

Actores y actorías de la escena adictiva

APORTES Y REFLEXIONES DESDE UN ESTADO DEL ARTE



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

Actores y actorías de la escena adictiva

APORTES Y REFLEXIONES DESDE UN ESTADO DEL ARTE

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
CASIMIRO ARCE ARRIAGA
COORDINADORES

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, S.J.

Gómez Gómez, Elba Noemí (coordinación)

Actores y actorías de la escena adictiva : aportes y reflexiones desde un estado del arte
/ Coord. e introd. de E.N. Gómez Gómez, C. Arce Arriaga. -- Guadalajara, México : ITESO, 2024.
197 p.

ISBN PDF 978-607-8910-53-3

1. Niños. 2. Adolescentes. 3. Mujeres. 4. Adictos – Tema Principal. 5. Grupos de Autoayuda.
6. Adicciones – Tema Principal. 7. Dependencia Psicológica. 8. Trastornos de Conducta. 9. Psico-
patología. 10. Psicoterapia. 11. Psicología Clínica. I. Arce Arriaga, Casimiro (coordinación). II. t.

[LC]

616. 86 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Alicia Cynthia Castañeda Hernández

Corrección de estilo: Minerva Mendoza

1a. edición, Guadalajara, 2024.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)
Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.
publicaciones.iteso.mx

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

ISBN PDF 978-607-8910-53-3

Impreso y hecho en México.

Printed and made in Mexico.

Índice

INTRODUCCIÓN / <i>Elba Noemí Gómez Gómez y Casimiro Arce Arriaga</i>	7
EL SUJETO ADICTO. MÁS ALLÁ DEL ESTIGMA Y LA EXCLUSIÓN / <i>Martha Leticia Carretero Jiménez y Elba Noemí Gómez Gómez</i>	13
ADICCIONES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. UN VISTAZO DESDE LA VENTANA ADULTA / <i>Claudia Guadalupe Arufe Flores</i>	31
ADICCIONES EN NIÑOS Y NIÑAS. VIVIR Y SOBREVIVIR, UN JUEGO DE NUNCA ACABAR / <i>Ana Araceli Navarro Becerra</i>	73
ADICCIÓN Y REHABILITACIÓN EN MUJERES ADICTAS / <i>Yunuen Marili Pérez Gómez y Frida de la Paz Avila</i>	95
FAMILIA Y ADICCIONES. ¿LAZOS PROTECTORES O LAZOS ADICTIVOS? / <i>María Peña Gutiérrez y María de los Ángeles Morales Pruneda</i>	137
LA LITERATURA DE AL-ANON / <i>Elba Noemí Gómez Gómez, Casimiro Arce Arriaga y Brenda Alejandra Vázquez Velázquez</i>	165
EPÍLOGO. ADICCIONES, FAMILIA Y CODEPENDENCIA / <i>Sara Edith Yépez Medina</i>	185
ACERCA DE LAS Y LOS AUTORES	195

Introducción

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
CASIMIRO ARCE ARRIAGA

Acercarse al sujeto adicto desde una mirada compleja significa introducirse en un campo de actores y actorías; asumir que las adicciones no son un asunto de personas aisladas sino una problemática social, de salud, de políticas públicas y de seguridad que implican la dimensión comunitaria, la familiar y personal. Hablar del sujeto adicto demanda acercamientos estructurales, culturales, individuales y subjetivos. A menudo, la comprensión del adicto y de la adicción se caracteriza por ser reduccionista y parcial. El sujeto adicto es un producto social que la misma sociedad silencia, estigmatiza, oculta e invisibiliza. Esta problemática devela e interpela la realidad de una nación. En esencia, el ingreso al consumo de drogas y la adicción representan una búsqueda de identidad, sentido, libertad, pertenencia y, en definitiva, de vida. El sujeto adicto es alguien que buscando la vida ha encontrado la muerte.

Este texto tiene la intención de ofrecer una perspectiva compleja e interdisciplinar en torno a los distintos actores que se encuentran presentes cuando de adicciones se trata. El objetivo es presentar el problema como un asunto circunscrito a la persona del adicto para plantearlo como un tema de fuertes implicaciones sociales, políticas, económicas y de salud. En este sentido, el problema de las adicciones es un juego de actores y mundos de vida.

El presente libro es el segundo de una serie de tres tomos, producto del proyecto de investigación: “El desarrollo de la capacidad de agencia y la reconfiguración emocional en adictos en proceso de ‘rehabilitación’. Hacia una propuesta de prevención”, financiado por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) en el que participan académicas de distintas disciplinas e investigadores en formación, así como profesionales que atienden el problema de las adicciones desde sus distintas aristas.

Acercarse al campo vivo de las adicciones, al sujeto adicto y a la rehabilitación desde una perspectiva crítica, interdisciplinar y que reconozca la complejidad del fenómeno estudiado, es uno de los intereses de este proyecto. Se pretende tener un acercamiento que dé cuenta de una subjetividad sufriente y gozante que, en el caso del sujeto adicto, trata de una lucha por la vida donde se roza con la muerte. El sujeto adicto es excluido y castigado por la comunidad, pero también es quien ejemplifica de qué está hecha esa comunidad y cuáles son sus contradicciones.

En los trabajos académicos, como parte del proceso de problematización, se elabora un estado del arte para distinguir qué se sabe y qué no acerca del tema. A partir de esa información, se plantean nuevas preguntas de investigación que incrementen el conocimiento del campo. La mayoría de las veces, las investigaciones documentales solo recuperan textos académicos, artículos de revistas indexadas y libros con ISBN, en suma, trabajos respaldados por portales y editoriales prestigiosas o universidades reconocidas. La elección de este tipo de material pretende sustentar —de manera científica y formal— el planteamiento del problema de una investigación.

La problematización de una investigación ubica el tema que se busca abordar dentro del campo de conocimiento al que pertenece, para así realizar nuevos aportes. De esta forma, se evita el ocuparse de temas que ya estén trabajados con antelación e identificar alcances y limitaciones. La problematización consiste en procesos de búsqueda, sistematización y análisis de información, donde se concentran las temáticas más recurrentes, se hacen coincidir los planteamientos similares, se señalan las posturas antagónicas y se presentan las convergencias y divergencias entre los distintos autores. Al finalizar, se realiza un recuento de los principales hallazgos y afirmaciones en torno al tema estudiado, así como de las posturas teóricas y metodológicas imperantes.

Esta labor de sistematización y análisis tiene como objetivo exponer los abordajes marginales y lo que está ausente o es insuficiente en el desarrollo del conocimiento sobre un tema. Se busca encontrar las recurrencias y las temáticas más importantes, pero también los distintos matices del problema, así como los huecos, las contradicciones, las insuficiencias y las incógnitas en torno a los temas y sus abordajes. Al identificar lo que compone un campo de conocimiento se puede saber qué aporte puede tener la investigación que buscamos hacer, y qué área oscura podemos iluminar en nuestro momento y con nuestros recursos y posibilidades particulares.

En el caso de nuestro proyecto de investigación identificamos que desde la sociedad civil hay una gran cantidad de trabajo y conocimiento sobre la adicción, el adicto y la rehabilitación, pero que estos esfuerzos no están sistematizados y muchas veces no son reconocidos ni por la *doxa* académica ni por los profesionales que se ocupan de tales problemáticas. Con la intención de integrar los esfuerzos y el conocimiento de muchos de los actores que se involucran en el estudio y el tratamiento de las adicciones, es que en estos tomos nos propusimos hacer lo que denominamos: “Reflexiones y aportes desde un estado del arte”, donde se recuperaron textos académicos y científicos, materiales producidos por organizaciones y miembros de la sociedad civil que incluyen ensayos, reflexiones, testimonios y escritos de diversos tipos. Se busca recuperar a esos otros actores que muchas veces no han sido tomados en cuenta en los espacios oficiales, a pesar de que también abordan y trabajan el tema de las adicciones y la rehabilitación, y se han ocupado de entender y definir al sujeto adicto.

Aunque los trabajos de esta serie de tomos se caracterizan por incluir diversas fuentes de información, se hizo un esfuerzo por sistematizar e integrar de manera rigurosa esa diversidad de una forma accesible para cualquier lector interesado en la problemática presentada. Cada capítulo sigue un formato común, y todos pasaron por revisión de pares.

Para la elaboración de estas reflexiones y aportes, recurrimos a la investigación documental, recuperando principalmente textos digitales y algunos escritos impresos. En cuanto a las fuentes académicas, se consultaron bases de datos como Medline, Cinalh, Psych Info, Lilacs y Scielo, entre otras; mientras que para los textos provenientes de organizaciones y miembros de la sociedad civil, se realizó una búsqueda en Internet y en redes sociales. En el capítulo “La literatura de Al-Anon”, de este tomo, se aborda lo referente al entendimiento de la adicción, el adicto y la rehabilitación, desde el punto de vista de los familiares de los adictos, sus necesidades y sus características.

En los tres tomos, se tiene una orientación hacia la producción de un conocimiento interdisciplinar que abarque los abordajes tanto académicos y profesionales como los provenientes de las organizaciones de la sociedad civil que se ocupan de estudiar y tratar las adicciones y a los adictos. Estos aportes y reflexiones basados en un estado del arte están dirigidos a un público más amplio que el académico, y por ello, están redactados en un lenguaje sencillo,

buscando aportar información útil y accesible para todos aquellos que investigan y atienden a los adictos y a los sujetos relacionados con ellos. Además de ordenar y exponer avances en el conocimiento sobre el tema de la adicción, la prevención y la rehabilitación, se interpreta y reflexiona el conjunto de los avances en el conocimiento y en la atención a estas poblaciones.

Los capítulos que componen este segundo tomo giran en torno a la concepción que se tiene del adicto. La adicción trasciende el consumo individual y no respeta raza, edad, estrato socioeconómico ni género. En este sentido, hablar del adicto implica el reconocimiento de las y los diferentes sujetos que conforman la “escena adictiva”. Por ende, en este tomo incluimos a los niños, niñas y adolescentes adictos, a las mujeres adictas y a la familia del adicto donde la codependencia resulta la mancuerna perfecta de la adicción.

En el primer capítulo de este tomo, “El sujeto adicto. Más allá del estigma”, de Martha Leticia Carretero Jiménez y Elba Noemí Gómez Gómez, se aborda la construcción del concepto del sujeto adicto. Se hace referencia a la condición de estigma generada por los estereotipos que existen en torno de la persona adicta, estigmas y estereotipos que han cambiado con el tiempo impulsados por la creación de una concepción del adicto más objetiva y menos excluyente. Se muestra la evolución que ha tenido la categoría o forma de nombrar a las personas con una adicción y cómo esta ha servido para entender más sobre las carencias, los déficits y las características comúnmente descritas en torno al sujeto adicto.

Asimismo, es un texto que busca enunciar las implicaciones individuales y del entorno en el desarrollo de la adicción y la percepción, la descripción y conceptualización del sujeto adicto. Al abordar y describir el fenómeno de las adicciones, se encuentran presentes algunas dicotomías que de forma directa están relacionadas en la construcción del entendimiento y concepción de la persona adicta, como son las de libertad–dependencia, vicio–enfermedad y víctima–protagonista. Se sostiene que es necesario generar una integración que haga más profunda y compleja la descripción y categorización del sujeto adicto, que no lo reduzca ni a víctima ni a criminal sino que los reconozca como sujetos con experiencias valiosas y diversas.

Enseguida, el capítulo: “Adicciones en la infancia y la adolescencia. Un vistazo desde la ventana adulta”, de Claudia Guadalupe Arufe Flores, aborda las adicciones en la infancia y adolescencia a partir de artículos indexados con el fin de comprender qué se ha estudiado desde la academia con respecto a las adicciones en estos sujetos, cuáles son los vacíos de información, así como las formas de prevención y atención. Se plantea que el estudio académico de las adicciones en la infancia y adolescencia es aún incipiente. Las tres adicciones más investigadas son las relacionadas con el alcohol, el Internet y las drogas; a su vez, predomina la información que describe el consumo por sobre las experiencias de prevención y atención a las adicciones. En la investigación académica se advierte que pese a contar con un marco legal promotor de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, parece que son las dinámicas familiares, los contextos socioculturales y la ausencia de políticas públicas los principales generadores de las conductas adictivas en la infancia. Resalta el poco protagonismo que juega la niñez y la adolescencia en los proyectos de investigación formales sobre las adicciones, pues sus voces se escuchan solo a través de herramientas de recolección de datos, pero poco se conoce sobre la complejidad de sus contextos desde sus propias percepciones. Se invita a trabajar en favorecer y acompañar procesos de vida para que las niñas, niños y adolescentes desarrollen habilidades, valores y capacidades para tomar decisiones de forma consciente y para su bienestar.

En este mismo tenor, Ana Araceli Navarro Becerra comparte el trabajo titulado: “Adicciones en niños y niñas. Vivir y sobrevivir, un juego de nunca acabar”. A través de artículos científicos y, principalmente, materiales de divulgación, se exploran los principales temas relacionados con las adicciones en niños y niñas. Se destacan los enfoques de esfuerzos independientes y de la sociedad civil, que se centran en el consumo de drogas, en especial en niños en situación de calle. Además, se abordan adicciones relacionadas con la alimentación, los videojuegos y el Internet.

Asimismo, se muestra que el consumo de drogas en los menores no siempre responde a una decisión personal, también puede ser producto de una ingesta por error; en ocasiones, los menores son obligados a consumir sustancias; en otras, se trata de un efecto correlacional debido a que la madre consumía drogas durante el embarazo, y en algunas situaciones, se identifica que las drogas legales son suministradas a los infantes por recreación, o bien, como remedio de algún malestar o dolencia. Se concluye que la diversidad de aristas que involucran a las adicciones y a la niñez remite a implementar estrategias de prevención y de atención que involucren esfuerzos conjuntos entre el estado, la familia, las organizaciones y la sociedad civil.

