquéllos la utilización de argumentos y racionalizaciones para sostener esta negación de su violencia.

En el ámbito de la familia en la cual se ejerce violencia las identificaciones tienden a llevarse a cabo con las figuras más fuertes, hasta culminar con la identificación con el agresor. Este concepto permite reflexionar sobre los lugares que ocupan los hijos y las hijas y la transmisión transgeneracional de la violencia familiar. Esto se observa claramente cuando las mujeres quedan solas con sus hijos y éstos reproducen la violencia, ocupando el lugar del padre.

Si tratamos de indagar en los antecedentes de quienes ejercen violencia (física, emocional, económica, sexual), éstos refieren generalmente a situaciones de abandono o abuso grave; tienen dificultades en la constitución de la subjetividad y en la constitución narcisística del yo y presentan marcadas identificaciones con el agresor que permitieron afianzar la pertenencia y la filiación a un grupo dominante

y diferenciarse de aquellos señalados como inferiores y dependientes (por edad y género). La gravedad de los sucesos vividos en la infancia, la vivencia de privaciones vividas con gran dolor y horror son una constante en los relatos, pero también se observa que no pudieron tener un registro psíquico, “inscripciones”, en escenas, huellas, etcétera. [30]

V.II.VII Ciclo de la Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar se presenta en forma cíclica, puede durar muchos años y mientras pasa el tiempo las agresiones aumentan. El ciclo de la violencia se manifiesta en tres fases: la de tensión, la de agresión y la reconciliación.

V.II.VII.I Fase de Tensión

Se caracteriza por acumular tensiones y expresarlas en insultos verbales y otros. La víctima minimiza estos actos, culpándose a sí misma.

El agresor cree tener derecho a reclamar y hostigar, se refuerza por la pasividad de la víctima, sabe que si la golpea, ella no lo denunciará. (Jiménez y otras 1997)

V.II.VII.II Fase de Agresión

Se caracteriza por la descarga incontrolable de las tensiones, manifestándose en golpes que producen lesiones graves y múltiples e incluso abortos, usándose objetos cortopunzantes o contundentes para agredir. La víctima se deprime, no cree lo que ha ocurrido.

[30] MALTRATO Y ABUSO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO, Jorge Corsi Páginas(241-262)

El agresor utiliza la violencia para controlar, someter, reprimir, exigir obediencia y busca un sinnúmero de disculpas para justificar su conducta.

V.II.VII.III Fase de Reconciliación

Se caracteriza por ser un periodo de calma y relativa tranquilidad.

El agresor se disculpa, hace regalos, promete cambiar y afirma que la situación no se volverá a repetir, la víctima cree que no se repetirán las agresiones. Este momento provee el refuerzo positivo para que la mujer se mantenga en la relación, pues no hay tensión, no hay violencia.

Sin embargo los próximos incidentes son cada vez más violentos y se repetirán con más frecuencia e intensidad, en consecuencia, con mayor gravedad y riesgo para la mujer terminando muchas veces en el homicidio.

V.II.VIII Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar

Toda relación que se da en el marco de un conflicto interpersonal tiene efectos que dañan la integridad: moral, física y espiritual de una persona; provocando en ella un sentimiento de menosprecio, invalidez e indefensión.

“Las consecuencias de esta violencia se traducen en un deterioro de la autoestima, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de sustancias, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo, problemas de salud de los hijos, deserción escolar, drogadicción, embarazos no planeados y partos prematuros. En suma, en un “grave y profundo deterioro de la familia y de todos sus miembros “ (Larrain, 1993) citado por A. Plada 1997.

Este cuadro convierte a las mujeres, principales víctimas de la violencia, en personas ineficientes para el trabajo o para cualquier otra actividad de aporte social.

Los(as) niños(as) que presencian escenas de violencia intrafamiliar, generalmente desarrollan problemas de afectividad y sexualidad, reproduciendo cuando adultos, la violencia que vivieron en su infancia.

En cuanto al agresor, éste percibe la conducta de la víctima como una rebeldía contra su autoridad que como a hombre le ha sido atribuida socialmente. Considera que su actitud es "educativa" y por lo tanto debe ser rígida y punitiva, por eso el maltrato que ejerce frecuentemente no va acompañado de sentimiento de culpabilidad pues piensa que está ejerciendo su "derecho".[31]

V.II.IX Violencia Intrafamiliar y Consumo de Drogas

La violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psíquicos a otros seres; se asocia, aunque no necesariamente, con cierta carga de agresión. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad (crímenes).

Por otro lado, la adicción es un trastorno crónico recidivante, con mecanismos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que afectan al cerebro y a su capacidad para controlar el consumo de sustancias. La adicción se caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. El consumo de drogas produce modificaciones en la estructura del sistema nervioso central, produciendo comportamientos característicos de la enfermedad (deseo y compulsión por consumir, tolerancia, síndrome de abstinencia) asimismo, la posibilidad de presentar conductas agresivas, violentas y/o peligrosos debido al bajo control de impulsos y disminución del proceso

---

[31]VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS, Tatiana Salinas, COPRE, Bolivia

cognitivo, estos últimos procesos como consecuencia de las modificaciones que producen el consumo de drogas en el funcionamiento del sistema nervioso central.

Partiendo de una visión de familia como sistema, donde existen vínculos sanguíneos, morales, emocionales, legales, una organización de roles y formas de relacionarse, mismas que se aprenden a través de interacciones, las cuales son susceptibles de ser reproducidos por sus miembros en otros sistemas, es decir, se emplean conductas y formas de interactuar, aprendidas al interior de la familia, y que uno de sus miembros lleva a otros contextos. Ante esta perspectiva, cabe la posibilidad de que la violencia sea una forma de relación aprendida en la dinámica familiar y que se lleva a otros contextos: la escuela, el trabajo, los círculos de amigos, la pareja, la sociedad.

No existe un solo factor determinante para el desarrollo de ésta enfermedad: Existen factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a su origen. Asimismo, no existe forma de identificar quienes se volverán dependientes, antes o después de que inicie su consumo. Sin embargo, podemos crear la hipótesis: Si los vínculos y formas de relacionarse con una familia son agresivos y violentos, entonces se aprenderá a vincularse con otros de igual manera, convirtiéndose en un tipo de familia disfuncional (esta última es un importante factor de riesgo para el consumo de drogas). Podríamos pensar que, dentro de un contexto en el que es necesario evadir una dolorosa, agresiva y violenta realidad, no sería ajeno que se presente el abuso de drogas.

Por otro lado, si el consumo de drogas es una práctica familiar que se presenta a largo de diversas generaciones, pensando en el consumo de alcohol y drogas como legado familiar, como una forma de relacionarse y vincularse con el mundo, práctica que da valía como miembro de una familia, muestra de virilidad, de poder y de existencia, éste consumo de drogas tenderá a “normalizarse” y existe cierta disponibilidad a presentar conductas violentas.

Podríamos plantear que la violencia se aprende y emerge como una situación de defensa, de lenguaje con otros. En mi experiencia como psicóloga perito en reclusorios, recuerdo el caso de un chico arrestado por homicidio, quien me decía "…se trata de sobrevivir, entonces, mato o me matan" Estas frases las dijo al cuestionársele el por qué asesinó a su hermano, un caso considerado como "en defensa propia" dirían las autoridades.

Ahora bien me resulta muy difícil pensar que los valores, autoestima y el sentido de pertenencia se puedan adquirir de una manera sana en familias con violencia. Imaginemos una familia en donde existió un agresor ejerciendo violencia a la pareja, los hijos crecen concibiendo el mundo así, "violento", del que hay que defenderse, estar en guardia o agredir antes de ser agredido, sin pertenencia en sistema alguno, sin vínculos estrechos con parejas o amigos. No es extraño que usando drogas sus niveles de ansiedad aumenten, su conducta violencia se exacerbe y emita actos agresivos; o bien, encontrando en el consumo de drogas una salida casi "mágica" en la cual refugiarse. Aún cuando el consumo de drogas no sea la causa directa de la violencia, sí es considerada un factor que la puede propiciar, probablemente por los efectos *desinhibitorios* propios de algunas drogas, favoreciendo conductas violentas.

Los adolescentes que consumen alcohol reportan mayores problemas con la policía y peleas. En diversos estudios se ha encontrado una relación entre el consumo de alcohol en adolescentes y accidentes en automóvil ya que son más susceptibles a sufrir los efectos del alcohol sobre los reflejos que los adultos. En otras investigaciones se ha encontrado que el consumo de alcohol o drogas está relacionado con una mayor frecuencia de intentos de suicidio, relaciones sexuales de alto riesgo y violaciones.

La alternativa ante la violencia y el eventual consumo de drogas es la prevención, la posibilidad de enseñar a nuestros hijos pequeños y adolescentes a relacionarse

de formas asertivas, crear con ellos y para ellos vínculos saludables. Promover actividades saludables, fomentar la salud y las relaciones estrechas son solo algunas de las estrategias que podemos realizar en nuestro propio hogar, previniendo de esta forma tanto la violencia doméstica como el consumo de drogas.

No podemos dejar de hablar acerca de opciones de tratamiento, existen diversas instituciones que brindan alternativas de tratamiento para conductas violentas, para el consumo de drogas. Monte Fénix ofrece una alternativa de tratamiento profesional ante la adicción o dependencia a drogas, así como promover actividades preventivas por medio del Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, quienes en el verano llevan a cabo talleres integrales de prevención para niños, adolescentes y padres de familia.[32]

V.III SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

V.III.I Definición

Una sustancia **psicotrópica** (del griego *psyche*, "mente" y *tropein*, "tornar") es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias psicotrópicas, con el propósito de alterar deliberadamente el estado de la mente. En la actualidad, muchos psicotrópicos son utilizados en medicina para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas (*psicofármacos*). El desvío de estas sustancias para empleos recreativos es un fenómeno frecuente. Los

32http://www.montefenix.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=108&Itemid=73

fármacos cuya acción terapéutica afecta principalmente otro sistema o aparato y que sólo presentan efectos psicoactivos secundarios (como los antihistamínicos, betabloqueantes y algunas hormonas) no se consideran psicótropos

Una acepción más restringida del término *psicotrópico* refiere, en particular, a aquellas sustancias medicinales incluidas en la Convención sobre sustancias psicotrópicas.

Los psicotrópicos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis el mensaje se transmite por medio de neurotransmisores. La mayoría de los psicotrópicos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad. Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal y se emplean en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva permitiendo reducir las crisis que afectan a estos enfermos. Siguiendo el criterio de la acción que ejercen sobre el sistema nervioso central, las sustancias psicoactivas se suelen clasificar en depresoras, estimulantes o visionarias.[33]

Dependencia de sustancias

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) contempla la drogodependencia como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias.
Los criterios que propone son:

[33] http://es.wikipedia.org/wiki/Psicotr%C3%B3pico

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En el DSM IV la gravedad de la dependencia no se valora en función del tipo de droga, la cantidad consumida o la presentación del síndrome de abstinencia , sino a partir de la presencia de los síntomas citados del deterioro conductual y del grado de interferencia que estos síntomas producen en la vida laboral y social del individuo.

Abuso de sustancias

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

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

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

Trastorno por uso de múltiples sustancias

El DSM IV define como el consumo repetido durante un periodo de 6 meses, de un mínimo de tres sustancias-excluyendo nicotina y cafeína- sin que el consumo de ninguna de ellas predomine sobre el de las demás. Se exige que se cumplan los criterios para efectuar el diagnóstico de dependencia considerando el conjunto de

todas las distintas sustancias consumidas por el individuo como un grupo y sin que este diagnóstico pueda hacerse para ninguna de ellas en particular.

V.III.II Tipos

V.III.II.I Opiáceos

En este grupo se incluyen las sustancias derivadas del opio y algunos productos de síntesis que comparten la característica común de acoplarse a unos receptores específicos – receptores opiodes- del SNC. El término “opioide” se utiliza actualmente para designar en general a las sustancias de origen endógeno o exógeno que se acoplan a dichos receptores opiodes reservándose el término opiáceo para las sustancias derivadas del opioide que son asimismo capaces de acoplarse a estos receptores. De todos los opiáceos que tienen una relevancia actual en la problemática de las drogodependencias, cabe destacar los siguientes:

El opio, exudado de Papaversomniferum contiene más de 20 alcaloides, entre los cuales el más representativo es la morfina, polvo cristalino e incoloro que en forma de sal resulta soluble en agua.

La codeína, alcaloide también directamente obtenido del opio, es usada ampliamente en medicina como analgésico moderado, antidiarreico y antitusigeno.

Aunque es objeto de abuso tiene poca relevancia en la problemática actual de la dependencia a opiáceos.

La heroína es un derivado semisintético de la morfina más liposoluble y con mayor poder analgésico que ésta. Es la sustancia que ha propiciado a través de su consumo por vía inhalatoria o parenteral

La metadona es un opiáceo sintético que tiene la ventaja que se puede administrar por vía oral y en forma de monodosis diaria debido a su larga vida media. Se ha utilizado tanto en tratamientos de desintoxicación, como en programas de mantenimiento de pacientes adictos a la heroína.
La buprenorfina es otro opiáceo de síntesis del que se describen efectos agonistas-antagonistas sobre el receptor opioide.
El LAAM (levo-alfa-acetil-metadol) es un opiáceo de síntesis similar a la metadona que presenta una vida de más de 72 horas.

Intoxicación por opiáceos

La administración intravenosa de heroína produce un cuadro de euforia que puede durar de 10 a 30 min. Posteriormente aparecen letargia, somnolencia y apatía o disforia que pueden durar de 2 a 6 horas.

En la sobredosis se produce una depresión respiratoria y edema agudo de pulmón que puede provocar la muerte. La administración de un antagonista opiáceo como la naloxona revierte el cuadro de manera inmediata.

Abuso y dependencia de opiáceo

Aunque el primer consumo de un opiáceo puede ser por prescripción médica correcta o yatrógena, el abuso y la dependencia acostumbran iniciarse a través de otros toxicómanos.

En el proceso de adquisición de la dependencia intervienen el propio fármaco y su vía de administración, las características físicas y psicopatológicas de cada individuo, y los factores ambientales. Una vez instaurada la dependencia, el individuo vive únicamente para adquirir la sustancia y consumirla.

Síndrome de abstinencia agudo

La interrupción del consumo de la heroína o la administración de un antagonista específico puede desencadenar en un individuo dependiente de abstinencia agudo que se inicia de 6 a 8 horas después de la última administración.

Este síndrome se caracteriza por una serie de comportamientos que el paciente puede controlar: 1 Sintomatología subjetiva de abstinencia 2 Deseo de consumir de nuevo el opiáceo. 3 Quejas. 4 Suplicas. 5 Gritos. 6 Llanto. 7 Agresividad.

Y comprende una sintomatología no controlable, provocada por una activación excesiva del sistema noradrenérgico: 1 Rinorea. 2 Lagrimeo. 3 Bostezos. 4 Sudación. 5 Temblor. 6 Piloerección. 7 Anorexia. 8 Agitación. 9 Emesis. 10 Midriasis. 11 Hiperpnea.

12 Aumento de la presión sistólica. 13 Fiebre. 14 Pérdida de peso.

Estos síntomas se intensifican el segundo y tercer día de abstinencia, remitiendo posteriormente hasta su completa desaparición en un periodo de 8 a 10 días.

V.III.II.II Depresores

ALCOHOLISMO

El término “alcoholismo», acuñado por Magnus Huss en 1849, se emplea como un sinónimo de la adicción al alcohol. Esta puede consistir en la dependencia o en el abuso de esta sustancia. La dependencia es el trastorno adictivo más grave y mejor definido. El abuso es la categoría diagnóstica residual que se utiliza ante los pacientes que únicamente sufren alguna complicación, social, psicológica o física.

El espectro clínico de la dependencia de alcohol es muy amplio. Ningún criterio diagnostico es necesario o suficiente y, por tanto, pueden existir importantes diferencias clínicas entre las numerosas combinaciones de tres o más ítems que

pueden formarse. La presencia de fenómenos de tolerancia y abstinencia debe ser especificada como dependencia fisiológica porque proporciona una información suplementaria de gran significación clínica y terapéutica. La dependencia fisiológica indica la existencia de procesos neuro-adaptativos, influye sobre los patrones de consumo, se asocia con recaídas frecuentes y suele requerir un tratamiento específico. El DSM-IV y la CIÉ-10 definen la dependencia de alcohol de forma muy similar.

En el DSM-IV se define el abuso de alcohol como un patrón desadaptativo de consumo que acarrea algún tipo de complicación social y un elevado riesgo de causar o sufrir accidentes En la CÍE-10 se considera la categoría de consumo per-judicial de alcohol y no se menciona el abuso de esta sustancia. EL consumo perjudicial se diagnostica cuando la ingesta de alcohol causa complicaciones, mentales y físicas que pueden producir discapacidad o deteriorar las relaciones interpersonales.

Los criterios que definen la dependencia y el abuso de alcohol integran un conjunto de comportamientos, síntomas v fenómenos biológicos cuyo conocimiento es para identificar y tratar correctamente el alcoholismo. Esta serie de comportamientos y síntomas que componen el cuadro clínico del alcoholismo son los siguientes:

1. Patrón desadaptativo de consumo de alcohol: debe ser explorado en cada caso con el fin de valorar adecuadamente el grado de exposición a la sustancia, y los fenómenos de intoxicación y tolerancia.
2. Intoxicación: sus manifestaciones clínicas están presentes muchas veces cuando se entrevista a los pacientes que sufren alcoholismo.

3. Tolerancia: este fenómeno biológico determina que aumenten las cantidades de etanol consumidas. La magnitud de la tolerancia se puede deducir al contrastar el consumo realizado con la intensidad de la intoxicación.

4. Abstinencia: puede constituir una urgencia médica y además es un motivo de importancia decisiva para beber alcohol y consumir otras sustancias psicoactivas.

5. Deterioro de la capacidad de control de la ingesta: este síntoma permite comprender que mantenga el consumo, a pesar de que existen graves complicaciones sociales, físicas y psicológicas.

6. Complicaciones sociales: los patrones de consumo desadaptativo de alcohol deteriora profundamente el funcionamiento social de las personas afectadas.

7. Complicaciones físicas: el consumo de cantidades excesivas de alcohol tiene un poderoso efecto tóxico para una amplia variedad de tejidos y sistemas funcionales del organismo. Además la intoxicación por esta sustancia se acompaña de una elevada incidencia de accidentes.

8. Complicaciones psicopatológicas: los costos biológicos del alcohol sobre el sistema nervioso central pueden inducir en el sujeto numerosos trastornos mentales y agravar los preexistentes.

Para poder describir adecuadamente cada uno de los elementos que componen la clínica del alcoholismo resulta necesario comentar antes algunos aspectos de la farmacología del alcohol.

FARMACOLOGÍA DEL ALCOHOL

La palabra “alcohol” deriva del término árabe al-kuhl que significa literalmente “el colirio”. Existen diferentes tipos de alcohol Las bebidas alcohólicas contienen alcohol etílico o etanol (C3H5OH). El etanol es el alcohol por antonomasia. Cuando se describe el alcoholismo, los términos “alcohol" y “etanol” se emplean indistintamente.

El alcohol ingerido es absorbido rápidamente en el estómago y sobre todo en el duodeno y el yeyuno. La velocidad de absorción depende tanto de la rapidez del consumo como del tipo de bebida ingerida. El espasmo pilórico y el vómito son mecanismos de protección del organismo contra la absorción del alcohol.

El sistema portal transporta el alcohol absorbido al hígado. Alrededor del 90 % del alcohol que llega al hígado se oxida y el 10 % restante se excreta, sin ser metabolizado, por la orina y el aire espirado. La metabolización hepática del alcohol se produce por la acción de la alcohol-deshidrogenasa (ADH), principalmente, y por el sistema de oxidación microsomal (MEOS) y la catalasa. La ADH transforma el alcohol en acetaldehído. Otra enzima, la aldehído-deshidrogenasa (ALDH) convierte el acetaldehído en ácido acético, es decir, en vinagre.

La vida media del etanol es corta. El pico de alcoholemia se produce 45 a 60 min después de la ingesta. El alcohol se metaboliza a un ritmo de 120 mg/kg cada hora, como consecuencia, principalmente, de la acción de las enzimas hepáticas (Hobbs y cols.,1996) El alcohol que se encuentra en la sangre se distribuye de forma bastante uniforme por todos los tejidos del organismo.

CLÍNICA DEL ALCOHOLISMO

PATRÓN DESADAPTATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Consiste en consumir alcohol en demasía o en situaciones inadecuadas.

INTOXICACIÓN

La intoxicación suele ser un síntoma de dependencia o abuso. Otras veces, la intoxicación se produce en personas que no sufren alcoholismo.

Si la cantidad de alcohol ingerida supera la capacidad de tolerancia se produce la intoxicación. En algunos pacientes se han descrito cuadros de intoxicación

después de ingerir cantidades de alcohol que se juzgaron insuficientes para superar la tolerancia del individuo. Este trastorno se denomina “intoxicación alcohólica idiosincrásica” o “embriaguez patológica”. La intoxicación puede ser episódica y autolimitada, por cese del consumo, o crónica.

Aunque el alcohol se considera un depresor del sistema nervioso central, al principio de la intoxicación se observa una activación del comportamiento. Si la ingesta continua, se producen, en primer lugar, agitación y agresividad y. posteriormente, sedación e incluso la muerte (ClE-l0).

Durante la intoxicación, una de las funciones mentales que se ve más afectada es la memoria. Se denomina blackout a la amnesia lacunar para los hechos ocurridos durante el estado de intoxicación. A veces, el individuo recuerda tales hechos cuando vuelve a estar intoxicado, aunque sea incapaz de hacerlo mientras se encuentra sobrio. Este fenómeno se ha explicado como un aprendizaje estado-dependiente, es decir, un aprendizaje dependiente del estado de intoxicación.

TOLERANCIA

Las concentraciones elevadas de alcohol en sangre inducen importantes alteraciones de las funciones mentales cuando no se ha desarrollado tolerancia. La desinhibición del comportamiento aparece con una alcoholemia de 0,5 g/l (igual a 0.25 mg/l en aire espirado). Esta cifra corresponde a la alcoholemia máxima permitida a los conductores de motocicletas o turismos no profesionales, que hace más de 2 años que obtuvieron el carné de conducir. Si los valores ascienden a 2 g/l, se producen ataxia y descoordinación motora graves. Las alcoholemias de 3 g/l se corresponden con una clínica de confusión y estupor. El coma e incluso la muerte por depresión respiratoria o aspiración del vómito se observan con concentraciones de 4-5 g/I. Los pacientes que han desarrollado tolerancia pueden

presentar niveles elevados de alcoholemia sin los correspondientes trastornos descritos. La ausencia de signos de afectación cerebelosa; como incoordinación motora y ataxia, con una alcoholemia de 1,5 g/l demuestra que existe tolerancia.

La tolerancia se desarrolla por mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos. Los mecanismos farmacocinéticos de tolerancia reducen la cantidad de alcohol que accede al sistema nervioso central. La ingesta repetida de etanol induce el sistema de oxidación microsomal (MEOS) y de este modo aumenta la metabolización hepática.

Por contra, la menor tolerancia de las mujeres y de muchas personas de raza oriental al alcohol se ha relacionado con una menor capacidad de las enzimas hepáticas para oxidar el mismo. La gastrectomía es otra causa de reducción de la tolerancia farmacocinética, porqué determina una absorción más rápida de la sustancia.

La tolerancia farmacodinámica tiene lugar en el sistema nervioso central y consiste en una reducción de la respuesta neuronal a los efectos del alcohol. Esta neuroadaptacion al consumo excesivo de alcohol se produce porque cambian la elasticidad de la membrana neuronal, la función celular relacionada con vanos tipos de receptores (GABA, NMDA, 5-HT, y noradrenérgicos), la actividad de los canales de intercambio iónico y los mecanismos intracelulares de transducción de la señal y de expresión génica.

ABSTINENCIA

Las dos manifestaciones clínicas de la neuro-adaptación son la tolerancia., mientras se consume alcohol, y la abstinencia, cuando se interrumpe la ingesta. Se supone que al faltar el alcohol se invierte la dirección de los cambios

neuroadaptativos que prevalecen mientras esta sustancia tiene contacto con las neuronas.

Los antecedentes de elevada tolerancia al alcohol predicen la aparición de síntomas de abstinencia graves. Las manifestaciones del trastorno de abstinencia, principalmente el temblor, suelen hacerse patentes 4-12 horas después de interrumpir la ingesta. Los síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 24 y 48 horas más tarde y tienden a desaparecer al cuarto o quinto día. La abstinencia grave puede cursar con convulsiones generalizadas tónico-clónicas y con alucinaciones. Las convulsiones por abstinencia las sufren el 5-15 % de los dependientes de alcohol. El 3-10 % de los pacientes que entran en abstinencia de alcohol experimentan alucinaciones, sobre todo visuales, que suelen durar unas horas o más raramente semanas.

Siempre hay que preguntar al paciente cómo se encuentra al despertarse por las mañanas. La presencia de temblor y náuseas matutinos señala la instauración de los primeros síntomas de abstinencia por la interrupción nocturna de la ingesta. Si uno de los primeros actos del día consiste en beber alcohol para suprimir el malestar, las náuseas y el temblor, el diagnóstico de dependencia es altamente probable.

CAPACIDAD DE CONTROL

La falta de control se hace evidente cuando el paciente no consigue beber de la manera que previamente había planificado. Casi siempre que la persona entra en el bar toma más consumiciones de las que había pensado o interrumpe la ingesta horas después de lo que tenía previsto. Este síntoma también se hace patente cuando la persona desea reducir o interrumpir el consumo de alcohol y no lo consigue.

COMPLICACIONESSOCIALES

Mientras que la dependencia de nicotina, por ejemplo, interfiere de manera escasa en el funcionamiento social, el alcoholismo causa un profundo deterioro en esta área. La ingesta de etanol y los estados de intoxicación ocupan cada vez más tiempo y no dejan lugar para el desarrollo de otras actividades. Al principio, la ingesta se puede limitar a los periodos de descanso. Después, aparecen las resacas o los síntomas de abstinencia matutinos y se producen accidentes, enfermedades o complicaciones psiquiátricas. Estos síntomas y complicaciones deterioran gravemente el rendimiento laboral y acaban por originar graves problemas económicos.