Por su parte, Yunuen Marili Pérez Gómez y Frida de la Paz Avila presentan el capítulo “Adicción y rehabilitación en mujeres adictas”, donde se explora la problemática que rodea y acompaña a las mujeres adictas y el desarrollo de su adicción, así como el acceso a los tratamientos, desde un análisis con un enfoque de género y transdisciplinar. En el capítulo, se da cuenta del perfil de las mujeres adictas, de la progresividad histórica y la prevalencia del consumo de drogas en las mujeres durante los últimos años. Se reconoce que no existe un perfil único de mujer adicta, además de la variable de género hay que tener en cuenta la de raza y estatus socioeconómico. Se sostiene que son mayores las consecuencias físicas y sociales del consumo para las mujeres, así como las barreras personales, sociales y estructurales que existen en las propuestas de tratamiento, donde se identifica una masculinización de los programas de atención. Se profundiza en la codependencia de las mujeres adictas, desde las relaciones familiares y en la pareja, y el peso que tiene este tipo de relaciones en la mujer consumidora de sustancias y adicta.

Asimismo, se da cuenta de las situaciones de violencia a las que se enfrentan las mujeres adictas, así como a los mandatos sobre la vida sexual y el rol de género. Se evidencia la vulnerabilidad social en la que se encuentra inmersa esta población y la urgente necesidad de generar propuestas de tratamiento que se planteen desde el autocuidado, el tratamiento oportuno de los traumas psíquicos y sociales, y la no revictimización de las mujeres.

“Familia y adicciones. ¿Lazos protectores o lazos adictivos?” es el capítulo en el que María Peña Gutiérrez y María de los Ángeles Morales Pruneda dan cuenta del papel de la familia en los procesos de adicción y de rehabilitación de las adicciones. Se identifican diferentes perspectivas, las cuales van desde las que le otorgan toda la responsabilidad a la familia por la adicción de uno de sus miembros, hasta las que desconocen el papel de la familia en la problemática.

En este capítulo se afirma que, en tiempos recientes, se ha tendido a responsabilizar principalmente a la familia por las adicciones, sin reconocer que la estructura social favorece, legitima y brinda el acceso a un sinnúmero de productos adictivos y de condiciones para el desarrollo de la adictividad. El texto pone énfasis en que las condiciones sociales se conjugan con la dinámica y estructura familiar, ya sea para facilitar o repeler la adicción, así como para dificultar o facilitar el proceso de rehabilitación. Se sostiene que la familia puede

verse como un intermediario entre el individuo y la sociedad, de la que a su vez, forma parte. Se concluye que la adicción y la rehabilitación no son solo un problema de los individuos ni de las familias sino que también son un problema social que demanda acciones conjuntas que involucren a la familia, así como a otras instancias sociales, económicas, políticas y civiles.

Por su parte, en el capítulo “La literatura de Al-Anon”, Elba Noemí Gómez Gómez, Casimiro Arce Arriaga y Brenda Alejandra Vázquez Velázquez pretenden, brevemente, describir la historia, los aportes y reseñas de los principales textos de la comunidad internacional de grupos de familia Al-Anon. Este recorrido se hace de la mano de la experiencia de una integrante activa de la comunidad, la madrina Aurorita. La revisión de la propuesta y la literatura de Al-Anon busca reconocer y enunciar los aportes y trascendencia de este tipo de comunidades en el entendimiento de la adicción y sus consecuencias, así como de las causas, los efectos y las alternativas que tienen las familias, los amigos y las personas cercanas a un adicto. Son muchos los recursos y herramientas de tratamiento que se utilizan dentro de estos grupos de ayuda mutua, pero podría considerarse que la literatura es una de las más importantes debido a su doble función, ya que es una herramienta que sirve como un medio para la expansión de los ideales y la propuesta de la fraternidad de Al-Anon a lo largo del tiempo y el mundo, así como un recurso trascendental para la reflexión cotidiana e individual de los miembros. Esto se lleva a cabo no desde un punto de vista profesional, sino a partir de la experiencia de otras personas que han pasado por situaciones similares.

Se muestra que la literatura de Al-Anon puede ayudar a las personas a enfrentar su presente, pero también su pasado, desprenderse emocionalmente de las personas que sufren una adicción y poder llevar una vida más tranquila en un proceso de tratamiento acorde con sus problemáticas que contemple las necesidades e implicaciones específicas de los daños que una adicción causa en las personas cercanas al adicto.

Al final, en el epílogo “Adicciones, familia y codependencia”, Sara Edith Yépez Medina busca elaborar una reflexión en torno al papel de la familia y la codependencia en las adicciones y la rehabilitación. Se hace un recorrido por la sintomatología de la adicción y se sostiene que la predisposición a la adicción tiene múltiples factores, y que tiene que ver con la hipersensibilidad, que es una alta sensibilidad, una manera de sentir intensa y exagerada, se plantea la importancia de que los padres conozcan sus características para poder ofrecer una crianza con estabilidad emocional y límites claros y amorosos.

La familia del adicto, en especial los padres, no han logrado resolver sus heridas de la infancia, y desarrollan una dinámica codependiente, formándose así un círculo vicioso. Se muestra que la codependencia es un problema complejo y profundo que se entrama con la adicción en las familias y en las parejas. La autora plantea que tanto el adicto como la familia tienen que aceptar que son parte del problema, y entrar en un proceso de rehabilitación donde se trabaje el desprendimiento emocional, la introspección y el análisis de la personalidad para sanar las heridas de la infancia y atender los conflictos no resueltos, y así contener y controlar “una enfermedad” incurable y progresiva como son la adicción y la codependencia.

Para dar paso a los capítulos, solo agregamos que en este libro se busca armar un mapa de los actores y protagonistas que juegan y se entremezclan en el territorio que habita el sujeto adicto en la escena adictiva. Este mapa nos puede ofrecer una imagen más rica de la complejidad del tema que nos ocupa.

El sujeto adicto. Más allá del estigma y la exclusión

MARTHA LETICIA CARRETERO JIMÉNEZ
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ

El fenómeno de las adicciones es un problema complejo que afecta todos los aspectos de la vida de la persona que experimenta esta condición, ya que trastoca sus vínculos más significativos. El problema de las adicciones no es un problema individual, en él se encuentran implicados todos los sectores de la sociedad en corresponsabilidad. Dar cuenta de la persona adicta y su circunstancia no es un asunto sencillo, demanda una particular vigilancia para no caer en reduccionismos y sesgos disciplinares; es una tarea que requiere una mirada cuidadosa e interdisciplinar para no etiquetar, no prescribir y no generalizar, para no ser apologético, ni fatalista. La vida de una persona adicta es tan valiosa como cualquier otra vida; el reto es abordarle como una historia social y a la adicción como un problema de época que se hizo vida en la existencia de un sujeto.

Este texto ofrece un recorrido amplio sobre diversos acercamientos en torno al “sujeto adicto”, hombres y mujeres adictos, personas en condición de adicción, personas adictas a las drogas, drogodependientes, etcétera. La pregunta de la que partimos es: ¿cómo se ha ido construyendo la conceptualización sobre estas personas llamadas de manera común “adictas”? Las personas adictas a las drogas forman parte de las llamadas poblaciones ocultas, lo cual se suma a una historia de estigmas, estereotipos y formas de exclusión que ocultan más a la persona, no se diga a su capacidad de actoría. Este capítulo pretende ofrecer un abanico de las diversas concepciones en torno al tema para abonar a miradas más incluyentes y abiertas que abran nuevas posibilidades de atención al creciente problema que implica las adicciones.

De manera general, se muestra la evolución que ha tenido el concepto o formas de nombrar a las personas con una adicción y cómo se ha matizado según la época y las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales. En la revisión de la literatura, resalta el que se ha tendido a mirar a la persona adicta desde sus carencias, sus déficits, el incumplimiento de la promesa social que representaba y por ende, desde las prescripciones. Encontramos una tendencia y pretensión constante de construir un entendimiento y caracterización que pueda generalizarse y que se sostenga en el tiempo.

Para la elaboración de este capítulo, se partió de una búsqueda inclusiva que de manera explícita o implícita diera cuenta de la persona del adicto. Encontramos documentos de diversos campos que pretenden dar respuesta a preguntas como: ¿Qué es lo que hace a una persona adicta? ¿El consumo es un acto voluntario? ¿El adicto tiene libre albedrío? ¿La adicción es una enfermedad cerebral? ¿Hay predisposiciones genéticas? ¿La adicción es el resultado de carencias afectivas? ¿Es un problema individual o social? ¿Es una búsqueda de identidad? En esta revisión, también se hizo evidente la forma en la que las representaciones sociales y los imaginarios colectivos juegan un papel importante en la evolución y entendimiento del fenómeno de las adicciones, de la persona del adicto.

Las adicciones son una problemática que ha generado preocupación y atención por parte de autoridades, instancias de la sociedad civil, religiones, profesionales y estudiosos de diversas disciplinas e instancias, guiados por la intención de comprender qué sucede y qué factores intervienen en el inicio del consumo de sustancias, cuándo se hace problemático el consumo y cuándo deviene adicción, y cómo es que de manera significativa, las adicciones afectan a personas, familias y comunidades.

Desde el ámbito académico, encontramos la incursión de las siguientes disciplinas: la filosofía, la biología, la neurociencia, la religión, la psicología, la sociología, entre otros. Desde cada campo, se han generado concepciones que se van influyendo de forma mutua, pero que en muchas de las veces, también se excluyen entre sí sesgando las miradas. En nuestra revisión documental, localizamos diversidades, confluencias y desencuentros en el intento de construir una definición sobre la persona adicta. Como el fenómeno es multideterminado, multireferencial, complejo y cambiante, no hay definición que por sí sola pueda dar cuenta de esta realidad hecha de biografías y entramados sociales.

La concepción de la persona adicta ha estado rodeada de estereotipos y prejuicios que generan prácticas discriminatorias y de exclusión. Esto puede tener como consecuencia una limitación en el entendimiento de cómo, por qué y quién es una persona adicta, y a su vez, puede sesgar la pertinencia en la atención y tratamiento de esta problemática por parte de la sociedad, los profesionales y las autoridades. Reconocer la diversidad de significados alrededor de la noción de “adicto” es relevante, toda vez que cualquier estrategia de atención y prevención de adicciones parte de una concepción del sujeto adicto y de adicciones, de manera explícita o implícita.

Buscamos dar cuenta de las implicaciones de la historia individual, del entorno particular y más amplio en el desarrollo de la adicción, la percepción, la caracterización y la concepción del sujeto adicto. Desde la afirmación de que la complejidad rodea el fenómeno de las adicciones, la búsqueda documental que sostiene este acápite se enfoca en la concepción en torno al sujeto adicto. Se pretende poner sobre la mesa las definiciones existentes, desde su diversidad y uso orientador de acciones de atención y prevención.

POLIFONÍA SOBRE EL SUJETO ADICTO

A lo largo de los años —y dependiendo de la perspectiva de la que se parta— se han empleado distintos nombres para referirse a la persona adicta y al abuso de sustancias, las cuales, en un principio, fueron nombradas como toxicómano y toxicomanía (Stierand, 2017), de manera respectiva. Estos términos, utilizados ampliamente durante el siglo XX, hacia el final del siglo, en las últimas décadas, fueron sustituidos por los de drogodependiente y drogodependencia, con el fin de disminuir los estigmas y connotaciones morales y legales. En la actualidad (2024) estos términos han sido sustituidos por el de adicto y adicción, con el fin de buscar una inclusión de todos los trastornos de abuso y dependencia (Casas, Bruguera, Duro & Pinet, 2017; Bobes et al., citados en Stierand, 2017).

Algunos autores sugieren que aunque el término “adicto” o “dependiente” busca incluir todos los trastornos mentales relacionados con el abuso de sustancias y dependencia, es más adecuado utilizar el término de “conductas adictivas” en la que no solo se considera el consumo de sustancias sino conductas que generan efectos similares a los generados por sustancias (Bobes et al., 2011, citados en Stierand, 2017).

Al revisar los textos que hacían referencia a distintas construcciones y descripciones del sujeto adicto, encontramos cómo estas se van modificando a través de la historia, influenciadas por las condiciones socioculturales, económicas, políticas y “científicas”. La evolución del término ha pasado de considerar al sujeto adicto como un delincuente a la noción de una persona enferma, con el riesgo de oscilar entre la criminalización y la patologización. Sin embargo, esto no ha ocurrido de manera generalizada y lineal, siempre ha sido un campo de controversias, aunque han predominado las perspectivas desde la salud y la normativa. Aunque en el curso de los años, se ha reducido la concepción criminalizadora del sujeto adicto, esta se ha conformado sobre la base de las políticas antidrogas propulsadas de forma unilateral por Estados Unidos a principios de la década de los sesenta del siglo XX (Caro, 2016).

Sin embargo, la estigmatización y la criminalización del sujeto adicto sigue presente desde las instituciones, la sociedad en general y la vida cotidiana. Además de la búsqueda y revisión de textos académicos o científicos, es importante considerar y cuestionar los imaginarios colectivos que prevalecen en torno a las personas adictas que, en algunas ocasiones, parte desde el estigma, la exclusión o la criminalización de los sujetos, pero también desde la negación, la idealización y la generalización.

Kalina (2000, citado en Araujo, 2016), clasifica al sujeto de la adicción como una de las muchas personas estigmatizadas por padecer una enfermedad. Ejemplo de esto es el rechazo y exclusión social que llegan a sufrir los sujetos que padecen el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el síndrome Down, la esquizofrenia y otros trastornos mentales orgánicos. Los adictos forman parte de los múltiples focos de exclusión donde se coloca a millones de sujetos de la sociedad que no cumplen los estándares de “normalidad” o de “funcionalidad”. Además, si el sujeto adicto es consumidor de una sustancia ilegal, este no solo se estará desviando de la norma sanitaria, como un sujeto depresivo sino que se desviará también de la norma jurídica (Gaete, 2007). Esto coloca al sujeto en una posición de doble estigmatización, por nombrar las más visibles. La tendencia a no diferenciar entre consumo de drogas y adicción a las drogas es parte de la evasión frente al tema.

La persona adicta lo es en un mundo concreto, en un contexto que la define a partir de ciertas conductas que se categorizan como conductas adictivas, las cuales han ido variando desde el siglo XIX, en las que prevalece algo en común, el consumo de drogas como una conducta “desviada”, lo que lleva a la noción de adicto a una categoría de condenación a priori por parte de algunos miembros de la sociedad (Conrad & Schneider, 1980, citados en Levin, 2011). Aunque la adicción esté presente cerca de sus vidas, muchos ciudadanos la niegan, y siguen colocándose como ajenos a esta problemática, cuando nos atrevemos a afirmar que existen pocas personas que no cuenten entre sus familiares y conocidos con personas que consuman drogas y otras que se encuentran en condición de adicción.

Comprender y describir quién es un sujeto adicto, más allá del estigma, resulta una tarea compleja por la condición multifactorial del fenómeno de las adicciones y por las implicaciones directas que existen al describir a un sujeto que por lo común es considerado como un sujeto anómico y en contra de los valores morales y la funcionalidad. Autores como Tomás Gaete (2007) hacen referencia a la necesidad de que la condición de adicto sea abordada desde el “ser”, no del “estar” o “tener”, en este caso un problema de adicción, ya que estas últimas solo etiquetan y alejan de un entendimiento con más posibilidades y desdibujan la condición de persona y de sujeto de aquel o aquella que tiene una adicción.

A la persona adicta se le tiende a definir de manera personal y social por lo que no es: “Ser adicto es no ser otra cosa” (Gaete, 2007, p.72), es la misma persona, con un nombre y un

apellido, pero en condición de adicción, con fracturas en sus vínculos y en su vida en general. Para algunos, la persona adicta es considerada como un sujeto que solo es adicto, incapaz de desarrollarse y funcionar en otras dimensiones cotidianas y sociales —como son el trabajo y las relaciones socioafectivas— o sin potencialidades, por el hecho de haber llegado a niveles extremos de autodestrucción o de haber realizado actos de violencia impensables bajo el efecto de las sustancias adictivas.

Por una parte, el consumo de sustancias tiene un alto nivel de naturalización y permisividad en la sociedad, pero al mismo tiempo, de satanización. Si hay consumo funcional se tiende a hacer “como que no se ve”, pero cuando ya existe un consumo problemático, cae todo el peso estigmatizador y excluyente de la sociedad sobre la persona, desconociendo que el sujeto adicto es un producto social donde todos somos corresponsables. Se va haciendo un círculo vicioso: la persona adicta empieza a ver fragmentados sus ámbitos de vida, su pertenencia; los grupos sociales lo empiezan a segregar y a excluir, alejándose cada vez más de la participación del mundo social.

Autores como María Consuelo Llinares y Mercé Lloret (2010) mencionan que el drogodependiente desarrolla una “discapacidad social” al no poder realizar las actividades de su vida en la forma o margen considerado como “normal” —de acuerdo con el autor— la restricción social se convierte en una situación de desventaja y limitación en el desarrollo social y laboral. Agrega que aparece como una deficiencia adquirida.

En los textos consultados, encontramos distintas referencias en torno a cómo las personas adictas tienden a desarrollar y organizar su vida alrededor de su consumo (Tello, 2007). Por lo que la ruptura con las normas y funciones sociales establecidas pasan a segundo plano, de manera que inician un camino en el que comienzan a perder sus trabajos, familias, relaciones y hogares, lo cual les empieza a poner al margen de lo social (Gaete, 2007). Si no es que la persona con adicciones ya se sentía desde antes de consumir “al margen de la sociedad”, no pertenecido a su familia o “diferente”.

Esta marginalidad y falta de participación del mundo social, en muchas ocasiones genera la significación del adicto como un sujeto inmaduro y desviado, asociado a la delincuencia, lo que lo excluye de los espacios de integración y va influyendo en su capacidad para relacionarse socialmente; al sujeto adicto se le llega a considerar como una amenaza para la sociedad —sin negar que en muchas ocasiones sí resulta ser “una amenaza”—. La persona adicta queda sin voz, sin derechos, sin fiabilidad, como un sujeto inferior, no confiable, sin capacidad de decisión, por lo que requiere de otros para que hablen y decidan por él (Tello, 2007). Muchas de estas situaciones ya las vivía la persona adicta antes de iniciarse en el consumo de drogas.

Por una parte, a la persona adicta se le llega a considerar como a alguien que pierde por completo las capacidades del control sobre su propia vida, pero también existen posturas que se resisten a aceptar que las personas adictas sean incapaces de controlar su comportamiento adictivo, inclusive se identifican algunos modelos biomédicos que le consideran como enfermo, lo que libera a la persona adicta de la culpa y la responsabilidad moral (Benn, 2010), no sin controversia. Es decir, se construye una concepción de las personas adictas como culpables de condición y la categorización como enfermedad puede ser una justificación para no enfrentar y no responsabilizarse de su vida, pero también puede ser el inicio de un proceso de aceptación de una condición difícil de enfrentar solos, este es el argumento de Alcohólicos Anónimos, con distintas vertientes: “Aceptar la adicción como una enfermedad para empezar a aceptar y responsabilizarse de su condición”.

Para la Organización denominada “Alcohólicos Anónimos” (AA), el sujeto adicto es considerado un enfermo, un enfermo emocional, un enfermo espiritual. Todo el planteamiento de AA tiende hacia el conocimiento y reconocimiento de su “impotencia” frente a la enfermedad y la responsabilidad sobre la misma. Por su parte, la definición de adicciones de la Organización Mundial de la Salud tiene como foco la dependencia.

Además de la intolerancia social frente a las limitaciones en el desarrollo de las actividades cotidianas por parte de la persona del adicto, encontramos una serie de prejuicios, juicios morales e imaginarios comunes en torno a la persona adicta y las adicciones, que en muchas de las veces fungen como camisa de fuerza para el acercamiento más abierto a la problemática que viven millones de personas en torno al consumo problemático de sustancias.

La sociedad se organiza y tiene sentido desde un entramado de significados, reglas y patrones que determinan lo que es aceptable, correcto, esperado, permitido y lo que no lo es. Los patrones y significaciones que aprendemos a lo largo de la vida, a través de las relaciones que vivimos de manera cotidiana, influyen en la manera en la que percibimos los eventos y en la forma en la que percibimos a los grupos y personas, en especial a los que nos resultan distintos de lo que esperamos como “normal” —los que salen de los parámetros que la familia, la cultura o el entorno, nos han enseñado que es lo “adecuado” (Rengel, 2005).

Muchas veces, el sujeto adicto es visto con un sujeto antisocial que más que recibir apoyo, requiere recibir un castigo “para regresarlo a la normalidad”, lo que invisibiliza socialmente al sujeto que padece una adicción y cierra posibilidades de acercamientos más amplios y estrategias de atención integrales.

Este estigma sobre las personas adictas no solo limita el entendimiento y capacidad de acción social sino que de forma directa, puede afectar a los sujetos que padecen esta problemática y a sus familiares. Existen autores como Anastasio Ovejero Bernal (2000), Daniel Rengel (2005) y Huici (citado en Rangel, 2005) que parten de la premisa de que el ser humano es un ser relacional, afirman que la percepción de sí mismo y de la propia posición en la sociedad se construye con las formas en las que otras personas reaccionan frente a cada uno.

Esta característica de los seres humanos en la construcción de sí mismos a partir de la reacción y percepción social no es distinta para el sujeto adicto, pues es posible que a partir del imaginario social en torno a la persona adicta, ellos y ellas mismas construyan una autopercepción de sí, lo que influye en que se excluyan aún más de la sociedad y ocupen el lugar asignado y reforzado por su “carrera destructiva y autodestructiva”, que muchas de las veces tiene que ver con un desafío a las formas sociales dominantes que no pudieron cumplir.

El “adicto” se interpreta a sí mismo tanto fallando en efectividad y en no cumplir con sus propios estándares de normatividad, y el reconocimiento de esto lleva a una serie de actitudes negativas sobre él, con la vergüenza como la principal [...] Sin embargo, creemos que además de la fuente de vergüenza, existe una fuente más amplia: la estigmatización del público sobre la adicción y de las personas experimentando la adicción (Matthews, Dwyer & Snoek, 2017).

La estigmatización social en torno a las adicciones se encarna en los sujetos adictos y, a partir de ella, se generan estereotipos sobre la persona adicta. Los “estereotipos”, que surgen de los patrones culturales pueden llegar a ser necesarios y prácticos en el desarrollo de las relaciones sociales cotidianas, sin embargo, también implican una serie de creencias, afectos

y predisposiciones absolutistas y reduccionistas que influyen en los procesos de relación y percepción del otro, sobre todo cuando el otro es una persona adicta.

De esta manera, por ejemplo, antes de entablar una relación con la persona que es adicta, ya se cuenta con una serie de lentes desde los cuales se le mira, los llamados estereotipos “nos dicen aspectos de la realidad sin ser necesariamente observados: nos hablan del mundo antes de verlo” (Huici, 1996, citado en Rengel, 2005). Los estereotipos que existen en torno a las personas adictas limitan el acercamiento personal, profesional y social, pero también científico para lograr un entendimiento y descripción libre de juicios, compleja y diversa sobre las personas adictas.

La sociedad construye categorías y estereotipos que se vuelven cajones estancos donde se “insertan” los individuos; estas categorías serán utilizadas como una herramienta de reconocimiento y distinción entre las personas, con la pretensión de determinar su comportamiento. Las dinámicas de sociabilización como la interacción *face to face* y el intercambio social rutinario están basados en un *self* construido de forma social e intersubjetiva, lo que permite a los sujetos entablar una relación con los otros. Por lo tanto, el sujeto que atiende a las primeras impresiones o apariencias al encontrarse con otra persona va a tener la tendencia de asignar una categoría que descifre su identidad social (Goffman, 1989, citado en Rengel, 2005). En este momento se comienza a elaborar la “activación de la categorización Yo–Nosotros–Ellos” (Morin, 1996, p.206, citado en Rengel, 2005). En este proceso en que se genera un Yo y un Nosotros, se genera comunidad, y en Ellos se genera la distinción que muchas veces tiende a la exclusión de los “otros” que no entren en la conjugación social de un “Nosotros”.

Los sujetos adictos, como los otros en la sociedad, tienden a ser una comunidad silenciosa y silenciada por el estigma social que existe en torno a esta población, una población oculta. Cuando la ciencia comenzó a estudiar la conducta adictiva en la década de los treinta del siglo XX, se pensaba que las personas adictas a las drogas y al alcohol tenían una moralidad deficiente y carecían de fuerza de voluntad. Posturas que aún se conservan, y que ven la incapacidad de los sujetos en la voluntad, moralidad y control sobre sus vidas, lo que reduce y estanca el entendimiento a profundidad. Lo cual no significa que no sea verdad, pero la persona adicta es más que su adicción, es más que su falta de fuerza de voluntad y es más que su corrimiento moral.

Desde el ámbito académico, es importante no dejar de lado el entendimiento del sujeto adicto como una persona, compleja y con una experiencia bio–psio–social propia y valiosa. Y esto no significa que la descripción y creación de categorías de entendimiento sea un trabajo innecesario sino que estas requieren ser realizadas y utilizadas de forma crítica y profunda, de tal manera que sean capaces de reconocer las especificaciones de los contextos y los individuos en la construcción y descripción del sujeto adicto.

¿QUÉ? ¿CÓMO? ¿QUIÉN ES “UN SUJETO ADICTO”? APROXIMACIONES DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS

Como se mencionó en el apartado anterior, generar una categoría y definición únicas para identificar a una persona adicta es un trabajo que corre el riesgo de limitar el entendimiento y reproducir estigmas y generalidades, sin embargo, algunas definiciones y términos empleados para identificar al sujeto adicto señalan la situación de que este “no puede renunciar” a

su consumo, que está atrapado, dominado y depende de ciertas sustancias o conductas para llevar a cabo su vida cotidiana.

La etimología de la palabra “adicto” remite a esclavo, proviene del latín *addictus*, participio pasado del verbo *addicere*, para referirse a alguien que había sido entregado como esclavo o que estaba sometido a la autoridad de otra persona. Con el tiempo, el término evolucionó para referirse a alguien que está fuertemente vinculado o dependiente de algo, como una sustancia o una actividad, en un sentido moderno de adicción. Cuando alguien contraía una deuda que no podía pagar, el deudor pasaba a ser propiedad de, esclavo temporal o permanente, de manera que el otro podía cobrarse con el trabajo del *addictus*. Entre las especificaciones que existen de un texto a otro sobre quiénes son las personas adictas, es común que se haga alusión a la condición de dependencia del sujeto, de ser esclavos de su consumo y de ellos mismos.

Por lo general, las adicciones y, en consecuencia, el sujeto adicto se ven relacionados con el consumo de sustancias, sin embargo, en la actualidad (2024) se da cuenta, cada vez con más frecuencia, que las adicciones van más allá del consumo de una sustancia. Gerard May (s.f., citado en Lara & Takahashi, 1999) afirma que existen otro tipo de adicciones que se conocen como adicciones de proceso, que pueden ser las relacionadas con la comida, el trabajo, el juego, las relaciones destructivas, entre otras. Por lo general, las adicciones a las sustancias se han querido diferenciar de las adicciones de proceso desde la creencia de que solo en las primeras existe una causa bioquímica, sin embargo, las investigaciones actuales cuestionan esa distinción.

Este mismo autor explica que la adicción es cualquier conducta compulsiva y habitual que limita la libertad del deseo humano, por lo tanto, plantea la idea de que todos somos adictos, pero que las adicciones al alcohol u otras drogas son las más obvias y trágicas. También menciona que cualquier adicción que esté implicada en aspectos importantes de la vida de una persona —como la adicción a una relación o al trabajo— puede afectar en algunas ocasiones a sistemas más grandes de células cerebrales que el consumo de una sustancia (Gerard May, s.f., citado en Lara & Takahashi, 1999).

Desde esta perspectiva en la que todos somos sujetos adictos o con tendencias a desarrollar una adicción desde nuestras acciones cotidianas, se pretende llegar a un entendimiento del proceso adictivo y de los sujetos adictos más allá de un estigma moral que se relacione con el consumo de sustancias ilegales o nocivas. Perspectiva en la que la sociedad pueda reconocerse en el otro y, a la par, reconocer las diferentes dimensiones que puede tener una adicción y un sujeto adicto. Contraria a esta postura, Rosete (s.f., citado en Lara & Takahashi, 1999) sostiene que este tipo de adicciones no se pueden catalogar como una adicción verdadera, por lo que se deberían de buscar otras formas para nombrarles.

Si bien en la actualidad se han descrito este tipo de adicciones que van más allá de la dependencia al consumo de sustancias, las adicciones relacionadas con el consumo de drogas hasta ahora son las más descritas entre los textos académicos, y las más comunes entre la población. Por lo que la relación entre la droga y el sujeto han estado relacionados y continúan estando en la producción de información sobre por qué y quién es el sujeto adicto.