El comportamiento agresivo, la labilidad emocional, el deterioro de la capacidad de juicio y sexualidad inapropiada que caracterizan la intoxicación por alcohol afectan directamente a las relaciones interpersonales. El alcoholismo es una causa principal de violencia en ámbito familiar y fuera de él. Las complicaciones sociales del alcoholismo no solo afectan a las personas que sufren la adicción sino que también el resto de la comunidad sufre directa o indirectamente el problema. El 30-50 % de los accidentes de tráfico con víctimas mortales se atribuyen a la ingesta excesiva o inadecuada de alcohol. En España, el 2 % de los conductores de vehículos presentan alcoholismo o algún trastorno mental inducido por esta sustancia (Del Rio y cols., en prensa). Además, aproximadamente el l7% de los accidentes laborales estuvieron relacionados con el consumo de etanol (Plan nacional sobre drogas, 1994).

COMPLICACIONES FISICAS

Se producen por los efectos tóxicos directos del alcohol sobre las membranas celulares y como consecuencia de accidentes, malnutrición, falta de cuidados, tabaquismo y otras adicciones. Además, son muy importantes los factores de vulnerabilidad individual. A continuación se comenta las complicaciones más características, pero debe tenerse en cuenta que en ocasiones se observa alteraciones de signo contrario a las descritas. Por ejemplo, el alcohol suele producir hipertensión arterial, pero también causa hipotensión. Esta variabilidad se debe al efecto opuesto que puede tener el consumo ocasional o crónico de etanol y a la gran variedad de factores etiológicos implicados en estas alteraciones.

Sistema digestivo

Las glándulas paratiroideas se hipertrofian y el óvalo de la cara adquiere un aspecto característico. En el esófago disminuyen la frecuencia de amplitud de las ondas peristálticas y la presión del esfínter inferior. Este último trastorno causa reflujo gastroesofágico y pirosis. Además se observa esofagitis por lesión directa de la mucosa y reflujo. Las náuseas y vómitos pueden causar un síndrome de Mallory-Weiss, que consiste en ulceraciones lineales de la unión gastroesofágica. Las úlceras y las varices esofágicas originan hemorragias digestivas altas. En el estómago puede aparecer gastritis aguda. Esta enfermedad puede evolucionar a gastritis crónica y ésta, a su vez, a una metaplasia, factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico.

La pancreatitis alcohólica aguda se caracteriza por dolor epigástrico intenso y continuo que irradia a ambos hipocondrios. Además, se observan náuseas, vómitos, fiebre, ascitis y derrame pleural izquierdo. El incremento de las concentraciones de amilasa pancreática es un hallazgo clave para el diagnóstico.

El trastorno puede evolucionar hacia una pancreatitis crónica si el consumo de alcohol no se interrumpe. Esta grave enfermedad cursa con diabetes cuando los focos de fibrosis y calcificación dañan de forma importante el parénquirna pancreático. La falta de enzimas pancreáticas y sales biliares junto con las alteraciones de la mucosa del intestino delgado pueden causar un síndrome de malabsorción. Como consecuencia se producen alteraciones metabólicas por carencia de vitamina B. folatos y grasas.

Más de la mitad de los alcohólicos presentan esteatosis hepática, que cursa con una clínica inespecífica y una analítica normal o ligeramente alterada. La hepatitis alcohólica puede revestir una gran gravedad y acompañarse de alteraciones como leucocitosis con neutrofilia, anemia macrocítica, hipoprotrombinemia, trombocitopenia y alteraciones hidroelectrolíticas. La hipertensión portal aparece cuando se ve afectada la zona centrolobulillar. La alteración puede evolucionar hacia la cirrosis alcohólica con varices esofágicas e insuficiencia hepática grave

En estos casos es característico observar atrofia testicular, ginecomastia, eritema palmar, arañas vasculares y contractura de Dupuytren. En los países con elevado consume de este tipo de bebidas se admite que el 70-80 % de las cirrosis hepáticas son de origen alcoholice. En España existen 600.000 pacientes con cirrosis y el número de muertes por esta enfermedad se ha triplicado desde 1950 (Freixa, 1996). El 5-10 % de los pacientes con cirrosis desarrollan un hepatocarcinoma.

Sistema cardiovascular

El consumo excesivo de etanol eleva la presión arterial, posiblemente al estimular el sistema renina-angiotensina-aldosterona. También altera las propiedades electrofisiológicas del corazón y causa fibrilación auricular y extrasístoles supra e

infraventriculares. Estas arritmias suelen manifestarse junto con la ingesta. La miocardiopatía alcohólica cursa con hipertrofia ventricular izquierda. Gran parte de las muertes súbitas que se producen entre los alcohólicos se atribuyen a la variedad asintomática de esta cardiopatía. La miocardiopatía alcohólica clínica cursa con insuficiencia cardiaca congestiva, síntomas anginosos y embolismos arteriales y pulmonares. Los accidentes cerebrovasculares relacionados con el consumo de alcohol se producen por hipertensión arterial, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva y alteraciones de la coagulación sanguínea.

Sistema hematológico

La ingesta excesiva de alcohol altera el desarrollo y maduración de los componentes celulares de la sangre. Las carencias nutricionales, las hepatopatías crónicas y las infecciones intercurrentes también contribuyen a que se produzcan anemia, neutropenia y trombocitopenia. El 75 % aproximadamente de los alcohólicos sufren anemias. Las de tipo hemolítico se relacionan con la lesión directa de la membrana de los eritrocitos y las megaloblásticas con un déficit de vitamina B12 y ácido fólico. La anemia megaloblástica cursa, obviamente, con un incremento del volumen corpuscular (VCM).

Sistema osteomuscular

Las miopatías se producen por efecto directo del alcohol sobre el sarcolema, alteración de los mecanismos de membrana de intercambio iónico, inhibición del metabolismo de los hidratos de carbono, hipopotasemia, déficit nutricional e isquemia prolongada. La variedad aguda, la más frecuente, afecta a los músculos proximales de las extremidades y se caracteriza por mialgia aguda, pérdida de fuerza y edema. Además, puede cursar con rabdomiólisis, hemoglobinuria e insuficiencia renal aguda. El trastorno se instaura después de ingerir grandes cantidades de alcohol. La forma subclínica se asocia con un incremento de las

concentraciones de las enzimas cretininfosfocinasa, alanina-aminotransferasa (ALAT) y lactodeshidrogenasa. El consumo excesivo de alcohol es la segunda causa de osteoporosis en la población general y la primera en los varones. Muchas veces la alteración se detecta tras una fractura, sobre todo de la parrilla costal. La osteoporosis se desarrolla por malabsorción de calcio, vitamina D y otros nutrientes.

Sistema neurológico

El síndrome de Wernicke se produce por déficit de tiamina y su clínica consta de nistagmo, ataxia, oftalmoplejía y delirium. El diagnóstico suele fundamentarse en la rápida mejoría que se produce al administrar la vitamina B, El síndrome de KorsaKoff es un trastorno amnésico y, en el 75 % de los casos se produce cuando el aporte vitamínico no evita que se lesione la porción inferomedial de los lóbulos temporales, el tálamo, el hipotálamo y otras áreas cerebrales próximas. Si la administración de tiaminano revierte la encefalopatía, debe pensarse en la pelagra como diagnóstico alternativo.Esta alteración se produce por un déficit de niacina que lesiona las neuronas de la corteza motora, los ganglios basales, los núcleos motores del tallo cerebral y las astas anteriores. La clínica de la encefalopatía pelagrosa se caracteriza por delirium, depresión, ansiedad, irritabilidad e insomnio.

La desmielinización focal del cuerpo calloso y la comisura anterior se conoce como enfermedad de Marchiafava-Bignami. Cursa con demencia lentamente progresiva, disartria, hipocinesia y descontrol de esfínteres. Se atribuye a carencias nutricionales y suele observarse en varones alcohólicos de 45-60 años que presentan cirrosis hepática. La mielinosispontina central es un trastorno poco frecuente y de causa desconocida producido por desmielinización de la base de la protuberancia y que cursa con obnubilación, cuadriparesia, paresia facial y trastornos respiratorios.

La ámbliopía alcohólica se produce por una afectación retrobulbar del nervio óptico. Cursa con pérdida progresiva de la agudeza visual y escotomas. Las neuropatías del sistema nervioso vegetativo pueden causar impotencia sexual e íleo adinámico. Las neuropatías periféricas son el trastorno neurológico más frecuente entre los alcohólicos crónicos. La clínica consiste en dolor y parestesias, que al principio suelen afectar sólo a las extremidades inferiores.

Metabolismo

El alcohol produce hipoglucemia, porque a dosis elevadas aumenta la secreción de insulina e inhibe la captación de glucosa. Además, el etanol reduce la lipólisis, la cetogénesis y la oxidación de los ácidos-grasos, juntó con hiperlipemias, los alcohólicos también sufren trastornos de la síntesis proteica por alteración de la transaminación e inhibición de la desaminación oxidativa de los aminoácidos.

Las avitaminosis del complejo B son muy frecuentes y tienen gran trascendencia clínica y terapéutica. El déficit de tiamina causa el síndro me de Wernicke-Korsakoff. El alcohol interfiere en la síntesis de fosfato de piridoxal, que es la fracción activa de la vitamina B6, y la administración de glucosa por vía parenteral también reduce las reservas de esta vitamina. El déficit de vitamina B6, altera la síntesis de aminoácidos.

La ingesta excesiva de alcohol aumenta la excreción renal de magnesio, calcio y potasio. La hipomagnesemia se considera fisiopatológicamente implicada en muchos de los síntomas de la abstinencia de alcohol. La hipocalcemia se complica con tetania y osteoporosis. La manifestación clínica más frecuente de la hipopotasernia son las arritmias cardíacas.

Complicacionesinfecciosas y oncológicas

El alcohol posee un efecto inmunosupresor humoral y celular. Además, en las hepatitis alcohólicas graves disminuyen las subpoblaciones de linfocitos periféricos. Las infecciones que con más frecuencia sufren los alcohólicos son las hepatitis B y C, la neumonía por neumococos gramnegativos y por anaerobios, la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, la peritonitis, la endocarditis y la meningitis bacteriana. Se acepta que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de cáncer en la cavidad oral, faringe, esófago, estómago, hígado, colon y recto.

Síndrome alcohólico fetal

El alcohol atraviesa la barrera placentaria, induce abortos espontáneos y posee un efecto teratógeno, incluso el consumo de cantidades moderadas de etanol entraña un riesgo elevado de que se produzca el síndrome alcohólico fetal. La prevalencia de este síndrome es de I a 3 por 1.000 nacimientos, aunque las formas de expresión parcial son aun más frecuentes. Los niños afectados por este trastorno sufren retraso en el crecimiento intrauterino, talla pequeña persistente, microcefalia moderada y dismorfia facial. Los rasgos más característicos son labio superior delgado con ausencia de filtrum, nariz corta, hendiduras palpebrales pequeñas y mandíbula también pequeña. Además, son muy frecuentes el retraso mental, la hiperactividad y las alteraciones de la coordinación.

COMPLICACIONES PSICOPATOLÓGICAS: TRASTORNOS MENTALES CONCOMITANTES

Los efectos biológicos del alcohol sobre el sistema nervioso central pueden inducir nuevos trastornos mentales y agravar los ya existentes (Schukit y Monteiro, I988). Además, los alcohólicos sufren con frecuencia otras adicciones. A su vez estos trastornos mentales concomitantes al alcoholismo, independientemente de su

origen, influyen de un modo negativo sobre la evolución de este trastorno adictivo (Rounsaville y cols., 1987). El círculo vicioso descrito causa un grave deterioro del estado psicopatológico Muchas personas que carecen de domicilio (homeless) sufren un trastorno dual típicamente compuesto por el alcoholismo y un trastorno psicótico. Entre los sujetos que fallecen por autólisis el l5-45 % sufren alcoholismo y el 15 % de los alcohólicos consuman el suicidio (Berglund, 1984; Henriksson y cols., 1993).

Trastornos mentales inducidos por el alcohol

Son los trastornos mentales que se consideran causados por el alcohol. La mayoría de estos trastornos secundarios surgen tanto durante la intoxicación como durante la abstinencia de la sustancia.

Delirium. El delirium puede aparecer por intoxicación o abstinencia de alcohol. En este último caso se denomina delirium tremens. Este trastorno suele comenzar entre 3 y 4 días después de interrumpir la ingesta y puede evolucionar hacia la remisión completa o hacia la muerte. El desenlace fatal se produce en el 20 % de los casos no tratados, y en el 2 % de los tratados. El delirium tremens se acompaña de temblor en manos o lengua, sudación, ansiedad y taquicardia. Los trastornos perceptivos visuales vividos y corpóreos poseen muchas veces un contenido terrorífico y suscitan una intensa reacción emocional. Son característicos de este delirium las zoopsias y el delirio ocupacional. Las zoopsias son alucinaciones visuales de animales que generalmente poseen un pequeño tamaño. El delirio ocupacional consiste en que el paciente en plena alteración de su nivel de conciencia, actúa y gesticula corno si estuviese realizando su trabajo habitual.