Sin embargo, la relación entre la droga y el sujeto adicto no es del todo precisa, ya que en relación con la concepción de droga, cada sociedad determina lo que esta es y lo que no, también determina cuáles de ellas son aceptadas como legales e incluso, cuáles pueden ser promovidas para su consumo y cuáles son peligrosas (Rengel, 2005). Contemplar solo a la droga como el problema conlleva a desdibujar el papel que la misma sociedad juega en

la producción y consumo de estas, así como ignorar las circunstancias psicosociales que llevan a una persona a desarrollar una adicción.

Es importante reconocer la construcción social de lo que se considera una droga, ya que está implicado en la construcción del sujeto adicto. Por ejemplo, en México, el alcohol sigue siendo una de las sustancias más consumidas, y la percepción de riesgo ante su consumo es menor que la de otras sustancias, que, a diferencia del alcohol, son ilegales. Lo mismo sucede con el consumo de tabaco o fármacos, el consumo de estas sustancias institucionalizadas es promovida con base en los intereses de las grandes industrias que las producen, pero al estar tan incorporadas en la sociedad son difíciles de sustituir (Alemany & Rossell, 1981, citados en Rengel, 2005). Adicciones y consumos nocivos ocultos en la normalidad y moralidad de la legalidad, así como sujetos estigmatizados y desdibujados por el solo hecho de consumir una sustancia ilegal. Estas diferencias en la tolerancia social se ven reflejadas en quiénes y cómo se considera al sujeto adicto.

En la década de los sesenta, desde la opinión pública, se comenzó a popularizar la imagen de la drogodependencia construida a partir de los movimientos contraculturales de la época (Alemany & Rossell, 1981, citados en Rengel, 2005). Durante esta década, surgió en el imaginario social una construcción del drogodependiente como un sujeto deteriorado, a partir de la criminalización de las drogas, lo cual generó las condiciones para la de que el consumo de drogas fuera visto como un hecho conflictivo a nivel social (Romaní, 1999, citado en Rengel, 2005). Existía relación con “la criminalización” y desacreditación de la imagen de los movimientos contraculturales de la época que representaban una amenaza a los modelos ideológicos y de vida hegemónicos.

La guerra sucia contra los movimientos contraculturales de la época se vio reforzada a partir de las campañas de criminalización de la producción y venta de sustancias, la cual se vio reflejada y cargada en la criminalización de la imagen construida del sujeto consumidor y adicto a las sustancias. Para Alemany y Rossell (1981, citados en Rengel, 2005) el origen de la identificación negativa de los drogodependientes reside en la categorización y comparación entre el ciudadano normal y formal y el sujeto marginal. En esta diferenciación de sujetos, al primero se le atribuyen todos los valores positivos, pero además se le perdonan actos contrarios —a los valores establecidos— como puede ser el tráfico de drogas o el consumo y prescripción abusivo de fármacos, ya que forman parte del sistema social. En cambio, al sujeto marginal, en este caso el “drogadicto”, se le atribuyen todos los valores negativos, sin concederle valores positivos o perdón por sus acciones.

El sujeto adicto se ha ido construyendo como un enemigo social al cual se le atribuyen culpas de daños sociales, por ejemplo, Carlos González (citado en Rengel, 2005) menciona que en la actualidad, a la imagen social del usuario de drogas se le considera culpable de propagar el VIH / Sida. Este tipo de estigmas engrandecen más la exclusión social y señalamiento negativo del sujeto adicto. Sin embargo, estas ideas no surgen de la nada, y como lo mencionan Stephanie Desmon y Susan Morrow (2014), las experiencias de drogadicción que proyectan los medios de comunicación por lo general hacen referencia a aquellos sujetos que viven en las calles o situaciones económicas precarias y aquellos que viven en los suburbios. Por lo que la categorización e identificación de los sujetos adictos se ven influenciadas por diferencias socioeconómicas (Rengel, 2005). La concepción del adicto como aquel sujeto marginal y sin capacidad productiva en la sociedad, además de elevar la estigmatización del consumidor, limita el entendimiento de otro tipo de manifestaciones de la adicción, y por lo

tanto, de otro tipo de sujetos adictos, que difieren y tienen formas específicas dependiendo del contexto o etapa de la adicción.

La definición de quién es un sujeto adicto a menudo implica considerar las especificaciones de lo que constituye una adicción. Una de las concepciones más populares es la idea de que la adicción es una condición congénita y cerebral, es decir, sujetos que por su condición neurofísica pierden su libre albedrío y no pueden renunciar a su consumo, por lo que es necesaria la intervención exterior (Heyman, 2017); lo cual es cierto, existe un sustrato de funcionamiento cerebral, pero también otros factores en la lectura compleja de esta problemática.

Algunos pensadores mencionan que la idea de que las adicciones son un desorden del cerebro puede llevar a reafirmar en los sujetos adictos las creencias destructivas y de falta de control sobre sí mismos y sus comportamientos adictivos, idea errónea y limitante para el desarrollo de capacidades necesarias para sobrellevar la adicción (Vonasch, Clark, Lau, Vohs & Baumeister, 2017).

Otros autores como Barra (1994, citado en Rengel, 2005) mencionan que la población de consumidores considerados como drogodependientes se convierten en una subclase de “zombies”, destinados a sobrevivir a costa de la seguridad social, por lo que es ingenuo hablar de derechos individuales. Ante la creencia de la falta de capacidad del sujeto adicto de control sobre su vida, hablar de derechos individuales tiende a pasar a segundo plano, lo cual refuerza la exclusión social y falta de oportunidades para el desarrollo de estos sujetos, más allá de su consumo o adicción a una sustancia, o se van quedando en un sentido “liberal” en el tema de los derechos humanos.

En la mayoría de los casos, se prioriza el debate entre la capacidad o falta de capacidad de decisión y voluntad ante el consumo de drogas, hay quienes piensan que si los adictos pueden regular su consumo, entonces ¿por qué no las dejan? o ¿por qué comenzar a consumirlas? El problema de pensar en la adicción como una decisión es que muchas veces se dejan de lado las dificultades e implicaciones que tiene el sujeto para elegir entre “lo bueno” y “lo malo”, ya que cuando se trata entre el consumo de sustancia y la abstinencia existen buenas razones para hacerle caso a ambas posturas (Heyman, 2017).

Alan Brody (2012) hace una referencia al diálogo Protágoras, en el cual Sócrates discute la naturaleza del autocontrol cuando uno se enfrenta a una decisión, situación en la que los humanos tienden a querer hacer lo que consideran mejor. Sin embargo, menciona Sócrates, las cosas que generan tentación tienen el poder de alterar el entendimiento de su valor haciéndolas engañosas, haciendo de la tentación la mejor cosa por hacer, y agrega que caer en la tentación no significa la falta de fuerza sino la tendencia de elegir lo malo como si fuera bueno.

La adicción es más que la inexistencia de “fuerza de voluntad”. Reducir el problema a la falta de fuerza de voluntad sostiene el lenguaje que se utiliza para describir este fenómeno, ya que se habla sobre urgencias, deseos insoportables y una tentación irresistible frente a una acción que se instaura en la habitualidad (Benn, 2010), que si bien, la dependencia toma estos matices, también es cierto que siempre existe un sujeto con capacidad de agencia, aunque esta se encuentra deteriorada.

DEL CEREBRO AL CONTEXTO: ETIQUETAR O CARACTERIZAR

Como se mencionaba, para entender, nombrar y describir al sujeto adicto es importante conocer los orígenes de las concepciones del fenómeno del consumo de sustancias y las adic-

ciones. El modelo más común para describir el fenómeno de las adicciones es el biomédico. La investigación de las causas por las cuales una persona decide comenzar un consumo de alguna sustancia ilegal ha sido un tema de preocupación de expertos de distintas disciplinas, y en la intención de dotarlo de sentido y “confiabilidad” se ha definido como una enfermedad mental que tiene relación con carencias socioafectivas y perturbación de la relación del sujeto consumidor con su entorno (Caro, 2016).

Desde el siglo XIX, distintos neurólogos empezaron a plantear la idea de que la adicción era una enfermedad cerebral —la cual sigue vigente en el ámbito médico y psiquiátrico, aplicada sobre todo al alcoholismo (Kushner, 2010, citado en Becoña, 2016)—. En el caso del alcohol se comenzó a distinguir entre quienes controlaban su consumo y quienes no eran capaces, a los que se les comenzó a considerar como sujetos enfermos (Jellinek, 1969, citado en Becoña, 2016). Para autores como Renzo Rossello (2017), hablar de un adicto es hablar del cerebro adicto, ya que el consumo repetido de una sustancia cambia la estructura y funcionamiento del cerebro, el cual se ve dañado de formas distintas dependiendo la sustancia y la edad del consumidor, ya que entre más joven sea el sistema nervioso es más inmaduro. Como este proceso reside en el sistema límbico —que contiene las funciones de recompensa— más que de un problema moral, se habla de fallos en los mecanismos cerebrales.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-5), la adicción está descrita como una enfermedad cerebral, y en su conceptualización del trastorno por consumo de sustancias, se describe que una de las particularidades más importantes es la modificación de los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación (Becoña, 2016). Además del daño cerebral que genera el consumo de sustancias, se ha descrito cómo las adicciones pueden tener características hereditarias. Se observa, por ejemplo, que muchos de los hijos de alcohólicos desarrollan alguna obsesión, que si bien, no siempre es al alcohol, puede ser a la comida, lo cual se puede justificar si se hace uso de los estudios que muestran el rol de la comida como estimulante del Sistema Nervioso Central (Blum, Werner, Carnes, Carnes, Bowirrat, Giordano & Gold, 2012).

También existen posturas que contemplan otros procesos en la instauración de la adicción como lo descrito por Kalina (2000, citado en Araujo, 2016), la cual se refiere a los sujetos adictos como aquellos que nacen con una predisposición y vulnerabilidad genética o que desarrollan, por las características de su vida, una vulnerabilidad psico-neuro-bio-social, en los cuales la adicción se desarrolló en el intento de silenciar químicamente sus déficits. La causa no reside en la droga sino en la personalidad de quien la usa, en quien la droga adquiere un valor de un verdadero hallazgo al cual se le agregan significaciones de bienestar u otros valores atribuidos (Lizarazo, 1968, citado en Caro, 2016).

Ovejero (2000) argumenta que la persona adicta posiblemente intenta atender por este medio alguna necesidad que va más allá del objeto de consumo. La predisposición cerebral a los efectos de las sustancias no determina en su totalidad el desarrollo de una adicción sino los otros déficits que buscan ser superados o silenciados a partir de ese consumo y adicción, por lo que para estas perspectivas un sujeto adicto no puede verse solo como un sujeto predispuesto biológicamente.

A partir de 2015, han aparecido distintas críticas al modelo que considera la adicción como una enfermedad cerebral. Elisardo Becoña (2016) hace referencia al artículo que escribieron los autores Wayne Hall, Adrian Carter y Cynthia Forlini en 2015, publicado en *The Lancet Psychiatry*, en el que se revisa la evidencia existente sobre el modelo de enfermedad en las adicciones, analizando los estudios con animales y de neuroimagen en personas con adic-

ciones, así como el papel de la genética, en el cual sostienen que el reduccionismo biológico no está justificado ni resulta útil para todas las personas con trastornos adictivos, además de que el modelo limita la explicación de la complejidad del fenómeno de las adicciones y por lo tanto, del sujeto adicto.

Además de las características del sujeto adicto como un sujeto que padece una enfermedad cerebral, en algunos textos se mencionan otros factores individuales que pueden ser consideradas como causas en el desarrollo de la adicción. Estos factores individuales se ven relacionados con conflictos no resueltos de la infancia, falta de herramientas psicosociales, intolerancia a la frustración, baja autoestima, fatiga psíquica y social, formas marginales de vida, soledad y contraposición a los valores establecidos (Cabanillas-Rojas, 2012).

Sin embargo, estas condiciones individuales no están aisladas de la influencia del contexto, ya que existen entornos que favorecen la accesibilidad de sustancias y fomentan su consumo, así como otros tipos de relaciones que apoyan los hábitos de consumo (Kalina, 2000, citado en Araujo, 2016). Este tipo de interpretaciones parten de que en el desarrollo de una adicción convergen varios factores que incluyen tanto el plano individual como el familiar, el social y el educativo (Ovejero, 2000), (Aguilar, 2012 y Kalina, 2000, citados en Araujo, 2016; Jáuregui, 2007; Becoña, 2016). El listado de déficit que se suman para caracterizar a la persona adicta sigue creciendo, “El adicto es representado como un individuo al que le falta algo: educación, afecto, responsabilidad, límites, trabajo, dinero, vínculos; solo se queda con las ansias de drogarse” (Gaete, 2007, p.72).

Desde una perspectiva psicosocial, se considera la complejidad en la cual el individuo se construye a partir de las relaciones interpersonales, influenciadas por un contexto y sociedad. La adicción se relaciona con los intentos de búsqueda de una nueva identidad personal, extraída de la identidad social, y esa identidad va a determinar la forma de interpretar y accionar en el mundo (Ovejero, 2000; Gaete, 2007).

Existen otras perspectivas que explican las implicaciones sociales en el desarrollo de las adicciones ya sea a sustancias legales e ilegales, como es que el fenómeno del consumo y adicción a las sustancias es reflejo de un problema global que se relaciona con el estilo de vida propio de las sociedades occidentales individualistas. El sujeto adicto es considerado como la máxima expresión del individuo posmoderno (Jáuregui, 2007). El sujeto adicto es considerado como el resultado de las condiciones socioeconómicas y políticas de las personas actuales, así como de los ritmos y tiempos, en donde el tiempo de moda es el instante, discontinuo y vertiginoso, en donde el consumidor está condenado a una búsqueda interminable (De la Mora, 2017). La adicción es un síntoma de malestar social manifestado en ciertos sujetos con características propias, pero también compartidas con otras problemáticas:

Adicción ha venido a definir tanto una enfermedad como un síntoma. Una conducta individual como un modo colectivo. Una rareza de ciertos grupos sociales como un flagelo ampliamente extendido. Una dependencia, una habituación, un síndrome (de abstinencia), una manía (toxicomanía), un ismo (alcoholismo), un “ansia”, una necesidad de algo físico, químico, biológico o comportamental. Se habla de adicción a sustancias, al juego, al peligro, a la televisión, al poder, a cosas tan específicas como el timbre de una voz, o tan generales como la comida, o la ciberadicción (Levin, 2011, p.102).

Todo aquello que define una adicción, por consiguiente, contribuye a definir a un sujeto adicto. En la actualidad —en donde se describen otro tipo de adicciones que van más allá

del consumo de sustancias, así como el entendimiento de la complejidad y multicausalidad del fenómeno del consumo y las adicciones—, se vuelve aún más compleja la descripción y categorización del sujeto adicto. Sin embargo, y como ya se ha ido desarrollando en el texto, existen características que son utilizadas de forma común en la descripción del sujeto adicto. En la guía de introducción a *Narcóticos Anónimos*, se plantea que un adicto es una persona cuya vida está controlada por las drogas (Galanti, Pawlowicz, Moreno, Rossi & Touzé, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (1994), en su *Glosario de alcohol y drogas*, define que la vida del consumidor denominado adicto está dominada por el consumo de sustancias hasta llegar a excluir las otras actividades y responsabilidades. Ya que los adictos tienden a orientar sus actividades a partir de sus comportamientos y necesidades adictivas (O'Connor, 2012).

El adicto se presenta como aquel que no quiere saber nada sobre aquello que no entra en la subjetividad creada con la fuerza de una pasión que se liga al sometimiento ante una verdad que se sostiene como plena (Warjach, 2004). También se describe, desde su dimensión personal, como una persona psicópata y narcisista que prioriza de manera exclusiva su necesidad, sin importar la seguridad, integridad o sentimientos del otro (Kalina, 2000, citado en Araujo, 2016).

La concepción moral-jurídica sobre el uso de drogas entiende a esta como una conducta desviada, por lo tanto, hace alusión a un usuario desviado, en especial si este se ve implicado con el desarrollo de una conducta adictiva (Galanti et al., 2010). La percepción y concepción de que el adicto es una persona mala está influenciada en especial, porque la mayoría de las drogas son ilegales (Barry, s.f., citado en Desmon & Morrow, 2014). El ser percibido como consumidor de drogas actúa marcando de forma negativa la vida social del individuo, el cual puede llegar a ser percibido como peligroso, ya que al estar bajo los efectos de la sustancia, se le piensa como incapaz de distinguir entre “el bien” y “el mal” (Pellicer & Boronat, 2010). Además, el drogodependiente es considerado como una persona despreocupada con respecto a su propia salud y alguien a quien el consumo lo llevó a la degradación y en un camino hacia la muerte (Neuman, 2001, citado en Rengel, 2005). El consumo de sustancias se relaciona con personas de bajos recursos, poca cultura, personas asociadas con conductas delictivas: “Los habituales de la yerba son gente de bajos fondos, cargadores, hampones, pequeños contrabandistas, braceros, vendedores ambulantes, homosexuales reconocidos, prostitutas de bajo cuño, delincuentes mayores habituales (atracaadores y ladrones), asaltantes, bandoleros, población carcelaria masculina y femenina, bogas, choferes, pequeños artesanos” (Caro, 2016).

Sin embargo, esta concepción “clasista” sobre quiénes eran, por lo común, los sujetos adictos se modificó cuando nació la preocupación por saber cómo el consumo se extendía a personas consideradas como productivas y funcionales para la sociedad, haciendo más visibles aquellos sujetos adictos que no entraban en las concepciones del sujeto consumidor. Se expresa una preocupación por identificar al consumo de drogas y a la adicción como problemática en expansión, la cual puede afectar los procesos productivos: “Si la droga es una amenaza para los procesos productivos, el perjuicio a los mejores hombres y no tanto al hampa de las ciudades era uno de los mayores temores de los expertos de la salud mental” (Caro, 2016, p.29).

En los tiempos actuales, ser consumidor de ciertas drogas es una moda. Los estudios más amplios dan cuenta de que la adicción no respeta edades, condición económica, profesión, en sí, estatus social. Se ha diversificado el perfil del consumidor y el perfil de la persona adicta. Los cambios en las dinámicas sociales y la diversificación de las drogas y su consumo son factores que alertan a los profesionales, al sector gobierno y a la sociedad en general.

“El adicto” ya no es aquel sujeto pobre de la barriada, puede ser cualquiera, de cualquier estrato social, cultural, económico. En la actualidad, existen perspectivas que consideran que: “Un adicto es alguien, como todos los demás, que tiene una educación, carrera, y aspiraciones interpersonales, y él falla en completarlas; o las completa hasta cierto punto, y entonces su adicción socava estos logros” (Flanagan, 2013, p.7) (traducción de las autoras).

Otro matiz del tema es el referente a la llamada “conducta adictiva”. Esta nombrada conducta adictiva ha sido etiquetada de distintas formas desde el siglo XIX, pero algo en común en todas es que consideran el consumo de drogas como una conducta desviada, lo que genera una categoría de juicio negativo, construido y aplicado por unos miembros de la sociedad sobre otros, y aunque la significación de conductas desviadas se han modificado, la conducta adictiva se ve relacionada con valores morales y políticos como la maldad, el pecado o la delincuencia, incluso en aquellos significados médicos que lo describen como enfermedad (Conrad & Schneider, 1980, citados en Levin, 2011). La evolución del término: “conducta adictiva” ha llegado al punto de integrar a toda aquella conducta que implique una relación tóxica con algún agente exterior ya sea sustancia, objeto o persona (Bobes et al., 2011).

Para autores como José Fernández, José Carballo, Roberto Secades y Olaya García (2007), la conducta adictiva no se puede reducir a un proceso neuroquímico, ya que la probabilidad de que un sujeto que consuma una droga y llegue a ser adicto no está solo relacionada con las propiedades de las sustancias sino también con el grado de vulnerabilidad del contexto del sujeto y los procesos de reforzamiento y significación del consumo.

Los esfuerzos por caracterizar “la conducta adictiva” desde la perspectiva de Elizabeth Stierand (2017) es el resultado de un proceso de evolución en la investigación científica que ha buscado crear postulados teóricos desde una perspectiva más integradora, en la cual se tomen en cuenta aquellas adicciones que muestran sintomatologías y conductas iguales o parecidas a la adicción a sustancias.

Epele (2010, citado en Lorenzo, 2012) describe que de acuerdo con el modelo de los Doce Pasos de AA, las características de la personalidad adictiva se centran en valorizaciones morales, en donde el adicto es considerado egocéntrico, mentiroso, manipulador, orgulloso y soberbio, y que la relación que mantienen los y las usuarias de sustancias con la verdad y la mentira llega a convertirse en una propiedad de su subjetividad.

CONCLUSIONES

Al abordar y describir el fenómeno de las adicciones, encontramos presentes una serie de dicotomías relacionadas de manera directa con la construcción del entendimiento y concepción de la persona adicta. Algunas de ellas son:

- Libertad / Dependencia. Ya que para muchas personas el consumo de sustancias se relaciona con la emancipación de los valores tradicionales impuestos por los modelos de autoridad, rompiendo el orden establecido. Este acto de “subversión” y libertad puede desencadenar un estado físico y / o psíquico de dependencia que se convierte y entiende más como una cárcel o como una condición de “esclavo”. Para el sujeto adicto, el acto que puede comenzar como una búsqueda de libertad puede terminar en un acto de autosometimiento.
- Vicio / Enfermedad. A pesar de que la concepción de la adicción como un vicio es ya poco utilizada desde el ámbito profesional, esta percepción social prevalece en la vida

cotidiana, y en consecuencia, está muy presente en la vida de la persona con adicción. Por lo común, la adicción como vicio se relaciona con las primeras etapas del consumo en donde se percibe que la persona busca el placer, y es el mismo sujeto quien mantiene su consumo por decisión y falta de voluntad. El vicio hace referencia a un déficit moral y de fuerza de voluntad por parte del sujeto que ha descuidado su vida por atender su vicio o fuente de placer. Estas ideas muchas veces se justifican contrastándolas con experiencias de personas que logran superar su adicción sin ninguna intervención exterior.

Esta concepción del adicto como vicioso, con un déficit moral y con falta de fuerza de voluntad, se contrapone a la idea de que la adicción es una enfermedad cerebral y / o psíquica, pues se considera que el consumo de sustancias puede ser controlado por algunas personas, pero que existen aquellas que pierden la capacidad de controlar su consumo al presentar predisposiciones genéticas o desarrollar consecuencias negativas en el cerebro que instauran la adicción en esos sujetos, lo que, en algunos casos, son considerados como sujetos con una enfermedad incurable. La concepción del adicto como enfermo implica que requiere de un tratamiento o apoyo terapéutico para poder controlar su padecimiento, pero que su adicción no será curable.

- Víctima / Protagonista. Aquí se muestra la percepción de los sujetos adictos como sujetos determinados y condicionados por las circunstancias neuro-psico-bio-sociales, por contextos marginales, de exclusión y / o por herencias genéticas y culturales no elegidas que se ven implicadas en el desarrollo de una adicción y que pueden llevar a la percepción del sujeto adicto como una víctima de su propia existencia, como un sujeto condicionado por ciertas características que terminará desarrollando conductas adictivas o un consumo problemático de sustancias. A la persona adicta también se le llega a considerar una víctima de la exclusión social, la cual genera el consumo, debido a la trasgresión a la norma y valores establecidos que el consumo implica. Sin embargo, esta exclusión debido al consumo es vista por algunos consumidores como una forma de respuesta ante la exclusión que viven debido a otros factores, en donde el consumo y la adicción son una exclusión protagonizada. La oposición, desde la elección a las normas y lineamientos impuestos, se puede ver como una forma de protagonismo (desviado) en la vida de los sujetos consumidores, antes de la instauración, reconocimiento o complicación de la adicción. Muchas veces el sujeto adicto es descrito con una personalidad narcisista, egoísta, preocupada solo por sí misma y no por los demás, como protagonista de su propia existencia.

Así como existen dicotomías en el entendimiento, y en el mismo proceso del desarrollo de la adicción y del sujeto adicto, entre las distintas posturas y descripciones que se encuentran, es necesario generar un diálogo que favorezca el entendimiento más complejo y con más posibilidades del sujeto adicto, que no lo reduzca ni a víctima ni a criminal sino que se le reconozca como sujeto con experiencias significativas y diversas; como alguien en búsqueda de la vida.

REFERENCIAS

- Alvarez, A. A. (2004, mayo-agosto). Representación social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicología em Estudo*, 9(2), 151-162. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200002>
- Araujo, C. (2016, 23 de septiembre). ¿Qué es lo que hace al individuo adicto? Di no a las Drogas. <https://dinoalasdrogas.com/rehabilitacion-adicciones/lo-al-individuo-adicto/>
- Becoña, E. (2016, mayo-agosto). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 118-125. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77846055004.pdf>
- Benn, P. (2010). Can addicts help it? *Philosophy Now*. https://philosophynow.org/issues/80/Can_Addicts_Help_It
- Blum, K., Werner, T., Carnes, S., Carnes, P., Bowirrat, A., Giordano, J. & Gold, M. (2012, 7 de marzo). Sex, drugs, and rock ‘n’ roll: hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 38-55. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662112>
- Brody, A. (2012). Addicts, mythmakers and philosophers. *Philosophy Now*. https://philosophynow.org/issues/90/Addicts_Mythmakers_and_Philosophers
- Cabanillas-Rojas, W. (2012, marzo). Factores de riesgo / protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(1), 104-111. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100016&lng=es&tlng=es
- Caro, D. A. (2016). *La definición del adicto: las aproximaciones científicas al consumo de drogas Bogotá 1960-2000* [Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/21928>
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R. & Álvarez, M. D. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 225-243. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712250002>
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P. & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Eds.). *Manual de Trastornos Adictivos* (pp. 17-25).
- De la Mora, J. L. (2017, 1 de diciembre). El adicto: subjetividad contemporánea. *Nexos*. <https://www.nexos.com.mx/?p=34842>
- Desmon, S. & Morrow, S. (2014, 1 de octubre). *Drug addiction viewed more negatively than mental illness, Johns Hopkins study shows*. Johns Hopkins University. <https://hub.jhu.edu/2014/10/01/drug-addiction-stigma/>
- Echeburúa, E. (1999). Cambio de concepto. *Revista Española*, 24(4), 329-331. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v24n4_editorial.pdf
- Espín, O. (2014, septiembre-diciembre). Padecer la adicción: una etnografía dentro de un grupo de Narcóticos Anónimos. *Dimensión Antropológica*, Vol.62, 87-121. <https://biblat.unam.mx/hevila/Dimensionantropologica/2014/vol62/4.pdf>

- Fernández, J., Carballo, J., Secades, R. & García, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 2–10. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1423.pdf>
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00120>
- Frank, L. E. & Nagel, S. K. (2017, 17 de febrero). Adicción y moralización: el papel del modelo subyacente de adicción. *Neuroética*, Vol.10, 129–139. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9307-x>
- Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos. “El juicio psicológico”. *Revista de psicología*, 16(2).
- Galanti, A., Pawlowicz, M. P., Moreno, D., Rossi, D. & Touzé, G. (2010). Uso de drogas: ¿acto responsable? ¿voluntario? ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 24–34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830416>
- Gamboni, A. (2007). *Relación entre la adaptación social del adulto varón y el desarrollo de la adicción al alcohol* [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar].
- González, A. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liberaddictus*, No.97, 14–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2307090>
- González, P. (2018, 5 de septiembre). *¿Adicto a la pornografía? Cómo saberlo, cómo escapar*. EFE: salud. <https://efesalud.com/pornografia-adiccion-soluciones-sintomas/>
- Guarate, C. & Yeisy, C. (2013). *Dialéctica de los valores del adicto: Cuidado humano y salud. Relatos de vida* [Tesis de doctorado, Universidad de Carabobo]. <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/538/4/guaratey.pdf>
- Guerrero, V. (2013). Cerebro adicto. *Revista ¿cómo ves?*, No.177. <https://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/177/el-cerebro-adicto>
- Hermida, J. R. & Secades, R. (2007, enero–abril). Psicología y drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 1. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828101.pdf>
- Heyman, G. (2017, junio). Do addicts have free will? An empirical approach to a vexing question. *Addictive Behaviors Reports*, Vol.5, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.02.001>
- Jáuregui, I. (2002). Una perspectiva cultural de la adicción. *Gazeta de Antropología*, No.18. <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.7394>
- Jáuregui, I. (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 16(2). <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153299009.pdf>
- Lara, P. & Takahashi, H. (1999). ¿Qué es la adicción? *Liberaddictus*. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0415-35.pdf>
- Levin, L. (2011, junio). La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos. Una crítica al modelo médico hegemónico. *REDES*, 17(32), 95–132. <https://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/4115>
- Lewkowicz, I. (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En J. E. Dobon (Comp.), *Las drogas en el siglo ¿qué viene?* (pp. 91–107). Editorial Universitaria de La Plata.
- Llinares, M. C. & Lloret, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes?: Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, No.62, 115–133. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_62.pdf#page=117