Durante la intoxicación o la abstinencia de alcohol concurren con frecuencia determinadas patologías que también pueden causar delirium. Entre estas destacan las siguientes: hipoglucemia, traumatismo craneoencefálico, hematoma

subdural, hemorragias digestivas, encefalopatía hepática, neumonía y déficit de tiamina. El delirium originado por esta última causa se denomina síndrome de Wernicke. La presencia de las alteraciones referidas siempre debe ser investigada para identificar la causa o las causas del delirium.

Demencia. Se admite que el efecto, tóxico del alcohol puede causar demencia. Sin embargo, resulta necesario descartar otras etiologías que son muy frecuentes entre la población general, como la enfermedad de Alzheimer, o entre los mismos pacientes alcohólicos, como las carencias nutricionales. Mas del 60% de los alcohólicos desintoxicados sufren un deterioro cognitivo leve que no se puede considerar demencia. Este deterioro mejora de forma notable durante los primeros 2 meses de abstinencia y luego se recupera más lentamente.

Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol. El síndrome de Wernicke que no remite de forma espontánea o no es tratado oportunamente con tiamina evoluciona hacia un síndrome amnésico que se denomina síndrome de Korsakoff. El paciente que sufre esta alteración presenta por definición un trastorno de la memoria a corto plazo y, además, puede sufrir confabulaciones y alteraciones del estado de ánimo. El blackout también es una amnesia anterógrada, pero se limita a los períodos de intoxicación, mientras que en el síndrome de Korsakoff la alteración mnésica es constante e independiente de la ingesta.

Trastorno psicóticoinducido por el alcohol. Si en la clínica de la psicosis inducida por el alcohol predominan las alucinaciones, el trastorno se denomina alucinosis alcohólica Esta alucinosis suele consistir en alucinaciones auditivas de voces que amenazan gravemente al paciente Este se siente asediado y muchas veces se defiende o reacciona con comportamientos muy peligrosos para sí mismo y para otros. Cuando predominan los delirios, la psicosis alcohólica suele denominarse “paranoia alcohólica”. La celotipia alcohólica es el delirio de celos

inducido por la sustancia. Otras veces el delirio tiene como temas la persecución y el perjuicio.

Otrostrastornosmentales inducidos por el alcohol. Son la disfunción sexual y los trastornos afectivos, de ansiedad y del sueño inducidos por el etanol. El consumo de esta sustancia determina que los pacientes sufran con mucha frecuencia síntomas depresivos, trastorno por angustia o ansiedad generalizada, deseo sexual inhibido, impotencia sexual, insomnio y pesadillas. Las pesadillas pueden ser confundidas con alucinaciones visuales nocturnas por abstinencia de alcohol.

Trastornos mentales no inducidos por el consumo de alcohol

La comorbilidad entre el alcoholismo y otros trastornos mentales no inducidos por el alcohol es muy frecuente. Para determinar con la mayor exactitud tal frecuencia es mejor no utilizar muestras de pacientes que sufren primariamente alcoholismo u otro trastorno mental. Según la falacia de Berkson, cuantos más trastornos sufre una persona más probable es que solicite asistencia por esta causa, las muestras de pacientes que acuden a los centros sanitarios se encuentran inevitablemente sesgadas para realizar estudios de comorbilidad. El procedimiento más adecuado es valorar muestras de la población general.
En el estudio ECA (EpidemiologicCatchment Área) realizado por Regier y cols. (1990) se refiere que la comorbilidad entre alcoholismo y otros trastornos mentales es muy elevada. Si se comparan los pacientes alcohólicos con la población general, los primeros tienen tres veces más probabilidades de sufrir esquizofrenia, casi dos veces más de tener un trastorno afectivo y siete veces más de presentar un trastorno antisocial de la personalidad.

El trastorno antisocial de la personalidad, la depresión y los trastornos de ansiedad son las alteraciones que se asocian más habitualmente con e! alcoholismo. La depresión es más frecuente en las mujeres alcohólicas que en los

varones alcohólicos. La fobia social y la agorafobia suelen preceder al alcoholismo, mientras que los trastornos de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada suelen ser secundarios a esta adicción (Kushner y cols., 1990).

Otras adicciones

Las personas alcohólicas presentan frecuentemente adicciones a otras sustancias psicoactivas como nicotina, tranquilizantes, cocaína y opiáceos. Esta comorbilidad debe ser explorada siempre para detectar las alteraciones que componen el trastorno por dependencia. Por ejemplo, conviene determinar si un cuadro de intoxicación se debe al alcohol, a las benzodiacepinas o a ambas sustancias a la vez. Los análisis de drogas de abuso en orina ayudan a aclarar estas dudas.

PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz y los errores diagnósticos por defecto son los principales problemas existentes para detectar el alcoholismo. Existe un continuum fenomenológico que va desde los patrones no desadaptativos de consumo de alcohol hasta los casos más graves de dependencia. Este continuum es muy difícil señalar a partir de qué punto existe un trastorno mental. El DSM-IV ha establecido arbitrariamente el punto de corte en el cumplimiento de tres ítems cualesquiera del trastorno por dependencia. La utilidad de disposición para detectar precozmente la adicción es discutible, ya que algunos ítems, como síntomas de abstinencia francos, suelen ser manifestaciones tardías de la dependencia. Muchas veces el diagnóstico inicial que se establece es el de abuso de alcohol y más tarde, aunque no siempre, se produce una evolución hacia la dependencia.

A pesar de que la tolerancia, la abstinencia, y complicaciones o el tiempo ocupado por la adicción son alteraciones muy notorias, se producen errores diagnósticos por defecto. Los alcohólicos a diferencia de los heroinómanos, no suelen

presentarse como tales cuando acuden a los centros asistenciales. Muchos pacientes no creen sufrir una adicción ni tampoco relacionan determinadas complicaciones, como la depresión, con el consumo de alcohol. Otras veces, los pacientes se han apercibido de su pérdida de control, pero por diferentes motivos engañan al profesional que les entrevista. Algunas mujeres alcohólicas por ejemplo, beben en secreto y esconden las bebidas en los lugares más insospechados de sus casas. Cuando se les pregunta, incluso niegan que beben alcohol. El descuido de las tareas habituales o la elevada frecuencia de accidentes domésticos permiten sospechar el patrón desadaptativo de consumo de la sustancia.

El alcoholismo debe ser sospechado siempre que se consulta por alguna de las complicaciones sociales, físicas o psicológicas típicas del trastorno. Ante la sospecha conviene preguntar directamente al propio interesado cuestiones parecidas que contienen los cuestionarios de detección del alcoholismo. Además, se debe recurrir a otras fuentes de información. Los familiares o allegados del paciente deben ser entrevistados siempre que sea posible, ya que suelen aportar datos de gran valor. Además, los marcadores bioquímicos del consumo excesivo resultan muy útiles para aclarar las dudas diagnósticas (Rodríguez-Martos, 1989).

CURSO

El curso del alcoholismo es variable (Vaillant, I983, Schukit y cols. 1993). El 20% de ¡os dependientes de alcohol reaccionan ante la aparición de complicaciones graves con una interrupción permanente de la ingesta. En el resto, la alteración es crónica y recidivante ya que las remisiones más o menosprolongadas se alternan con periodos de dependencia o abuso activos. Los fenómenos que caracterizan la dependencia tardan meses o años en aparecer por primera vez. En las recaídas

posteriores, estas alteraciones se instauran mucho más rápidamente (CIE-10).

Las primeras cuatro especificaciones describen varias modalidades de remisión. Para distinguir entre remisión temprana o sostenida se considera un periodo arbitrariamente elegido de 12 meses, ya que durante este primer año existe un riesgo especialmente elevado de recaída.En el DSM-IV solo se especifica una circunstancia evolutiva: la estancia del paciente en un entorno controlado. En la CIE-10 se puede especificar además el tratamiento con sustancias aversivas como el disulfiram.

TIPOLOGÍAS

En el amplio espectro clínico del alcoholismo, varios autores han establecido tipologías del trastorno para profundizar en el diagnóstico, mejorar los juicios pronósticos e indicar el tratamiento más eficaz en cada caso. El antecedente histórico más importante es la clasificación propuesta por Jellinek (1960). Este autor describió los cinco tipos de alcoholismo siguientes:

1. Alfa: no existe dependencia fisiológica; el alcoholismo se desarrolla por factores psicológicos.
2. Beta: tampoco existe dependencia fisiológica, en este caso los factores socioculturales son los determinantes del trastorno.
3. Gamma: existe dependencia fisiológica, los factores psicológicos son etiológicamente los más importantes: cursa con una grave reducción de la capacidad para controlar las cantidades ingeridas.
4. Delta: también existe dependencia fisiológica; los factores sociales son determinantes: cursa con una reducción de la capacidad para conseguir períodos continuados de abstinencia, pero se mantiene el control sobre las cantidades ingeridas.

5. Épsilon o dipsomanía: se caracteriza porque el estado habitual de abstinencia o consumo moderado se interrumpe por episodios de ingesta masiva de alcohol.

Los alcoholismos alfa, beta, gamma, delta y épsilon de Jellinek son equiparables, respectivamente, al bebedor enfermo psíquico, bebedor excesivo regular, bebedor alcoholómano, bebedor alcoholizado y bebedor episódico de Alonso-Fernández (1981). Otros autores han establecido clasificaciones que a pesar de ser muy diferentes, coinciden en conceder una gran importancia al momento de inicio del trastorno y a los antecedentes familiares. Babor y cols, (1992), por ejemplo, defienden la existencia de un tipo A de alcoholismo caracterizado por el inicio tardío, la menor gravedad de la dependencia, la escasez de factores de riesgo durante la infancia y la baja incidencia de complicaciones médicas, sociales v psicopatológicas. Por contra, el tipo B se caracteriza por el inicio precoz, la existencia de alteraciones psicopatológicas previas, la extrema gravedad de la adicción, la sobrecarga de antecedentes familiares de alcoholismo, el consumo de otras sustancias psicoactivas, una historia más prolongada de tratamiento a pesar de la corta edad y la mayor incidencia de acontecimientos vitales estresantes y de complicaciones de todo tipo.

ETIOLOGÍA Y FISÍOPATOLOGÍA

En la génesis del alcoholismo se entremezclan factores sociales, psicológicos y biológicos. Para que haya alcoholismo, es imprescindible, en primer lugar, que se pueda disponer de esta sustancia. Posteriormente, el alcohol tiene que ejercer sus efectos reforzadores sobre una persona más o menos vulnerable a la adicción. Como podernos saber por experiencia, no todas las personas que consumen alcohol son alcohólicos.

FACTORES SOCIALES

Determinan la disponibilidad de alcohol. La cultura y la economía de muchos países de nuestro entorno favorecen el consumo de esta sustancia En casi todos los hogares se dispone de alcohol y mas allá de las costumbres de cada familia existen, casi indefectiblemente, presiones grupales o reclamos publicitarios para beber, aunque sea de forma moderada. En otras culturas, como la árabe, se obstaculiza el consumo de la sustancia, y la vulnerabilidad de cada persona al alcoholismo se pone a prueba con mucha menor frecuencia.

FACTORES BIOLÓGICOS

Varias líneas de investigación han comunicado que existe una diferente vulnerabilidad genérica a esta adicción, vulnerabilidad que podría estar relacionada con polimorfismos de los genes que promueven el receptor D, de la dopamina y las enzimas alcohol y aldehído-deshidrogenasa (Clemente y Sánchez-Turet, 1999). Entre las personas que tienen un familiar de primer grado afectado de alcoholismo, el nesgo de sufrir la adicción es tres-cuatro veces mayor que entre los individuos que carecen de este tipo de antecedentes. Los estudios de adopción tienden a confirmar que este riesgo se atribuye a factores genéticos. El alcoholismo de los hijos adoptados se explica mejor por los antecedentes de sus progenitores biológicos que por la adicción al alcohol de los padres que los crían.

Además, en los estudios realizados en gemelos se refiere una mayor concordancia de alcoholismo entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos.

El concepto de vulnerabilidad genética implica la existencia de diferencias antes de que se inicie el consumo de alcohol y una respuesta también diferente al tomar esta sustancia. Se ha observado que los hijos de padres alcohólicos presentan anormalidades en el trazado electroencefalográfico y una menor amplitud de la

onda P300. Además, las dosis necesarias para inducir en ellos un cuadro de intoxicación, durante las primeras ingestas, son más elevadas.