- López, C. (2006, mayo). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyche (Santiago)*, 15(1), 67-77. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>
- Lorenzo, G. (2012). “La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual”. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína. *Gazeta de Antropología*, 28(2). <http://hdl.handle.net/10481/22925>
- Marín, R. & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
- Matthews, S., Dwyer, R. & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275-286. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-017-9784-y>
- Mercado, A. & Briseño, P. D. (2014, enero-abril). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 17(39), 137-157. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67630574008.pdf>
- Milián, Y., Gálvez C. E., Pita, C. & Rosales, O. (2005, septiembre-diciembre). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500013
- Montaño, R. (2009, 5 de enero). *Anomia, norma y consumo: La construcción subjetiva del adicto*. Fraternidad de Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua. http://rolandomontano.info/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=56
- Nuño, B. L., Alvarez, J., González, C. & Madrigal, E. A. (2006, julio-agosto). La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud mental*, 29(4). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252006000400047&script=sci_arttext
- O'Connor, P. (2012, 8 de enero). In the Cave: Philosophy and Addiction. *The New York Times*. <https://archive.nytimes.com/opinionator.blogs.nytimes.com/2012/01/08/out-of-the-cave-philosophy-and-addiction/>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España; Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz, *Psychosocial Intervention*, 9(2), 199-215.
- París, M., Pérez, L. & Medrano, G. (2010). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. Conapred. <https://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/959>
- Pascual, M. & Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289153037001>
- Pedrero, E. J. (2006, enero). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18(2), 135-148. <https://bit.ly/2RRkNuD>
- Pedrero, E. J. (2015). ¿Qué es y qué no es la adicción? Evidencia científica disponible. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2217.5208>
- Pedrero, E., Ruiz, J., Olivares, Á., Mota, G., Llanero, M. & Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23(1), 100-106.

- Pedrero, E. & Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3). <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/267>
- Pellicer, M. C. L. & Boronat, M. L. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes?: proceso de construcción de un estigma. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, No.62, 115-133. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_62.pdf#page=117
- Pérez, A. (1995). Adicción y enfermedad: mito y realidad. *Revista colombiana de Psicología*, No.4, 67-71. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/15907>
- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104. https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02_originalo1.pdf
- Rengel, D. (2005). La construcción social del "otro". Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de Antropología*, No.21. <http://hdl.handle.net/10481/7197>
- Rossello, R. (2017, 24 de septiembre). En el cerebro adicto. *El País*. <https://www.elpais.com.uy/domingo/en-el-cerebro-adicto>
- Rubio, F. J. (2001). Proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4(2), 233-243.
- Souza, M. M. & Cruz, M. L. (2008). Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(4), 290-297. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44324>
- Stierand, E. (2017). *Investigación documental sobre la concepción actual de las conductas adictivas como parte de un proceso de transformación conceptual* [Tesis de licenciatura, Universidad de Cundinamarca]. <https://bit.ly/2SJEfJQ>
- Tello, A. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liberaddictus*, No.97, 14-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2307090>
- Vázquez, A. E. (2011). *Procesos de estigma sobre la drogodependencia* [Sesión de conferencia]. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-052/662>
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M., Martín, J. & Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122827005>
- Vonasch, A., Clark, C., Lau, S., Vohs, K. & Baumeister, R. F. (2017, junio). Ordinary people associate addiction with loss of free will. *Addictive Behaviors Reports*, Vol.5, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.01.002>
- Warjach, D. (2004). *Desestimar la apuesta del adicto* [Sesión de conferencia]. XI Jornadas de Investigación, Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/35>
- Wilson, B. (2008). *Alcohólicos Anónimos: El relato de cómo muchos miles de hombres y mujeres se han recuperado del alcoholismo* (3ª edición). Alcoholics Anonymous World Services. <https://www.aa.org/>

Adicciones en la infancia y la adolescencia. Un vistazo desde la ventana adulta

CLAUDIA GUADALUPE ARUFE FLORES

El estudio de las adicciones en la infancia y adolescencia desde el ámbito académico es aún muy incipiente, se ha centrado la investigación en torno al alcohol, el Internet y las drogas; predomina la información que describe el consumo por sobre las experiencias de prevención y atención a las adicciones. Resalta el poco protagonismo que juegan la niñez y la adolescencia en los proyectos de investigación, sus voces se escuchan solo a través de herramientas de recolección de datos, pero poco se conoce sobre la complejidad de sus contextos, desde sus propias percepciones.

El presente texto tiene el objetivo de poner sobre la mesa distintos abordajes sobre las adicciones en niñas, niños y adolescentes, y lo que puede proponerse en torno a la prevención y atención de las adicciones en estas edades. Para ello se hizo un recorrido a través de diferentes enfoques del tema y las posibles propuestas en tal ámbito. Se realizó una investigación documental para la que se consultaron leyes, periódicos y revistas especializadas.

En primer lugar, se presenta un brevísimo preámbulo histórico que pretende identificar el concepto de las adicciones y su evolución como fenómeno social, para esto último se refieren los resultados de una búsqueda en la hemeroteca del periódico local de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. La perspectiva que guía este trabajo se corresponde a los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes; por ello, en un segundo momento, se expone una selección de artículos que corresponden al marco legal sobre las adicciones en la infancia y adolescencia. La tercera parte, y la más extensa, se compone de los resultados de la sistematización de artículos académicos seleccionados; primero se presentan los resultados generales y después cinco subapartados que corresponden al tipo de adicciones: alcohol, Internet, drogas, multiadicciones y, al final, otras adicciones menos estudiadas.

EVOLUCIÓN DE LAS ADICCIONES COMO FENÓMENO SOCIAL

Las adicciones —definidas por la Real Academia Española como las dependencias de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio físico o como las aficiones extremas a alguien o algo— son inherentes a la naturaleza biológica y social de los seres humanos. Aunque los primeros registros de ellas datan del siglo XVI antes de Cristo (Pinto, 1998), fue hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX de nuestra era que productos como el tabaco, el alcohol, el café y el opio empezaron a ser mercantilizados, jugando un papel importante en los procesos de colonización, así como en el naciente sistema capitalista a finales del siglo XIX.

Adriana Luna-Fabritius relata cómo fue que en el marco de la revolución farmacológica, a principios del siglo XX, la palabra “droga” se asoció por primera vez con “adicción” (2015, p.28) y cómo la promoción del consumo surgió de intereses económicos y terminó desembocando en problemas de salud para los individuos, perjudicando también las relaciones

sociales y convirtiéndose de forma paulatina en un asunto de política pública. En México, fue hasta 1984 que la Ley General de Salud consideró por primera vez a las adicciones, farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general, con lo que se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) el 8 de julio de 1986 por parte de la Secretaría de Salud (Rubio & Rubio, 2006, p.299).

Pero ¿cuándo el tema de las adicciones empezó a estudiarse relacionándolo con la infancia y la adolescencia? ¿Desde qué disciplinas se ha intentado de explicar o atender este fenómeno multidimensional? ¿A qué son adictos las niñas, niños y adolescentes? ¿Cuáles son los factores de riesgo y de prevención? ¿Cuáles son los retos y soluciones que se han producido? Dentro del interés de este trabajo, todas estas interrogantes se han concentrado en una sola: ¿Qué se ha estudiado y dicho sobre las adicciones en la infancia y a adolescencia durante los últimos cinco años (2015–2020)? La respuesta a estas preguntas constituye el objetivo del presente capítulo.

A partir de las últimas dos décadas del siglo XX, fue que el tema de las adicciones en la infancia empezó a ser reconocido por los gobiernos, no obstante que desde décadas anteriores hay indicios de la existencia de niños adictos, principalmente a las drogas. Se realizó una búsqueda en la hemeroteca electrónica del periódico local *El Informador*, de Guadalajara, Jalisco, con las palabras clave: “niño adicto”, los resultados fueron escasos, pero al mismo tiempo reveladores. La primera nota data del 30 de enero de 1975, y se titula: “Comprobado: Drogadicción en Niños de solo 6 años” (*El Informador*, 1975).

En la nota se declara que el Instituto Nacional de Protección a la Infancia comprobó, en el estado de Puebla, que niños que apenas habían cumplido los seis años de edad ya inhalaban *thinner* o fumaban mariguana. Las medidas que anunciaban era que tanto padres de familia como autoridades harían guardia permanente en escuelas primarias, secundarias, parques infantiles y otros centros de reunión de niños y jóvenes para combatir a los vendedores de drogas. Asimismo, se anunciaba la construcción de un centro para dar atención y orientación a niños con problemas de drogadicción, se escribió que el director del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (Inpi) había declarado, con respecto a los niños adictos, “podemos asegurar que las cifras no son alarmantes”.

Un año después, se publicaba en el mismo periódico: “Thinner para clase baja, y mariguana para la alta”; en la nota se menciona tomar conciencia de canalizar a los “niños adictos” como enfermos a los hospitales y centros de salud, no a reclusorios en calidad de delincuentes infractores (*El Informador*, 1976).

En 1983, *El Informador* publicó que el Club Rotario de Guadalajara hizo entrega al patronato de “Aldea Betania”, de un albergue para rehabilitación de los niños adictos a los inhalantes (*El Informador*, 1983).

Para 1990, el mismo medio divulgaba “Niños que nacen adictos” a consecuencia de mujeres que consumen cocaína durante su embarazo (Batarse, 1990). El siguiente resultado fue en 2005 con la nota titulada “Niños adictos”, y hacía la denuncia: “Drogas. Están por todas partes. Las distribuyen menores de edad” (Cataño, 2005), señalando que en México el promedio de edad de inicio estaba entre los 8 y 15 años, además registraba que las drogas de inicio habían cambiado, que aunque predominaban los inhalables y la mariguana había “un aumento preocupante” de la cocaína como primera droga, así como las drogas de diseño (éxtasis y tachas), se hacía un llamado a la educación y estilos de crianza como factores de prevención.

Fue hasta el 20 de marzo de 2010 que se registró la primera nota del periódico relacionada con la adicción al Internet, aunque el contexto se ubicaba en Inglaterra, la noticia destacaba

la apertura de una clínica en Londres para rehabilitar a niños a partir de los 12 años, cuya adicción a Internet era tal que su salud estaba en riesgo (El Informador, 2010); finalmente, en 2017, una columna de opinión del mismo medio abordaba el tema de los niños adictos a los videojuegos (Zepeda, 2017).

Este breve recorrido histórico noticioso en un periódico local sirve para reflejar cómo el tema de las adicciones en la infancia y adolescencia no es reciente, pero tampoco ha sido suficientemente atendido; da cuenta también que la edad de inicio a la adicción está en la infancia temprana y que la figura del “niño adicto” pasa por el filtro de la clase social, además que este fluctúa entre las representaciones de víctima o victimario, sobre todo, se hace evidente la suma de objetos de adicción, desde los inhalantes hasta el mundo digital, lo que demuestra la necesidad de indagar en textos académicos, de divulgación, producción de profesionales y de organizaciones que atienden el problema de las adicciones en niñas, niños y adolescentes.

MARCO DE REFERENCIA LEGAL

El enfoque de derechos humanos será el eje del diálogo en este apartado, en donde se reconoce a la infancia y adolescencia como etapas del desarrollo humano, y a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos. Un primer punto de referencia será el marco legal. A continuación, se presenta un recorrido histórico de los principales referentes al tema de las adicciones en estas etapas.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) es un acuerdo internacional firmado por la gran mayoría de los países en 1989, México la ratificó en 1990 y se comprometió a hacer las adecuaciones legislativas necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos humanos desde la infancia. En el artículo 33 se señala: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias” (ONU, 1989).

En el ámbito nacional, en 2000 se reformó el artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, y se adicionó el siguiente párrafo: “El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez” (Secretaría de Gobernación, 2000). Y en 2011, se reformó este mismo artículo y se añadió:

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios (Secretaría de Gobernación, 2011).

En 2014, en México se promulgó la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Cámara de Diputados, 2014); en su artículo 50 refiere:

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de

conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de [...] entre otras responsabilidades:

XV. Establecer medidas tendentes a la prevención, atención, combate y rehabilitación de los problemas de salud pública causados por las adicciones.

En el artículo 58 aborda los fines de la educación, en específico, en la fracción VI se señala que uno de ellos es: “VI. Prevenir el delito y las adicciones, mediante el diseño y ejecución de programas”.

Por lo que concierne a Jalisco, en 2015 se promulgó la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Congreso del Estado de Jalisco, 2015), se dedicó el Capítulo VIII al Derecho de Acceso a una Vida Libre de Violencia y a la Integridad Personal, e incluye lo estipulado en el artículo 34:

Las autoridades están obligadas a tomar las medidas necesarias, de conformidad a la legislación civil, penal y administrativa en la materia, para prevenir, atender, sancionar, erradicar y reparar los casos en que niñas, niños o adolescentes se vean afectados por lo siguiente: V. La participación por medio de la incitación o coacción, para el consumo de sustancias que generen adicción, para la comisión de delitos o en asociaciones delictuosas, en término de la legislación y demás disposiciones aplicables.

En el artículo 60, se identifican las condiciones de vulnerabilidad en la infancia, una de ellas es tener problemas de adicciones. Finalmente, en el artículo 61 se indica que las autoridades, en el ámbito de su competencia, a fin de proteger a niñas, niños y adolescentes que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad deberán: “VIII. Establecer clínicas de rehabilitación destinadas a niñas, niños y adolescentes con problemas de adicciones, así como realizar campañas de concientización y prevención”.

Se presentan a continuación los resultados generales, y con posterioridad, cinco subapartados que corresponden al tipo de adicciones investigadas: alcohol, Internet, drogas, multiadicciones y al final, otras adicciones menos reportadas. Las últimas dos categorías se presentan con subapartados diferentes a los tres primeros debido al análisis de sus contenidos.

ADICCIONES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, PRINCIPALES HALLAZGOS

Aquí se comparten los principales hallazgos, producto de la reflexión conjunta de los artículos académicos seleccionados. En un primer momento se exponen todos aquellos vacíos de información que se identificaron, también se comparten las representaciones sociales que los autores de estos artículos tienen con respecto a las y los adolescentes; finalmente se hace una breve mención a las distinciones no homologadas que existen entre los términos consumo, abuso y adicción.

Vacíos de información

- *Por edad.* La gran mayoría de los estudios se concentra en la adolescencia (12 a 17 años), pese a que hay menciones que la edad de inicio en las adicciones cada vez es más temprana, solo cuatro de las investigaciones incluyen en su rango de edades a personas menores de 12 años de edad (Martínez-Ferrer & Moreno, 2017; Amaro, Fernández, González, Padro, Zunino, Pascale, García & Pérez, 2016; Golpe, Isorna, Gómez & Rial, 2017; Rial, Gómez, Isorna, Araujo & Varela, 2015). De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada hasta el momento, no se encontraron estudios exclusivos para menores de 12 años de edad.
- *Por género.* La palabra “niña” no se menciona en ninguno de los artículos académicos, solo uno de ellos estudia los roles del género en el consumo del alcohol (Fernández et al., 2018), y en el otro se aborda el impacto de género en los programas de prevención familiar (Orte, Valero, Fernández & Pozo, 2018). Aunque en el tema de las adolescentes sí se reportan algunos datos sobre consumo de drogas legales e ilegales.
- *Por espacios sociales.* Las instituciones donde se contacta a los niños, niñas y / o adolescentes son en su gran mayoría escuela de nivel secundaria y bachillerato y en mucho menor frecuencia, los hospitales, principalmente en sus servicios de urgencias. Hasta el momento, en la información consultada no se encontraron estudios de adicciones en la infancia en condición no escolarizada o en otros espacios no institucionalizados.
- *Por aproximación al fenómeno.* La gran mayoría de las investigaciones corresponden a estudios descriptivos sobre el consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes o comportamientos adictivos, así como los elementos que los caracterizan como factores de riesgo y sus relaciones con otros aspectos familiares o de desarrollo psíquico. Sin embargo, hay muy pocos registros sobre tratamientos o intervenciones de atención a niñas, niños y adolescentes con adicción.
- El estudio de las adicciones vinculado a las conductas adictivas es un tema poco explorado desde la academia, no hay un acuerdo sobre los niveles de adicciones y qué relación guarda con las conductas adictivas. Expertos como Jon E. Grant y Samuel R. Chamberlain (2018, p.6) señalan que “muchas conductas problemáticas, como el uso de Internet, las compras compulsivas, el sexo, el robo y la comida, carecen de datos persuasivos sobre sus fundamentos neurobiológicos”. Todo esto deriva en dificultades para hacer diagnósticos efectivos, procesos preventivos oportunos y tratamientos adecuados y respetuosos de los derechos humanos de las personas adictas.
- Resalta que hay muy pocos trabajos que vinculen el problema de las adicciones con el mundo del narcotráfico, las grandes industrias del trabajo o los videojuegos, cuando estos son componentes económicos fundamentales y causales para que los adolescentes se conviertan y permanezcan como adictos.

Las representaciones sociales en torno al adolescente

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano físico, cognitivo, emocional, psicológico y social (Telumbre, Pimentel, López, Sánchez-Jaimes & Fuentes, 2015; Enríquez, Fernández & Rueda, 2017; Vallés, Pedrosa, Verdú & Tàpia, 2016; Montagud-Romero, Blanco-Gandía & Rodríguez-Arias, 2016) que representa un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta (Villalobos, Valera, Mondragón & Tapia, 2016; Díaz-García & Moral-Jiménez, 2018)

y que se ve condicionada tanto por el proceso de maduración cerebral como por factores psicosociales, familiares, culturales, políticos y económicos (Bousoño, Al-Halabí, Burón, Garrido, Díaz-Mesa, Galván, García-Álvarez, Velasco, Rodríguez-Revuelta, Wasserman, Carli, Hoven, Sarchiapone, Wasserman, Bousoño, García-Portilla, Iglesias, Sáiz & Bobes, 2019; Leal-López, Sánchez-Queija & Moreno, 2019; Tegoma-Ruiz & Cortaza-Ramírez, 2016).

Derivado de lo anterior, en las investigaciones revisadas se caracteriza a los adolescentes por estar en búsqueda de su propia identidad, ser impulsivos e irresponsables, tener sentimientos de incertidumbre y desesperación, sentirse atraídos por conductas de riesgo y la experimentación de nuevas sensaciones; al mismo tiempo, querer adelgazar el vínculo con sus padres y tener una álgida necesidad por sentirse aceptados socialmente, en especial por sus pares; no obstante que presentan tendencias a relacionarse de forma agresiva con los demás. Todo este “coctel de personalidad” genera las condiciones propicias para que los adolescentes desarrollen conductas adictivas (Teixidó-Compañó, Sordo, Bosque-Prous, Puigcorbé, Barrio, Brugal, Belza & Espelt, 2019; González, Espada, Guillén-Riquelme, Secade & Orgilés, 2016). Desde un enfoque sociocultural, Yanquiel Barrios-Hernández y Mario R. Verdecia-Machado (2016, p.2) señalan que: “Las adicciones encuentran campo prolífico entre los adolescentes, ya sea por curiosidad, inexperiencia, por buscar una salida a los grandes problemas que conlleva la etapa, o por una mezcla de todo lo anterior. Los adolescentes son presa fácil, debido a su desconocimiento y a la falta de control por parte de sus padres o familiares cercanos”.

En este mismo sentido, pero desde una visión más centrada en lo biológico, Manuel Hernanz (2015, p.318) afirma que: “El adolescente está en una posición más peligrosa que el joven. Su organización psíquica está a la vez cristalizándose y adaptándose a los nuevos retos. El gran riesgo viene marcado por la incapacidad de su estructuración psíquica, así puede utilizar el objeto adictivo como un objeto que va a calmar las tensiones que su psiquismo no es capaz de tolerar”.

Otro aspecto importante que tomar en cuenta es el rango de edad en el que se considera una persona es adolescente. No existe consenso. Acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende entre los 10 y 19 años de edad (Blasco, 2016, p.136), según Rafael Villalobos, Myrna Valera, Itzel Mondragón y Diana Tapia (2016) la adolescencia se divide en cuatro etapas: preadolescencia (9-10 años), adolescencia temprana (11-14 años), adolescencia intermedia (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años). Desde el marco legislativo mexicano, esta etapa es entre los 12 y antes de los 18 años. Para la mayoría de las investigaciones que aquí se revisaron, la población adolescente está contemplada en los estudiantes de educación secundaria y bachillerato, aunque los rangos de edades de las investigaciones son muy variados.

La distinción entre consumo, abuso y adicción

Al analizar las adicciones en la infancia y adolescencia es importante aclarar que no existe un consenso homologado para distinguir entre el consumo, el abuso o la adicción. Esta clasificación varía si se hace referencia al tabaco, alcohol, drogas, Internet, celular o videojuegos. Esto no es una cuestión menor, ya que si no existe un acuerdo en las distinciones de los límites entre un placer complementario a uno que genera dependencia y alteraciones, ¿cómo saber los límites para cada práctica? ¿Cuáles deber ser las reacciones y acciones de prevención y atención que deben ser procuradas en el ámbito familiar, escolar y público?

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ADICTOS AL ALCOHOL

El alcohol es considerado una bebida legal para las personas con estatus de “mayoría de edad”, que en el caso de México, corresponde a los 18 años. No obstante que se trata de una “sustancia depresora del sistema nervioso central, que genera un decremento en el grado de conciencia y en la capacidad de respuesta sensorial, disminución de las funciones cognitivas y problemas en la ejecución de actividades físicas” (Mejía-Trujillo, 2017, p.67).

De forma tradicional, el alcohol se ingiere y pasa de forma directa por el tracto digestivo a los vasos sanguíneos; al ser transportado por la sangre, en minutos llega a todo el cuerpo, incluido el cerebro, afectando las neuronas cerebrales de varias maneras (Villalobos, Valera, Mondragón & Tapia, 2016). Sin embargo, en el caso de los adolescentes, los patrones de consumo del alcohol se han convertido en uno de los aspectos más preocupantes, ya que se le considera la droga de inicio de mayor frecuencia, en México, se reporta que 37.7% empezó el consumo adictivo mediante la ingesta de alcohol (Gobierno de México, 2019, p.52).

En las últimas décadas se han presentado en la población adolescente fenómenos de consumos atípicos como el *tampodka*, *eyeballing*, *binge drinking*, gomitas con vodka, *oxi-shots* (Carrasco-Farfán, Quispe-Nolazco, Quispe-Nolazco & Ávalos-Moreyra, 2015). Todas ellas son prácticas sociales a las que recurren algunos niños y muchos adolescentes para alcoholizarse, entre las razones que tienen están el evitar que los padres o autoridades detecten aliento alcohólico, alcoholizarse más rápido y sin gastar mucho dinero, evadir los efectos de “cruda” o “resaca”; sin embargo, las consecuencias de salud son más peligrosas que el consumo tradicional, aun así, su práctica se ha incrementado en varios países debido a alta difusión en sitios web y en las redes sociales.

Se decidió clasificar el contenido revisado en cuatro apartados: los patrones en el consumo del alcohol, su vinculación con otras prácticas de riesgo o afectaciones, los factores de riesgo o prevención y las soluciones o tratamientos que se han propuesto. Este último se presenta hasta el final, agrupando todas las adicciones.

Patrones de consumo de alcohol en la infancia y adolescencia

El Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) es definido como “la ingesta, por parte de un adulto, de al menos 60 gramos de alcohol en una ocasión de consumo”, sin embargo, advierte Sandra Golpe, Manuel Isorna, Carmen Barreiro, Teresa Braña y Antonio Rial (2017, p.257) que al no existir estandarización en los criterios para determinar el gramaje resulta difícil identificar el consumo adictivo. Frente a esto señala que algunos estudios consideran la cantidad de las bebidas —5 para mujeres y 6 para hombres— que se ingieren en un periodo de dos horas dentro de un plazo de 30 días.

En otra investigación, conducida por Verónica Amaro, Joaquín Fernández, Margarita González, Magdalena Pardo, Carlos Zunino, Antonio Pascale, Loreley García y Walter Pérez (2016), frente a esta controversia, de forma metodológica, optaron por considerar para todos las y los adolescentes que la ingesta intensa corresponde a más de tres tragos, de forma independiente al sexo o a los años.

En su estudio, Amaro et al. (2016) encuestaron a 202 pacientes (entre 9 y 15 años edad) hospitalizados en cuidados moderados; descubrieron que 40% de ellos habían consumido alcohol alguna vez en su vida, principalmente cerveza (49%), seguido de vino (30%) y destiladas (9%), y en más de una ocasión, 9%. Más allá de mostrar datos estadísticos, la pretensión

de estos autores es señalar la importancia de promover y capacitar a los profesionales de la salud en el uso de instrumentos de detección de consumo a fin de poder brindar la atención de forma oportuna.

En el caso de México, se han realizado diversos estudios con jóvenes de Veracruz, se han identificado datos relevantes sobre el consumo de alcohol, presentando otra escala para caracterizar el consumo: 58% ha ingerido alcohol alguna vez en la vida; 40% presenta consumo de bajo riesgo, 14.3%, consumo riesgoso, 2.9%, perjudicial, y 1.1% presenta dependencia a esta sustancia (Tegoma–Ruiz & Cortaza–Ramírez, 2016, p.241).

En cuanto a datos oficiales para la población mexicana se considera a la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, Encodat 2016–2017* (INPRFM, (2017), que hace las siguientes distinciones en el consumo del alcohol: con dependencia, abuso, consumo excesivo —5 copas o más en una sola ocasión para los hombres y 4 copas para mujeres—, y abstemios y consumidores que limitan su consumo a menos de 5 o 4 copas por ocasión. Cabe destacar que no presenta definiciones para todos los tipos.

Un aspecto que llama la atención de Encodat es que uno de los indicadores esté basado en la percepción de los encuestados: se les preguntó cuántas bebidas o copas necesitan para sentirse borrachos o borrachas, los datos se presentan en población de 12 a 65 años de edad: 8.2%, 1 a 3 copas; 6%, 4 copas; 26.6%, 5 a 7 copas; 28%, 8 a 11 copas, y 31.2%, 12 copas o más. Para el caso de la población de 12 a 17 años de edad, alrededor de 40% menciona haber tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Mientras que 3 de cada 10 mencionaron que siguieron consumiendo alcohol durante el último año.

Acercas del consumo excesivo, se enfatiza que “durante el último mes ha aumentado significativamente (se duplicó de 4.3% en 2011 a 8.3% en 2016), en las mujeres tuvo un incremento de más de 3 veces (de 2.2% a 7.7%); en los hombres no se encontraron variaciones significativas” (p.50). A partir de los datos presentados en Encodat 2016–2017, el gobierno mexicano concluye que:

- El uso de alcohol es el principal problema de consumo en nuestro país y afecta en especial a los adolescentes.
- El consumo de alcohol es un fenómeno que se ha incrementado más en las mujeres adolescentes.

En otra investigación, Nuria Romo–Avilés, Jorge Marcos–Marcos, Eugenia Gil–García, Alfonso Marquina–Márquez y Alicia Tarragona–Camacho (2015, p.19) analizan el discurso de 66 adolescentes en España (14 a 17 años) que participaron en grupos focales y muestran que la dimensión social condiciona el patrón de inicio del consumo de alcohol al ser alentado por el grupo de iguales, por considerarlo un comportamiento típico en el tiempo de ocio durante la adolescencia, que ayuda a fortalecer las relaciones interpersonales. En este estudio se registró que el porcentaje de chicas que se alcoholizan es mayor que el de los chicos. Los autores afirman que “el consumo de alcohol no se percibe como un hecho prohibido, sino que lo describen como un proceso inevitable y normalizado conectado a sus expectativas personales. Se trata de un aspecto común en los discursos de los chicos y chicas participantes en el estudio”.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo del alcohol, Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017) reconocen que existe una extensa literatura que advierte que la edad de inicio en el consumo de alcohol es cada vez más precoz. En su investigación encuestaron a 3,419 adolescentes gallegos y concluyeron que el consumo inicia a partir de los 12 años de edad.