Las sustancias susceptibles de abuso inducen un refuerzo positivo a través de sus efectos biológicos sobre el sistema nervioso central. Los datos disponibles en la actualidad apuntan hacia que el alcohol proporciona, efectos gratificantes y placenteros, el refuerzo positivo, a través de los sistemas dopaminérgicos fundamentalmente (Samson y Harris, 1992). El refuerzo positivo se relaciona con un aumento de las concentraciones de dopamina en la sinapsis que establecen las neuronas del área tegmental ventral con las del núcleo accumbens. La administración de alcohol potencia la función de estas proyecciones rnesolímbicas del sistema dopaminérgico a través de una estimulación de los receptores tipo 3 de la serotonina (5-HT3). El alcohol también favorece la función opiácea endógena. Existe la posibilidad ere que este efecto se produzca, al menos en parte, por la síntesis de tetrahidroisoquinolonas Estos compuestos poseen actividad opioide y se producen por condensación de los metabolitos del alcohol con las monoaminasbiógenas. Los desagradables síntomas de abstinencia de alcohol se relacionan con una hipofunción del sistema gabaérgico, que es inhibitorio, y una hiperfunción de los sistemas glutamatérgico y noradrenérgico que son excitatorios (Guardia y Prat. 997).

FACTORES PSICOLOGÍCOS

Deseo (craving) de beber: el núcleo psicopatológico de la adicción

Según la CIE-IO, -la manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo a menudo intenso y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas.

Todos los ítems del síndrome de dependencia pueden relacionarse con la existencia de un deseo anormalmente exacerbado (craving) de beber junto con una reducción de la capacidad para controlar tal deseo, o con una coincidencia de estas dos alteraciones. Cabe la posibilidad de que estos dos síntomas sean en realidad dos formas diferentes de expresar lo mismo. Los rasgos psicológicos del paciente y la capacidad del medio para aceptar el deseo corno una enfermedad podrían influir en que se enuncie de modo diferente el mismo síntoma.

El desequilibrio entre el deseo de beber y su control posee un gran poder descriptivo del trastorno. Los ítems 3 y 4 de la dependencia de alcohol se refieren explícitamente a las dificultades de control. Los fenómenos de tolerancia pueden relacionarse con la persistencia del deseo porque demoran la sensación de saciedad. Entre los pacientes alcohólicos el consumo de la primera copa entraña un gran riesgo, porque se produce un incremento importante del deseo de beber.

Los síntomas de abstinencia constituyen uno de los más poderosos estímulos para el deseo de beber.

Como consecuencia del craving y la falta de control, la persona afectada emplea mucho tiempo en beber y reponerse de la intoxicación. El número de horas que ocupan cada día la ingesta y sus consecuencias constituye un buen índice de la gravedad del trastorno.Por falta de tiempo, por desinterés o por imposibilidad física, otras actividades que en el pasado fueron muy importantes para la persona dejan de desarrollarse adecuadamente. Por último, el deseo de beber alcohol puede llegar a pesar más que otras motivaciones a la hora de decidir los comportamientos.El paciente bebe a pesar de las complicaciones médicas, sociales o psicopatológicas que sufre.

Valoración del deseo en la práctica clínica. El deseo de beber y la insuficiente capacidad de control de la ingesta no se consideran un criterio necesario para el

diagnóstico de alcoholismo, porque muchos pacientes niegan tener tal deseo y sus afirmaciones no se pueden contrastar con ningún criterio objetivo. Mientras que el consumo es un comportamiento observable, el deseo y la capacidad de control son valoraciones subjetiva del paciente o inferencias del observador.

Los investigadores que trabajan con modelos animales de la adicción consideran que el consumo de alcohol está relacionado con procesos de refuerzo positivo y negativo. El refuerzo positivo es inducido por estímulos que proporcionan placer, bienestar y euforia a un sujeto que se encontraba previamente bien. El refuerzo negativo es producido por agentes que eliminan los síntomas de abstinencia o el dolor, el malestar y la disforia. El refuerzo positivo se ha comparado con la sacarina que se añade al café para endulzar su sabor y el retuerzo negativo con el efecto de la aspirina sobre el dolor (Wise, 1988).

Los clínicos que llevan a cabo el tratamiento de las adicciones suelen mezclar conceptos que pertenecen a diferentes marcos teóricos. Muchos trabajan con la hipótesis de que todos los adictos sufren un deseo anormalmente intenso de consumir sustancias psicoactivas. Si el paciente no se apercibe de tal deseo, lo atribuyen a mecanismos de defensa como la negación. Además, piensan que el craving tiene su origen en las expectativas de obtener un placer o de aliviar los síntomas de abstinencia.

Recaídas. El aprendizaje y la memoria desempeñan un papel clave en la persistencia de la adicción. Los recuerdos ligados a las experiencias de refuerzo positivo son muy vívidos y duraderos. Los objetos, los lugares y las personas relacionadas con la ingesta de alcohol se convierten en estímulos condicionados capaces de suscitar el deseo (O 'Brien y cols,. 1995). Aunque la dependencia haya remitido durante mucho tiempo y no exista sintomatología de

abstinencia, basta con ver un anuncio publicitario o con encontrar inesperadamente a un antiguo amigo del bar para que resurja el deseo de beber.

Personalidad

No se ha identificado un tipo de personalidad especialmente vulnerable al alcoholismo. Sin embargo, el bebedor enfermo psíquico y el bebedor alcoholómano presentan con mucha frecuencia antecedentes significativos de impulsividad o ansiedad. Estos antecedentes se han relacionado con la etiología del alcoholismo a través de los conceptos de refuerzo positivo y negativo, respectivamente.

Las personas impulsivas adolecen de una capacidad reducida para controlar sus impulsos. Esta carencia se observa típicamente en los trastornos disocial y por déficit de atención que describe el DSM-IV. Algunos alcohólicos presentan durante la infancia estos trastornos, pero entonces su impulsividad se manifiesta en las actividades propias de esa etapa de la vida. Con la llegada de la adolescencia se producen las primeras ingestas de alcohol y surge el deseo de beber por la euforia y el placer experimentados. Entonces, según esta hipótesis la impulsividad se manifiesta también en una insuficiente capacidad de control sobre el deseo de beber Otras veces, los familiares aportan datos indicativos de que el paciente sufrió durante la infancia una ansiedad muy elevada. Se supone que cuando estas personas experimentan el efecto euforizante del alcohol, notan a corto plazo una reducción muy significativa de su malestar y tienden a repetir el consumo. Por ejemplo, durante la adolescencia son frecuentes los consumos de alcohol antes de fiestas u otras situaciones sociales para reducir la timidez y la inhibición del comportamiento. Según la hipótesis de la automedicación las adicciones surgen porque algunas personas consumen alcohol y drogas en un intento de tratar sus estados de ansiedad, disforia y depresión.

PREVENCIÓN

La necesidad de prevenir se plantea ineludiblemente cuando existe consumo de riesgo, sin que se haya desarrollado todavía abuso o dependencia. El objetivo en este momento, en el que aún no se detectan trastornos o enfermedades, es el consumo moderado en vez de la abstinencia. La prevención sólo tiene éxito si es asumida por el propio bebedor de riesgo, que debe estar informado de las complicaciones potenciales que puede, tener la ingesta de alcohol. También se le deben facultar conocimientos útiles para restringirla. Por ejemplo, si aprende a medir los gramos de alcohol que toma todos los días estará en disposición de respetar un límite. Algunas estrategias que han sido beneficiosas para otras personas, como no ingerir alcohol en ayunas o todos los días, también pueden ayudarle a beber menos.

TRATAMIENTO

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: RETENCIÓN Y ABSTINENCIA

El objetivo último del tratamiento es la abstinencia del alcohol. La retención en el tratamiento permite la puesta en marcha de las intervenciones dirigidas a fomentar la abstinencia. La principal preocupación del equipo terapéutico es que la motivación por el tratamiento sea más fuerte que la motivación por el consumo.

Mientras se mantenga esta correlación de fuerzas, existen posibilidades de que el paciente adquiera un mayor control de su comportamiento. La retención en el tratamiento también depende de las actitudes del equipo terapéutico.

La elevada motivación por el tratamiento que se produce ante el dolor no se suele observar cuando se trata de controlar un deseo y renunciar a los efectos

gratificantes de una sustancia. En general, las personas alcohólicas o con cualquier otra adicción son muy ambivalentes respecto al tratamiento. La decisión de abandonar el consumo surge en medio de un gran conflicto: el paciente desea el alcohol, pero al mismo tiempo pretende interrumpir su consumo por las consecuencias negativas que le ha acarreado. La experiencia de una dieta, alimentaria o, más exactamente, los autotratamientos de la dependencia de nicotina son, ejemplos cotidianos de este conflicto de motivaciones.

Desde la perspectiva de los profesionales, la relación terapéutica con los alcohólicos no siempre es fácil. Los dependientes tienden a minimizar, de forma más o menos deliberada, su deseo de beber y las cantidades de alcohol realmente consumidas. Además, un grupo considerable de pacientes expresan de forma reiterada u ocasional sentimientos negativos hacia sus terapeutas Por último, se producen consumos puntuales o incluso recaídas que a veces son vividos como un fracaso del tratamiento. Ante este cúmulo de dificultades, pueden producirse reacciones de desaliento, evitación o abierto rechazo por parte de los profesionales (GAP Committee, 1991). Estas reacciones pueden hacer olvidar que es más eficaz incentivar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente que confrontarle con sus dificultades para mantenerse abstinente (Miller y Rollnick, 1999).

El tratamiento de las adicciones puede subdividirse en desintoxicación y deshabituación. La primera consiste en interrumpir el consumo de la sustancia y tratar, si aparecen, los síntomas de abstinencia. La segunda es la fase más importante y especifica del tratamiento, ya que tiene como objetivo impedir las recaídas, es decir, conseguir la remisión del alcoholismo (Gallant, 1994).

DESHABITUACIÓN

En esta fase se pretende que el paciente ya desintoxicado, no vuelva a beber. La deshabituación es por definición, prolongada, su continuidad depende en parte de la relación que se mantenga con el paciente. El riesgo de recaída persiste mucho tiempo después de interrumpir el consumo.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Varias modalidades de este tipo de tratamiento han demostrado que son efectivas para tratar el alcoholismo (APA, 1995).

Terapias cognitivo-conductuales. Existe evidencia suficiente de que estas terapias son efectivas para combatir el alcoholismo. Su objetivo es mejorar el autocontrol, la asertividad y las habilidades sociales. Se busca que ante acontecimientos vitales estresantes se desplieguen estrategias de afrontamiento que no consistan en ingerir alcohol. Las estrategias encaminadas a resolver situaciones de alto riesgo, como saber rechazar las invitaciones a beber sin deteriorar las relaciones interpersonales, resultan más efectivas que las dirigidas a evitar estas situaciones.

Terapias conductistas. Algunos estudios controlados también han referido que este tipo de tratamiento es efectivo. La modalidad mejor estudiada es la que se vale del entorno social para reforzar el mantenimiento de la abstinencia.

Terapias psicodinámicas-interpersonales. La efectividad de este abordaje terapéutico para tratar el alcoholismo no se ha demostrado empíricamente.

Intervenciones breves. La relación coste-beneficio de estas intervenciones es óptima, ya que las pueden efectuar profesionales no especializados. Además, cuando el alcoholismo no es grave pueden ser tan efectivas como las terapias prolongadas. La orientación de las sesiones de tratamiento es fundamentalmente psicoeducativa. Se informa al paciente del estado de su problema y de las

medidas que puede poner en práctica para superarlo. El comentario de los manuales de autoayuda facilita esta tarea.

Terapia de pareja y familiar. La implicación de la pareja p la familia en el proceso de tratamiento favorece el mantenimiento de la abstinencia y previene los abandonos. Además, la valoración del alcoholismo en el marco más amplio de la pareja o la familia permite tratar la codependencia. Los familiares codependientes se caracterizan por mantener actitudes, y comportamientos que tienden a perpetuar la adicción (Miller y Gold, 1993).

Terapia de grupo. La gran ventaja del grupo es que permite tratar a un elevado número de personas. Además, el encuentro, entre personas que comparten el problema de una adicción genera la expectativa de ser comprendido y superar una situación de intenso aislamiento individual. El grupo suministra una gran cantidad de información, así como la posibilidad de imitar y discutir estrategias dirigidas a prevenir las recaídas.

Grupos de autoayuda. Estos grupos no son conducidos por profesionales sino por personas, que han conseguido la remisión de su alcoholismo. El grupo de autoayuda más conocido es Alcohólicos Anónimos (AA). La efectividad de AA no ha sido evaluada en estudios aleatorizados, pero se considera que los alcohólicos con creencias religiosas más arraigadas se benefician de participar en estos grupos. El programa de AA se estructura en doce pasos. Los pasos son fórmulas preestablecidas que permiten declarar, básicamente que no se niega la existencia de la adicción y que se confía en Dios para superarla. Por ejemplo, Admitimos que habíamos perdido el poder sobre el alcohol, que nuestras vidas escapaban de nuestro control, (primer paso) o Tomamos la decisión de ofrecer nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios según nosotros lo entendemos (Miller y Gold, 1993).

Autotratamiento. Una proporción no determinada de personas que sufren alcoholismo no llega a demandar tratamiento en los Centros especializados (APA/ 1995). Muchas ensayan antes estrategias de autotratamiento en las que en oca-

siones se implican los familiares o allegados. De este modo, algunos dependientes del alcohol, consiguen mantener la abstinencia sin recibir ningún tipo de asistencia (Sobell y Cols., 1993).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No se ha demostrado claramente que esta intervención terapéutica sea eficaz (APA. 1995). Los resultados de este tratamiento mejoran, si el paciente permite que la toma de la medicación sea supervisada.

Disulfiram y cianamida cálcica. Estos preparados inhiben la enzima aldehído-deshidrogenasa y, como consecuencia, producen una acumulación de acetaldehído cuando se bebe alcohol. Las concentraciones elevadas de acetaldehído en suero provocan vasodilatación y una reacción muy desagradable consistente en náuseas y vómitos, enrojecimiento, palpitaciones, hipotensión, disnea, visión borrosa y ansiedad. En casos extremos pueden producirse arritmias, infarto de miocardio y convulsiones. El objetivo del tratamiento no es que el paciente experimente esta desagradable reacción, sino asegurar el mantenimiento de la abstinencia. Todos los pacientes que reciben disulfiram o cianamida deben saber que están tomando estos medicamentos.

La principal indicación de estos fármacos son los pacientes altamente motivados para el tratamiento que recaen de forma no planificada ante situaciones que súbitamente disparan su deseo de beber (APA., 1995). Las contraindicaciones son la hepatopatía grave, las neuropatías periféricas, el embarazo, la insuficiencia renal y las cardiopatías. La cianamida produce una inhibición enzimática más rápida y breve que el disulfiram. Los alcohólicos en recuperación pueden tomar ocasionalmente cianamida cuando anticipan una situación que entraña un riesgo elevado de que se interrumpa la abstinencia.

Naltrexona. La naltrexona (50 mg/día), a diferencia del disulfiram o la cianamida, no impide que los dependientes del alcohol tomen la primera copa sino que disminuye la probabilidad de que la ingesta continúe (O'Malley y cols., 1992; Volpicelli y Cols., 1992). Este fenómeno se atribuye a que los efectos placenteros y gratificantes del alcohol están mediados por agentes opiáceos que no pueden actuar si la naltrexona bloquea los receptores específicos.

La eficacia de la naltrexona en los tratamientos prologandos no se ha demostrado (APA, 1995).

Antidepresivos. Los resultados de varios estudios avalan la posible eficacia terapéutica de la desipramina y de los inhibidores de la recaptación de serotonina en el alcoholismo moderado o leve.

Acamprosato. Algunos ensayos clínicos han demostrado que el acamprosato disminuye el consumo cíe etanol. Este resultado se relaciona con que la sustancia tenga un efecto agonista GABA y antagonista NMDA.[34]

V.III.II.III Tranquilizantes

Han sido múltiples desde la antigüedad, las sustancias que se han utilizado en el intento de controlar la ansiedad. Preparados de plantas autóctonas, bebidas alcohólicas, opiáceos, barbitúricos, etc.

No cabe duda de que su utilidad real es incuestionable. Sin embargo debe también aceptarse que su uso actual es abusivo y desproporcionado con las reales necesidades terapeutas de la mayoría de los pacientes que la consumen.

[34] INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRIA, J ValllejoRuiloba, Cap 37 pgs (631-648)

En una sociedad particularmente estresante como la actual, el control de los cuadros ansiosos se completa como uno de los objetivos prioritarios dentro de la atención psicológica de la población general. Se conocen diversos y muy afectivos métodos no farmacológicos para tranquilizar al paciente ansioso. Por desgracia, todos ellos implican un consumo de tiempo y de recursos humanos que difícilmente parece poder ofrecer la actual medicina tecnificada. Mientras ello no sea solucionado el consumo de benzodiacepinas prescritas por el médico tiene pocas posibilidades de disminuir y el consumo libre por parte de la población tenderá inexorablemente a aumentar.

En los últimos años numerosas voces de alarma sostienen que las benzodiacepinas pueden ser objeto de abuso o dependencia. Sin lugar a dudas, debe aceptarse el hecho de que existe un uso abusivo y muy extensivo de estas sustancias.

Siguiendo estrictamente los criterios de dependencia del DSMIV las benzodiacepinas pueden realmente producir un cuadro de dependencia. Debe sin embargo diferenciarse de entrada una dependencia terapéutica de una dependencia patológica. La primera vendría dada por la necesidad de consumir de forma médicamente controlada, benzodiacepinas por un largo periodo de tiempo como única forma de conseguir una calidad de vida adecuada. La segunda estaría definida por la necesidad no justificada de consumir estas sustancias como forma de enfrentarse a las situaciones conflictivas que genera la vida cotidiana.

De todo ello debe concluir que debe aceptarse que el consumo de benzodiacepinas es excesivo en la sociedad actual y deberían arbitrarse recursos para conseguir disminuir su prescripción o consumo libre

V.III.II.IV Estimulantes

Anfetaminas.

A partir de 1960 las anfetaminas estuvieron directamente ligadas a distintos movimientos juveniles que como reacción a las normas sociales imperantes iniciaron su denuncia en esta época. Con ello en numero de individuos dependientes aumento de forma espectacular apareciendo al mismo tiempo múltiples casos de cuadros psicóticos orgánicos principalmente cuando los consumidores efectuaron, con la aparición de la metanfetamina, el paso de la vía oral a la inyectable.

En el hombre los efectos observados tras la administración de anfetaminas tienen relación con la vía de administración y la dosis. La vía de administración es normalmente la oral aunque se utiliza también la intravenosa o para la metanfetamina, la intranasal. A dosis bajas, estas sustancias producen sensación de relajación de energía, de autoconfianza, disminuyen la fatiga, el sueño y el hambre y al mismo tiempo facilitan el aprendizaje. Estos efectos van aumentando de intensidad con las dosis hasta un máximo a partir del cual, dentro de una gran variabilidad individual, provocan cambios conductuales desadaptativos y sintomatología psiquiatrita.

El consumo abusivo puede ser de tipo episódico, los fines de semana, periodos de exámenes, etc., seguidos de periodo de abstinencia o bien de tipo crónico y diario, con un aumento progresivo de las dosis, dando lugar a la aparición de alteraciones de la atención y la memoria y cuidaros de depresión irritabilidad, anhedonia: falta de energía e ideación paranoide.

A dosis elevadas pueden llegar a producir una ideación paranoide y autoreferencial, con alteraciones perceptivas y conductas auto y heteroagresivas.

Después de un cuadro de intoxicación y tras el consumo sostenido de altas dosis de anfetaminas aparece al interrumpir el consumo de sustancias, un efecto de rebote que puede cursar con un estado de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y depresión que pueden durar varios días.

En los cuadros de intoxicación grave aparecen síntomas físicos de intoxicación, como dilatación pupilar, taquicardia, aumento de la atención arterial, sudoración o escalofríos, nauseas y vómitos y cambios conductuales desadaptativos, consistentes en un estado de alerta y agitación psicomotora, sentimientos de omnipotencia y grandiosidad, agresividad y violencia.

Se ha descrito un síndrome de abstinencia por anfetaminas que comprende un estado de ánimo disfórico (depresión, irritabilidad y ansiedad) junto a fatiga, insomnio o hipersomnia y en ocasiones agitación psicomotriz que pueden derivar a conductas violentas tendientes a la obtención del tóxico. Este cuadro es la mayoría de las veces, difícil de diferenciar del efecto rebote descrito anteriormente.

Se ha descrito asimismo un cuadro de delirium por anfetaminas que puede aparecer en las 24 horas siguientes, el uso de esta sustancia, presentando alucinaciones táctiles y olfativas junto con labilidad afectiva. Con frecuencia se produce una conducta violenta o agresiva que produce contención.

Cocaína

La cocaína tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del SNC. El mecanismo exacto por el cual la cocaína ejerce sus efectos estimulantes del SNC no están del todo aclarados, aunque se considera que actúa a través del bloqueo del transportador de dopamina

presináptico inhibiendo la recaptación de este neurotransmisor. Sin embargo su consumo continuado provoca una depleción cerebral de dopamina y noradrenalina, que redundan en una disminución funcional de la actividad catecolaminérgica con la subsiguiente aparición de fenómenos de hipersensibilización de los receptores dopaminérgicospostsinápticos.

Podemos distinguir dos patrones diferentes de consumo de cocaína, el uso episódico y el crónico. Cuando la cocaína se fuma o se consume por vía intravenosa, la progresión desde el consumo ocasiona hasta el abuso y la dependencia es muy rápida, generalmente de días o semanas. En la administración por vía intranasal la progresión hacia la dependencia puede no ser tan evidente hasta meses o años después de iniciado el consumo. Cuando está establecida la dependencia se producen una serie de cambios conductuales y psicológicos que incluyen depresión, irritabilidad, anhedonia, aislamiento social.

También pueden existir alteraciones de la atención y problemas de la memoria, disfunción sexual e ideación paranoide.

La intoxicación por cocaína se caracteriza por la presencia de euforia, alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad del juicio, así como de la actividad laboral o social, agresividad y sensación de grandiosidad. Si la administración ha sido por vía intravenosa, se acompaña de una sensación repentina característica de bienestar y confianza que puede llegar euforia. En casos graves puede haber confusión, locuacidad o lenguaje incoherente, ansiedad y crisis de angustia. La intoxicación a dosis altas se puede acompañar transitoriamente de ideas autorreferenciales y de acción paranoide, aumento del interés sexual y sensación de verosentir insectos y parásitos en la piel. Si las ideas delirantes o las alucinaciones persisten el cuadro se diagnostica como del trastorno delirante por cocaína.

Gawin y Kleber (1986) han descrito un síndrome de abstinencia por cocaína que consta de tres fases.

Fase 1. Crash (de 9 horas a 4 días). Al finalizar un episodio de abuso continuado de cocaína que puede haber durado varios días cursa con depresión, anhedonia, insomnio, irritabilidad, ansiedad y deseo imperioso de volver a consumir cocaína.

En esta primera fase el estado de fatiga se acentúa hasta llegar a la letargia y anergia. De la anorexia inicial se pasa a la bulimia y del insomnio a la hipersomnia, y el deseo de consumir inicial va desapareciendo. Se pueden presentar también ideas paranoides y de autólisis.

Fase 2 Abstinencia (de 1 a 10 semanas) se inicia a partir del quinto día después del último consumo de cocaína. Cursa con anhedonia, cierta disforia, anergia, ansiedad, irritabilidad, sensación de intenso aburrimiento y craving.

Fase 3 Extinción (duración indeterminada) recuperación del estado afectivo de base con una respuesta hedónica renormalizada. Los estímulos condicionados pueden, sin embargo desencadenar un estado de “necesidad y búsqueda de la droga” que precipita la recaída.

Cafeína

La cafeína es clasificada farmacológicamente como un estimulante del SNC. Produce estimulación del metabolismo, aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la capacidad de vigilancia. Se consume habitualmente en forma de infusiones de café o té, en alimentos como el chocolate o el cacao, en bebidas de cola y en fármacos antigripales, antimigrañosos, analgésicos, antitusigenos, etc. Es utilizado como estimulante menor, por sus propiedades analépticas y su consumo está ampliamente extendido en todo el mundo.

Sin embargo las recientes investigaciones han confirmado la opinión de que esta sustancia puede ser objeto de abuso. Su uso crónico se asocia frecuentemente con dependencia y tolerancia induciendo un síndrome característico denominado cafeinismo.

Intoxicación por cafeína incluye: intranquilidad, nerviosismo, excitación, insomnio, congestión facial, diuresis, molestias gastrointestinales, contracciones musculares, pensamiento y lenguaje inconexo, taquicardia o arritmia cardiaca unidos a periodos de gran actividad motora o agitación psicomotriz.

Abstinencia de cafeína. El DSM IV no describe un trastorno por abstinencia de cafeína, al considerar que este síndrome general no alcanza la suficiente gravedad como para requerir asistencia médica. Sin embargo admite que esta demostrado la aparición de cefaleas.

V.III.II.V Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias que se caracterizan por producir a dosis subtóxicas alteraciones de las funciones psíquicas básicas de la sensopercepción y de los procesos cognoscitivos, junto al nombre de alucinógenos relacionado con su capacidad para producir alucinaciones.

Algunos alucinógenos son extractos de plantas consumidas desde la antigüedad por su actividad psicoactivas. La “mescalina” se obtiene de cactus Mexicano peyote.

Otros como la LSD derivado del cornezuelo del centeno son sustancias que se obtienen por síntesis química. La fenciclidina (PSP o “polvo de ángel”) es una sustancia clasificada como agente alucinógeno atípico ya que si bien provoca

cambios en la percepción de la imagen corporal, distorsión visual, auditiva y perceptiva, rara vez da lugar a alucinaciones verdaderas.

La LSD es el prototipo de los derivados del ácido lisérgico y produce unos efectos clínicos virtualmente idénticos a los de la mescalina y la psilocebina, aunque con una potencia muy superior. El consumo de cualquiera de estas sustancias da lugar a la aparición de un cuadro caracterizado por la presencia de síntomas somáticos y síntomas psíquicos. Entre los primeros destacan vértigo, debilidad muscular, temblores, nauseas, somnolencia, parestesias y visión borrosa. Entre los segundos alteraciones de las funciones psíquicas básicas con graves alteraciones del humor tendentes a la euforia o a la depresión: trastornos de la sensopercepción, con hiperreactividad a la estimulación sensorial y fenómenos alucinatorios múltiples: trastornos de la construcción y curso del pensamiento: fenómenos de despersonalización y vivencias de tipo delirante.

Los efectos psíquicos de la LSD y resto de alucinógenos son las crisis de pánico, las alteraciones del estado de ánimo de tipo depresivo y los episodios paranoides que pueden abocar al individuo a conductas auto y heteroagresivas o al iniciar un trastorno psiquiátrico de larga duración, difícilmente diferenciable de los de teología endógeno.

V.III.II.VI Fármacos No Clasificables

Cannabis.

El cannabis sativa o marihuana es una planta que contiene una gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. Fue introducido en terapéutica en el siglo XIX, con diferentes indicaciones como los tratamientos de la tos, la fatiga, el reumatismo y la migraña.

A diferencia de la LSD la marihuana no produce dilatación pupilar aumento de la tensión arterial ni incremento de la temperatura corporal. Es además muy cuestionable si la marihuana a la dosis que es consumida habitualmente produce habitualmente alucinaciones otra diferencia importante es el hecho que con las drogas del tipo de LSD se desarrollan dependencia rápidamente, mientras que con el cannabis ocurre muy rara vez.

Sin lugar a dudas es la sustancia psicoactiva ilegal mas amplia consumida entre la población general asociándose con frecuencia su consumo al de otras sustancias, como bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas ilegales.

La intoxicación por cannabis se caracteriza por la presencia de euforia, ansiedad, ideas paranoides, distorsión del sentido del tiempo, aumento de la sensibilidad para estímulos externos, deterioro de la capacidad de juicio o retraimiento social. Los efectos sensoriales se acompañan de un deterioro de la vigilancia, la memoria y el rendimiento psicomotor. Pueden producirse crisis de angustia o trastornos disfóricos.

En el DSM-IV se contempla la dependencia del cannabis como asociada a un consumo que tiende a ser diario y con tolerancia a algunos de sus efectos, lo que provoca una escalada en la frecuencia de administración. Existe disminución de la capacidad de atención, del rendimiento intelectual y del aprendizaje, junto con la anhedonia, un síndrome amotivacional y letargia. Asimismo se señala la presentación de deterioro en la actividad laboral y social, aunque rara vez la persona acude a solicitar tratamiento por ese motivo.

Fenciclidina (PCP)

El consumo de PCP acostumbra a iniciarse de forma indirecta al encontrase como contaminante de muchas otras sustancias ilegales. Suele utilizarse de forma episódica a dosis elevadas - de 5 a 15 mg – en forma de experiencias que pueden durar varios días. Tras unos consumos iniciales para conocer sus efectos generalmente se abandona su uso o bien se evoluciona rápidamente hacia la dependencia con consumos diarios. No está aclarada la existencia de tolerancia y de síndrome de abstinencia agudo para esta sustancia.

Los síntomas físicos incluyen vértigo, disartria, ataxia, nistagmus vertical y horizontal, taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudación e hiperreflexia. A dosis altas pueden aparecer convulsiones y depresión respiratoria. Los efectos psíquicos más comunes son alteración de la imagen corporal y desorientación, junto a dificultad para integrar los estímulos sensoriales. Puede presentarse cuadros de agresividad e impulsividad aunque estos efectos parece ser que están más relacionados con la personalidad del sujeto que con un efecto directo de la droga.

Se han descrito también conductas suicidas y automutilaciones. El consumo de altas dosis de PCP se ha visto asociado con la aparición de alteraciones del estado de ánimo, trastornos psicóticos orgánicos muy similares a la esquizofrenia y delirium.

Inhalantes

Durante siglos, múltiples han utilizado la inhalación de vapores de sustancias orgánicas con finalidades iniciáticas, místicas o en rituales mágicos. Actualmente los inhalantes constituyen junto con el tabaco, la marihuana y el alcohol, las sustancias de abuso más frecuente entre los adolescentes occidentales.

Los inhalantes constituyen un grupo heterogéneo de compuestos orgánicos que incluyen sustancias tan diversas como disolventes de pinturas, colas, desengrasantes, aerosoles, anestésicos o pegamentos.

El inicio de proceso de intoxicación es casi inmediato, manteniéndose hasta 90 minutos después de dejar de inhalar. Los síntomas físicos son parecidos a la de embriagues alcohólica cursando con mareos, nistagmus, lenguaje farrullante, enlentecimiento psicomotor, incoordinación motora, marcha inestable etc. que pueden llegar al estupor o al coma.

Su abuso suele asociarse al de otras sustancias psicoactivas como las bebidas alcohólicas y el cannabis. En la dependencia el consumo suele ser diario, con varios periodos de intoxicación al día pudiendo persistir durante años. Si bien el cuadro de intoxicación aguda es relativamente homogéneo para todos los inhalantes, las complicaciones del consumo crónico varían en función de cada producto. Se constata afectación neurológica particularmente con el tolueno y el hexano con trastornarnos de memoria y deterioro intelectual permanente, cefaleas, alteraciones hepáticas, renales, hematológicas, etc.

Nicotina

El hábito social de fumar cigarrillos suele ser una forma de inicio del consumo. Posteriormente diversos factores pueden contribuir a la dependencia: la rapidez de los efectos, la dependencia física de la nicotina, amplia difusión del consumo, el precio asequible, el consumo pasivo en los ambientes serrados.

La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. Los efectos periféricos como la inhibición de la contracción gástrica, el aumento de la frecuencia cardiaca, la liberación periférica de noradrenalina. A nivel central estimula la liberación de sustancias hormonales, aumenta los niveles plasmáticos de noradrenalina y produce liberación de vasopresina.

El síndrome de abstinencia no esta tan bien estudiado como el que generan otros tipos de drogas. El inicio de los síntomas de abstinencia puede ocurrir a las pocas horas del último cigarrillo o retrasarse durante días. Se caracteriza por la presencia de necesidad de fumar, ansiedad, irritabilidad, sensación de contrariedad o ira, dificultad de concentración, alteraciones gastrointestinales e insomnio, junto a ello aparecen asociados cambios fisiológicos, modificaciones en el sueño, reducción del metabolismo, incremento de la tos, estreñimiento, aumento de peso, cefaleas, temblor, etc.

Drogas de síntesis

A pesar de que actualmente la designación de “drogas de síntesis” parecen sinónima de psicoestimulantes, es preciso recordar que la mayoría de los modelos alucinógenos son drogas de síntesis y que también existen derivados opiáceos englobables en este grupo:

1. Derivados opiáceos: MPTP causa en el hombre un síndrome parkinsoniano irreversible muy similar en su perfil neuropatológico a la enfermedad de Parkinson idiopática.
Fentanilo. Es un potente analgésico de acción extremadamente rápida y con un alto potencial de abuso. Es aproximadamente 100 veces más potente que la morfina.

2. Derivados anfetamínicos: Tienen especial interés en la actualidad las feniletilaminas sustituidas ya que son los psicoestimulantes ilegales que más se consumen entre la población juvenil. De ellas destacan la 3.4-metilendioxianfetamina (MDA o “droga de amor”) la 3.4-metilendioximeranfetamina (MDMA “Adán” o “éxtasis”) y la 3.4-metilendioxietanfetamina(MDEA, EDE o “Eva”) incluida en el grupo de entactógeno se refiere a las sustancias usadas para obtener experiencia subjetiva de sentirse “emocionalmente cerca” de la persona o personas con las que el individuo se relaciona entre todas estas sustancias se destaca la MDMA o “éxtasis” [35]

V.III.III Fases por las que se pasa del Uso al Abuso y a la Dependencia

El proceso que un usuario desarrolla desde el uso al abuso y luego a la dependencia, es complejo, lento y predecible, en el que se diferencia varias fases:

V.III.III.I Fase previa o de predisposición

Hace referencia a toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas. Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural.

V.III.III.II Fase de conocimiento de la sustancia

Se produce cuando la persona tiene conocimiento real de la existencia de una concreta sustancia, de la que le dicen que produce unos determinados efectos.

[35] INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRIA, J ValllejoRuiloba, Cap 38 pgs (651-678)

Hoy las sustancias psicoactivas están presentes en nuestro mundo social de modo frecuente y así lo han estado en las pasadas décadas, o incluso durante siglos, como son un claro ejemplo las drogas legales, el alcohol y el tabaco, en nuestro medio. Pero el que estén presentes éstas y otras drogas no implica que desde su nacimiento una persona va a tener un contacto directo con todas las drogas. Su contacto y su conocimiento va a depender de la disponibilidad, si es el caso, en su casa o en los lugares donde se relaciona con otros desde la infancia, del interés que surja por ellas en un momento del tiempo, habitualmente en la adolescencia o adultez temprana, y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo en un momento determinado del tiempo.

V.III.III.III Fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias

La fase evolutiva tiene mucha relación con el conocimiento y posterior prueba de las distintas drogas. Sabemos que hay unas edades medias para el inicio en el consumo, aunque las personas con mayor riesgo suelen comenzar a consumirlas antes de esa edad media. En la Segunda Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en estudiantes de Educación Media, 2005 es notorio el inicio de consumo de alcohol a los 13 años 07 meses, los tranquilizantes a los 13 años 02 meses e inhalantes a los 12 años 6 meses.

Algunos otros con menos edad ya la han probado. En la actualidad, el conocimiento sobre las distintas drogas es mucho mayor que hace diez años y se verifica a edades más tempranas. La adolescencia es el período por excelencia asociado al consumo de drogas, o al inicio de su consumo; y en la adolescencia, lo normal es la transgresión más que la institucionalización.

Ello se ve reflejado en los tipos de consumo, como por ejemplo cuando se bebe alcohol en calles, avenidas, parques y cualquier otro espacio público. También en

los últimos años se ha incrementado de modo importante el uso de drogas como una forma recreativa más, o una forma de aguantar mejor la diversión.

Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no sólo será pasivo, obtenido de otros, sino que también pasará a ser activo. Aunque ello está facilitado por múltiples factores, el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrar una gran facilidad para el consumo de distintas drogas, especialmente las legales, favorece el que el joven desee conocer más sobre las mismas y sobre otras de las que escucha hablar o sabe de su existencia.

El adecuado conocimiento de los adolescentes, de los factores de riesgo y protección, así como de los distintos modelos teóricos, todo lo cual veremos en los siguientes capítulos, nos permitirá comprender mejor esta problemática y poder abordarla de un modo efectivo.

En el caso del tabaco y del alcohol no sólo se pueden comprar fuera de casa, sino que incluso se pueden obtener, en muchos casos, en el propio domicilio.

Actualmente el número de personas jóvenes que prueban las drogas al menos una vez es enorme. Esto no significa que luego sigan consumiendo siempre o incluso que no lleguen a dejar de consumirlas.

V.III.III.IV Fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia

Es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias,

positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia.

Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo.
Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla.
Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia, ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Finalmente, las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona son también de suma importancia. El consumidor notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, la familia y en sí mismo. En función de todo esto y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir, a seguir sin consumir, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En este proceso el estado emocional es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo y se pueda producir un incremento cuantitativo del mismo, pasando del uso, al abuso y a la dependencia, o incluso pasando a consumir otro tipo de drogas más peligrosas.

Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces se puede afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

V.III.III.V Fase de abandono o mantenimiento

Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus

consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirla después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo.

De los que abandonan el consumo, el motivo de éste pueden ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, novia, social, legal, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc.

V.III.III.VI Fase de recaída

Es aquella fase, que puede ocurrir o no. La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir. De ahí que las personas que llegan a niveles de adicción consolidada (dependencia), habitualmente después de varios años de consumo, cuando deciden dejar la sustancia y lo consiguen, con frecuencia recaen.

En este caso, el abandono de esa sustancia puede considerarse un proceso a lo largo de un camino de recaídas. Con ello la persona abandona la sustancia, recae, vuelve a abandonarla y vuelve a recaer. Este proceso se mantiene a lo largo del tiempo o bien en un punto consigue la abstinencia.[36]

[36]FORMACIÓN DE FORMADORES, Consideraciones Básicas para el Desarrollo de Programas preventivos, CONSEP, II Edición, páginas: 16-20

V.III.IV Patrones de Consumo

El consumidor de drogas se diferencia secuencialmente por las características que presenta como usuario desde que tiene el contacto inicial con la sustancia:

V.III.IV.I Consumidor experimental

La persona, generalmente por curiosidad o simplemente por seguir la moda, inicia un contacto con alguna droga, pudiendo continuar el consumo o no. Es decir, en la fase de iniciación, el contacto droga-individuo se realiza, principalmente por curiosidad o por presión grupal. En este primer contacto con la droga, llamado en el argot del vicio «luna de miel», «rotura de boca» (consumo de marihuana) o «rotura de nariz» (consumo de clorhidrato), no es inevitable que el uso derive en hábito, pues puede ser que el usuario la deje y no la siga utilizando, porque no le gustó o no la requiere, pero la tentación puede arrastrarlo imperceptiblemente si repite la experiencia con la creencia de que puede controlarse a tiempo.

V.III.IV.II Consumidor ocasional, social o recreacional

El consumo se realiza en forma ocasional o durante reuniones sociales. No necesariamente es regular. Inciden los factores de riesgo de tipo social, tales como la presión de los amigos o la disponibilidad de la sustancia. Así, se repite cada vez que la persona se encuentra bajo circunstancias similares. Durante esta fase se va estableciendo un patrón de consumo de acuerdo: a la dosis de uso, hora, lugar de la compra, forma de consumo, etc. Es difícil determinar de manera precisa el paso del consumo ocasional a la siguiente modalidad, el usuario no se percata del incremento de la frecuencia, pues sus comportamientos se van tornando disfunciones.

V.III.IV.III Consumidor habitual

El usuario adquiere el hábito de consumir, existe un uso regular, con intervalos de tiempo similares. A esta fase se llega después de algún tiempo de permanecer estacionario en el consumo de tipo ocasional/social/recreativo. El tiempo es variable, dependiendo de las diferencias individuales de cada usuario, de la relación que se establezca entre el sujeto y la sustancia y el correlato social para su uso.

Las características más relevantes en el consumidor habitual son: la configuración típica del encadenamiento ritual de consumo, el debilitamiento y/o extinción de los mecanismos de autocontrol, la consolidación del comportamiento de consumo y las conductas antisociales, las cuales han producido la interferencia en el aprendizaje de nuevos comportamientos socialmente adaptativos.

Esta es una fase de afirmación, es la identificación permanente del individuo con la droga, tiene información de la sustancia y espera el momento para consumir.

V.III.IV.IV Consumidor perjudicial (CIE-10) o Abusador (DSM-IV)

Según los criterios diagnósticos, este es un patrón desadaptativo de abuso de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínico, expresado por las siguientes características, en un período de 12 meses.

a. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias o bajo rendimiento).
b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un auto bajo efecto de la sustancia).

c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arresto por conducta escandalosa) o,

d. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por efectos de las drogas (violencia física y/o psicológica con la pareja). Estos síntomas se diferencian de los que presenta el consumidor dependiente.

V.III.IV.V Consumidor dependiente

Este es un patrón en que, a causa del consumo constante de drogas, se ha generado la *neuroadaptación*en el individuo. Por esta razón la persona centra su atención en la búsqueda (muchas veces por medios ilícitos) de la droga y en su consumo asiduo.

En este tipo de usuarios se presenta el síndrome de abstinencia ante la supresión o disminución de la sustancia. Aquí se determina una etapa de necesidad, cuando el individuo no espera que las circunstancias lo conduzcan al consumo, sino que propicia el contacto; señal de que se ha generado la dependencia. La supresión de la sustancia, entonces, le originaría una serie de trastornos del síndrome de abstinencia.

Es el momento que el proveedor espera, pues ya tiene, por lo tanto, necesidad perentoria de comprar la droga. Es así que existen diferentes criterios para evaluar el abuso y dependencia a sustancias según el DSM IV y el CIE-10

También es importante tomar en cuenta la condición de policonsumo, lo cual es más común encontrar, es decir, el consumo combinado de distintas drogas a lo

largo de un mismo período de tiempo. Esta pauta de consumo multiplica los riesgos asociados al consumo de las diversas sustancias.[37]

V.III.V Factores de Riesgo y Protección

FACTORES DE RIESGO

Se considera factores de riesgo aquellas características personales o circunstancias ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causarle problemas importantes (Clayton, 1992).

El enfoque basado en los factores de riesgo se basa en la observación del hecho que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de sufrir un daño. En unos casos, la probabilidad de verse afectado por el consumo de drogas es mayor que en otros que se encuentran en las mismas circunstancias.

Aunque es difícil establecer la importancia relativa de los distintos factores implicados en el consumo de drogas (pues ello depende de cada caso particular), es probable que sean los de carácter individual los que puedan ejercer un papel más determinante en el estudio de las causas de la drogodependencia. Por ello, es conveniente tomar en cuenta los factores de riesgo individuales, es decir, de las características del sujeto que pueden contribuir a que se produzca una drogodependencia.

---

[37] FORMACIÓN DE FORMADORES, Consideraciones Básicas para el Desarrollo de Programas preventivos, CONSEP, II Edición, páginas: 39-42

Junto a las características de la sustancia y del individuo, en el consumo de drogas se puede encontrar otras causas en las características del entorno social que vive la persona.

La influencia social, que es una importante fuerza moduladora de la conducta de consumo de drogas, es especialmente intensa cuando se trata de personas o grupos que forman parte del entorno social más próximo (ambiente microsocial).
Así, la familia o el ambiente escolar desempeñan un papel esencial en el inicio del consumo de drogas.

En cuanto a los factores de riesgo macrosociales, las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias, la publicidad, la planificación urbanística o la perdida de determinados valores colectivos, pueden contribuir también al inicio o mantenimiento del consumo de drogas.

Por otro lado, entre medio social e individuo se produce una relación bidireccional de mutua influencia, de forma que el contexto influye en la conducta de las personas y, al mismo tiempo, la conducta de los individuos produce cambios en el contexto social en que viven. Ello hace que en ocasiones sea difícil determinar hasta dónde llega la influencia de los factores individuales y hasta dónde la de los factores ambientales.

De esta forma es notorio que las causas del consumo de drogas pueden ser muy diversas y que, generalmente, son el fruto de una compleja interacción entre las características de la sustancia, el individuo y el medio social en el que vive.

Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos:
- Vinculados a la sustancia.
- Vinculados a las características del individuo.

- Vinculados al contexto social.

FACTORES PROTECTORES

Se entiende por factores de protección "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992, p. 16).

Los factores de protección no suelen presentarse de forma aislada, sino que en la realidad interactúan, se complementan o incluso unos incluyen a otros.
Por ejemplo, para la toma de decisiones con respecto al consumo de drogas influyen las actitudes con respecto a las drogas o ciertos valores sociales.

También ocurre que, favoreciendo la competencia individual para la interacción social que capacita para la autoafirmación, se repercute en el autoconcepto y la autoestima.

Con el fin de facilitar una exposición lo más clarificadora posible se van a desglosar específicamente y ordenar según el aparato de factores de riesgo de esta unidad didáctica para hacerlo complementario. No obstante, no se menciona ningún factor de protección relativo a la sustancia ya que la única medida protectora tiene que ver con la limitación de la accesibilidad y este es un factor social.

• Factores de protección vinculados al individuo.
• Factores de protección vinculados al contexto social:
    - Microsociales
    - Macrosociales.[38]

[38] FORMACIÓN DE FORMADORES, Consideraciones Básicas para el Desarrollo de Programas preventivos, CONSEP, II Edición, páginas: 105-144

VI OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE
VI: Violencia Intrafamiliar	Toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o económico, ejecutado por un miembro de la familia en contra de uno o varios integrantes.	Psicológica	**Física:**bofetadas, empujones, pellizcos, golpes con objetos, heridas, etc. **Psicológica:**insultos , ofensas, burlas, actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, control, etc. **Sexual:** exigir o imponer una relación sexual, obligar a la víctima a prácticas que le resulten dolorosas, desagradables, o que simplemente no desea practicar, obligarla a mantener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostituirla, etc. **Económica:** no dar dinero, hacer que la mujer tenga que	-Encuesta Estructurada Si No

			pedir dinero, no cumplir con las necesidades básicas, utilizar el dinero como medio de manipulación, etc. Estructura Familiar Tipo de relaciones intrafamiliares Cumplimiento de Roles Presencia de Alianzas	Familiograma Funcional Disfuncional
VD: Consumo de Sustancias Psicotrópicas	Toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones, siendo capaz de generar dependencia.	Psicológica	Abuso Dependencia	-Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA); Autor: G. Rubio, B. Urosa, J. Santo Domingo Leve: < 21 Moderada: 21-37 Grave: > 37 - Cuestionario CAGE; Autor: J.A. Ewing. No hay problema: 0 Indicio de problemas: 1 Dependencia Alcohólica: 2- 4

VII METODOLOGÍA:

- CARACTERÍSTICA DEL DISEÑO METODOLÓGICO

***Validez*:** pretendemos medir la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicotrópicas, lo que nos permitirá obtener confiabilidad en los datos.

- TIPO DE ESTUDIO*:*

En cuanto a su finalidad

Aplicada: ya que el presente trabajo investigativo está encaminado a la comprensión y solución de la problemática planteada.

Tipo de Diseño de Investigación

***Cuasi experimental*:** en vista de que la población con la que pretendemos trabajar será tomada por muestreo en base a criterios de inclusión, es decir, con pacientes adictos.

Tiempo, Periodo y Secuencia

***Transversal o Sincrónica*:** dado que nuestra investigación se suscribe a un momento puntual de tiempo y su finalidad es medir o caracterizar la problemática a tratar.

Naturaleza de los Datos Manejados

Cuanti-cualitativa*:* debido a que se ejecutará una cuantificación de los datos logrados y al mismo tiempo se hará una descripción de ellos.

*La investigación:*es **explicativa**, ya que se centra en tratar de explicar por qué y en qué condiciones ocurre un fenómeno y cómo sus variables se relacionan.

***Universo**:* el universo a investigar es el 100% de pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios”, que presenten problemas de Violencia Intrafamiliar y consumo de sustancias psicotrópicas.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Observación: se utilizará para realizar una descripción de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales como a los comportamientos espontáneos de los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios”.

- Entrevista Psicológica: constituirá una técnica de interrogación directa con los pacientes permitiéndonos recoger datos informativos relevantes de su problemática y establecer deducciones diagnósticas.

- Encuesta (Estructurada): es una técnica de interrogación directa con los pacientes a través de la cual se obtendrá datos fiables sobre los tipos de violencia que existen en los pacientes del Centro Terapéutico “Mano de Dios”.
- Historia Clínica Psicológica utilizada en el Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho “CRA” (Área de Adicciones): con los datos recolectados se nos facilitará establecer un diagnóstico definitivo acertado. Incluye el familiograma. Consta de los siguientes ítems:

    - Datos personales:
    - Fuente de información:
    - Motivo de ingreso:

- Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador
- Breves datos de su historia
- Aspectos cognitivos e intelectuales
- Aspectos afectivos, de la autoimagen y las relaciones interpersonales
- Aspectos de evolución en hospitalización
- Reactivos psicológicos utilizados
- Diagnóstico:
- Recomendaciones:
- Responsable:

- Reactivos Psicológicos:

  - **Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA):** nos servirá para valorar la intensidad de la dependencia de alcohol

.

  - **Cuestionario CAGE:** nos permitirá establecer un diagnóstico precoz de problemas relacionados con el alcohol.

VIII CRONOGRAMA DE TRABAJO:

ACTIVIDAD	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Trabajo por semanas						
Presentación y aprobación del proyecto de investigación	XX					
Revisión de instrumentos	XX					
Aplicación		XXXX				
Tabulación			XX			
Interpretación			XX			
Conclusiones y Recomendaciones				XX		
Elaboración del plan de Intervención				XX		
Presentación del Borrador					X	
Elaboración del Informe Final					XXX	
Sustentación						X

IX RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS

- Jenny Paola Bustamante Sinche y Ximena Alexandra Cuenca Bustamante, estudiantes de Décimo Módulo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.
- Pacientes del Centro Terapéutico "Mano de Dios"
- Director de Tesis

RECURSOS MATERIALES

- Materiales de oficina y de cómputo
- Bibliografía (libros e internet).
- Reactivos Psicológicos
- Encuesta
- Transporte

RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja
- Centro Terapéutico "Mano de Dios"
- Biblioteca del Área de la Salud Humana

X PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

Presupuesto:

ACTIVIDADES	**MATERIALES**	**VALOR**
Elaboración del proyecto	Material de cómputo y escritorio	150.00
Consultas Bibliográficas	Libros e Internet	100.00
Digitación y reproducción del proyecto	Material de escritorio y de computo	75.00
Digitación y reproducción del informe final	Material de escritorio y de computo	200.00
Consultas en la biblioteca	Copias	150.00
Reproducción de Test Psicológicos	Materiales de escritorio, de cómputo y Fotocopias	200.00
Arreglos finales de la investigación	Empastado, impresiones y otros	100.00
Transporte	Transporte	150.00
Imprevistos	Imprevistos	150.00
TOTAL		1.275.00

Financiamiento: solventado por las tesistas.

XI BIBLIOGRAFÍA:

- INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. J. Vallejo. Ruiloba. Quinta Edición.
- GÉNERO Y FAMILIA. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la subjetividad. Mabel Burín e Irene Méler.
- EL LABERINTO DE LA VIOLENCIA, Causas, tipos y efectos. José Sanmartín. Segunda Edición.
- MALTRATO Y ABUSO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO. Jorge Corsi. Segunda Edición.
- LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, Prevención y detección. Consue Ruiz-Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto. Primera Edición.
- FORMACIÓN DE FORMADORES. Consideraciones básicas para el desarrollo de programas preventivos, CONSEP 2008
- DSM-IV MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. MASSSON S.A 1995.
- CIE 10 Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
- GUÍA PARA LA FAMILIA CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO, DROGAS…María Eloísa Álvarez del Real. Primera Edición.

- PSIQUIATRÍA, Michael Gelder, Dennis Gath, Richard Mayou. SegundaEdición.
- www.consep.gov.ec
- http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml
- http://www.mailxmail.com/curso-violencia-intrafamiliar/mitos-relacion-violencia-intrafamiliar-2
- http://www.humanet.com.co/drogadiccion/estadisticas_mundiales.htm