En Uruguay, Héctor Bajac, Albert Feliu-Soler, Diana Meerhoff, Laura Latorre y Matilde Elices (2016, p.42) refieren que los resultados de la quinta Encuesta sobre el Consumo de Drogas entre estudiantes de bachillerato indican que son los 13 años la edad media de inicio en el consumo de alcohol.

En México, Juan Telumbre, José Pimentel, Manuel López, Blanca Sánchez-Jaimes y Luce-ro Fuentes (2015) realizaron un estudio con 356 adolescentes del estado de Guerrero, estos refirieron que la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 14.4 años y que cerca de 70% lo ha consumido alguna vez en su vida. Por otro lado, Víctor Tegoma-Ruiz y Leticia Cortaza-Ramírez (2016, p.241) llevaron a cabo una investigación en el estado de Veracruz, refieren a otros estudios donde señalan que la edad de inicio en el consumo de alcohol es a los 13.7 años de edad. Asimismo, mencionan otro estudio, donde 42.6% inició el consumo a los 12 años y 32.4% lo hizo a los 15 años. Tapia (2016) indica que en Jalisco se registra una edad más temprana: 12,5 años; aunque, citando a Mondragón y Kalb, menciona que en México el consumo del alcohol empieza antes de los 10 años de edad (p.45).

Los datos oficiales presentados en la Encodat 2016-2017 (INPRFM, 2017, p.54) denotan que la edad de inicio en el consumo de alcohol es más tardía y no presenta variación en los años: 17.9 años en 2008, 17.8 años en 2011 y 17.9 años en 2016. En específico para las mujeres, se reporta que iniciaron el consumo alrededor de los 19 años de edad. En Jalisco, el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco, 2019, p.53) devela que de los pacientes atendidos por consumo de drogas, cuando el impacto es el alcohol, 37.9% inició el consumo de los 15 a 19 años de edad, 44.4%, entre los 10 y 14 años, y 4.7% lo inició cuando tenían de 5 a 9 años edad.

Es necesario señalar que hasta el momento, no se han encontrado datos autónomos suficientes para contar con un diagnóstico certero sobre los patrones de consumo de alcohol en la infancia y adolescencia. Las fuentes de obtención de datos son muy variadas, por tanto, los resultados arrojan datos con rangos estadísticos amplios que, por otro lado, son la base de estudios con muestras.

Vinculación con otras prácticas de riesgo y afectaciones

El consumo de alcohol se considera una puerta de entrada para otras adicciones, y con frecuencia se combina con el uso de tabaco, al ser las dos las drogas legales más consumidas en la adolescencia (Míguez & Becoña, 2015; Isorna & Amatller, 2017). Silvia Enríquez, Ana Fernández y Vanessa Rueda (2017) publicaron una investigación para describir el consumo de alcohol en 315 estudiantes adolescentes, seleccionados de forma aleatoria; dentro de los resultados se encontró que 50.5% de quienes ingieren alcohol también tienen el hábito de fumar tabaco.

En cuanto a las afectaciones derivadas del consumo de alcohol, Tapia (2016) rescata los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2008 donde se muestran los principales problemas referidos por los adolescentes (12 a 17 años de edad) que fueron encuestados:

- Haber tenido problemas con su familia.
- Verse involucrado en una pelea.
- Problemas con la policía.
- Problemas de salud.
- Problemas en el trabajo.

A partir de estos datos, la autora concluye que “El consumo de alcohol provoca problemas tanto sociales como psíquicos y físicos” (Tapia, 2016, p.43).

Otra afectación fatal es la muerte. En México “las dos principales causas de muerte en adolescentes entre 10 y 19 años de edad están íntimamente ligadas al abuso de esta sustancia son los accidentes de vehículos de motor y la violencia intrapersonal” (Arellano, 2016, citada en Tapia, 2016).

Por su parte, Tegoma–Ruiz y Cortaza–Ramírez (2016) indican que la OMS estima que 3,3 millones de personas mueren cada año a causa de este consumo, lo que representa a 5.9% de las defunciones en el mundo; además de que se le relaciona como “causante de múltiples enfermedades y trastornos mentales, origina discapacidad, pérdidas sociales y económicas que se presentan cada vez a edades más tempranas” (p.241).

Otras afectaciones relacionadas con el abuso del alcohol son el Síndrome de Alcoholismo Fetal (Tapia, 2016), el suicidio y los trastornos del humor como el trastorno bipolar (Bousoño, Al–Halabí, Burón, Garrido, Díaz–Mesa, Galván, García–Álvarez, Velasco, Rodríguez–Revuelta, Wasserman, Carli, Hoven, Sarchiapone, Wasserman, Bousoño, García–Portilla, Iglesias, Sáiz & Bobes, 2021), Enríquez et al. (2017, pp. 224–225) concluyeron que:

El consumo de alcohol genera diversos problemas de salud en las personas consumidoras; es importante considerar la afectación que ocasiona en la esfera social, al afectar los servicios de salud con aumento de los gastos originados por la atención a estos pacientes y sus familiares, aumentar los conflictos y violencia en la familia y en la sociedad, así como otros efectos negativos [...] El consumo de alcohol implica complicaciones a corto y largo plazo, lo que acarrea consecuencias psicosociales, depresión, fracaso académico e irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, produce efectos sobre el sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).

Asimismo, afirman que el estado de embriaguez se correlaciona con la violencia, ya que bajo los efectos del alcohol se puede estar más propenso a ser agresivo y cometer actividades delictivas. Los autores advierten que el consumo de alcohol en la adolescencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años (p.225). Otra de las afectaciones que se producen a partir de la combinación del consumo del alcohol y la depresión son las conductas autolesivas, problema que han estudiado Matilde Bousoño, Susana Al–Halabí, Patricia Burón, Marlen Garrido, Eva Ma. Díaz–Mesa, Gonzalo Galván, Leticia García–Álvarez, Ángela Velasco, Julia Rodríguez–Revuelta, Camilla Wasserman, Vladimir Carli, Christina Hoven, Marco Sarchiapone, Danuta Wasserman, Manuel Bousoño, Ma. Paz García–Portilla, Celso Iglesias, Pilar Sáiz y Julio Bobes (2019).

Factores de riesgo o prevención

Este apartado refiere a la pregunta de si una persona nace o se hace adicta al consumo del alcohol. En las fuentes revisadas se puede percibir que hay visiones que atañen a aspectos individuales de la personalidad y otras, a circunstancias de orden social–familiar. Dentro de los primeros está la investigación de Natalia Díaz–García y María de la Villa Moral–Jiménez

(2018) quienes estudian la relación entre el consumo de alcohol y la conducta antisocial en el adolescente. Sus resultados mostraron que las variables que mejor predicen esa conducta son el consumo de alcohol y la impulsividad cognitiva.

Esta asociación de la conducta adictiva con los rasgos individuales de los adolescentes también es estudiada por Enríquez et al. (2017); en su artículo refieren que no existe una causa conocida para el abuso del alcohol, afirman que “hay investigaciones que sugieren que ciertos genes pueden incrementar el riesgo de dependencia de sustancias adictivas, dentro de ellas el alcohol” (p.224).

Otra investigación que asocia los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias en adolescentes españoles es la realizada por María González, José Espada, Alejandro Guillén-Riquelme, Roberto Secades, Mireia Orgilés (2016). Por otro lado, en el estudio de los factores familiares que inducen o previenen la adicción al alcohol está la investigación de Juliana Mejía-Trujillo (2017), que a partir de diez grupos focales con padres de familia y adolescentes en Colombia llegó a la siguiente conclusión:

El consumo de alcohol en menores de edad es un hecho normalizado por la cultura; que los primeros consumos casi siempre ocurren en reuniones familiares; que las dinámicas en las familias relacionadas con normas, límites, autoridad, socialización y relaciones son fundamentales para los adolescentes a la hora de tomar la decisión de ingerir alcohol o no, más que el conocimiento que tienen de los riesgos; y que los programas preventivos deben ir principalmente dirigidos al ámbito familiar, y no tanto a los mismos adolescentes, ya que en muchos casos el consumo es inducido por los miembros mayores de la familia, como abuelos, tíos y, en ocasiones, por los mismos padres (p.63).

Mejía-Trujillo (2017) cita a Gossrau-Breen et al. (2010) quienes afirman que el consumo de alcohol en menores de edad se vincula con tres factores: relaciones parentofiliales satisfactorias, un alto control parental y con el que los hermanos consuman. Dentro del ambiente familiar que propicia el consumo de alcohol no solo se ha de considerar la normalización de la ingesta sino también que esta se relacione con actitudes positivas hacia la transgresión de normas sociales, esto es lo que concluyen Gonzalo del Moral, Cristian Suárez, Belén Martínez y David Moreno (2017) en su estudio sobre las relaciones entre la participación de los adolescentes en conductas de ocio saludables con familia y amigos, el funcionamiento familiar, la actitud hacia la autoridad institucional y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. Estos autores, citando a Beck et al. (2003), concluyen que “los padres que supervisan adecuadamente a sus hijos, normalmente definen las normas familiares de forma clara y dan refuerzos positivos y estas formas de funcionar en la familia parece que disminuyen la probabilidad de que sus hijos se impliquen en conductas de riesgo, como puede ser el consumo de alcohol y drogas.

Al respecto, los estilos parentales y la peligrosidad del barrio son vinculados por Fuentes et al. (2015) con el inicio del consumo del alcohol, llegaron a las siguientes conclusiones:

Los adolescentes de familias indulgentes mostraron el menor consumo en las sustancias evaluadas; mientras que los de familias autoritativas, autoritarias y negligentes mostraron un consumo mayor. Además, los adolescentes de barrios de alto riesgo mostraron el mayor consumo. El estilo educativo indulgente, actuando fundamentalmente mediante el afecto

y no con la imposición, ejerce un factor protector independientemente de la peligrosidad del barrio (p.1000).

Por otra parte, el medio social en el que se desenvuelven los adolescentes es considerado tanto causa como consecuencia de la adicción al alcohol, al respecto, Díaz-García y Moral-Jiménez (2018) refieren varias investigaciones que plantean que el incremento de la violencia se asocia con modelos de diversión relacionados con el consumo de alcohol y droga. Por último, también se encontraron investigaciones como las de Amaro et al. (2016), las cuales asocian la iniciación al consumo de alcohol a factores sociales y personales, destacan la influencia de los medios de comunicación, las familias y amistades.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ADICTOS AL INTERNET

En las siguientes páginas se da cuenta de algunos abordajes respecto a la adicción al Internet en la infancia y adolescencia, las tres macro categorías de análisis son las mismas que el apartado anterior: lo que caracteriza al uso del Internet, la vinculación con otras prácticas de riesgo y las afectaciones y, por último, los factores de riesgo y prevención de la adicción. Pero, previo a ello, se muestran a continuación algunos elementos importantes a considerar.

Se retoman aquí algunas de las definiciones recuperadas en estos artículos a fin de establecer un marco de referencia conceptual.

Antonio Rial Boubeta, Sandra Golpe Ferreira, Patricia Gómez Salgado y Carmen Barreiro Couto (2015) señalan que fue en 1995 cuando Iván Goldberg introdujo el término de adicción a Internet, pero que aún con el paso de los años, los investigadores no han alcanzado un consenso único para reconocerla en el estatus de “adicción”, por esta razón es que algunos investigadores han optado por utilizar el término “uso problemático”.

Asimismo, Rial Boubeta et al. (2015) integran numerosos estudios para enlistar las actividades que están consideradas dentro del uso problemático de Internet, estas son: aplicaciones sociales (chat, redes sociales, foros, email), juegos online, búsqueda de información de contenido sexual, compras *online*.

Por su parte, Antonio Soto, Natalia de Miguel y Vicente Pérez Díaz (2018) destacan que también se ha venido hablando del uso de nuevas tecnologías para referirse a cuatro realidades: el uso de Internet, del teléfono móvil, los videojuegos y las redes sociales. Autores como Claudio Rojas-Jara, Fabián Henríquez, Felipe Sanhueza, Patrick Núñez, Evelyn Inostroza, Alejandra Solís y Daniela Contreras (2018), citando a Kilic et al. (2016), conciben a la adicción a Internet como la incapacidad del sujeto para limitar el uso de esta herramienta provocando un malestar significativo en el individuo y que interfiere con su vida cotidiana.

Por último, Hernanz (2015) hace referencia al Internet Addiction Test (IAT) como la primera prueba de validación que mide la adicción a la tecnología y al Internet. Cabe señalar que esta prueba fue diseñada en el Centro para la Adicción a Internet, fundado en 1995 por el doctor Kimberly Young. A partir de esta prueba, Hernanz indica que se estableció una escala de tres puntos: uso normal, uso problemático y uso adictivo. Hernanz (2015) cita a Hayez (2006) que plantea otra escala basada en tres categorías de consumo: menor (esporádico), preocupante (afición única) y dependiente (omnipresencia).

En síntesis y, como puede observarse, pese a los esfuerzos por describir en qué consiste el uso problemático o adictivo a Internet, los autores de estos artículos reconocen que no existe consenso unánime. Quizá esta falta de estandarización se agudice aún más conforme

la tecnología vaya posicionándose cada vez más como un medio generalizado e indispensable no solo para actividades académicas y lúdicas sino que permeé todos los ámbitos de la vida cotidiana. Frente a esta realidad, que no se percibe tan lejana, saltan las preguntas sobre cómo la dependencia a la tecnología se vincula con comportamientos adictivos, hasta dónde las niñas, niños y adolescentes tendrán opciones reales de no depender de Internet para desarrollarse en su vida.

Patrones de uso del Internet en la infancia y adolescencia

Para hablar de la adicción a Internet, hay que pasar antes por la caracterización de su uso, y este es posible conocerlo a través de la participación de los mismos actores sociales, por lo que las metodologías heurísticas más socorridas son las encuestas, los test, cuestionarios, entrevistas y análisis bibliográficos.

Al igual que en el caso del alcohol, se encontró que la información para medir el uso de Internet es diversa y su caracterización, compleja. Como se ha mencionado, hasta el momento no se ha identificado una escala homologada entre los artículos revisados, pero sí una tendencia a contabilizar las horas en que las niñas, niños y adolescentes están “conectados” a la Red.

¿Cuántas son las horas consideradas “normales” para que una niña, niño y adolescente pueda pasar conectado a Internet? Ruth Sigüencia y Guisela Fernández (2016) presentaron los resultados de una investigación en el que pretendieron medir el nivel de adicción a Internet y el comportamiento adictivo de los niños del último año de primaria, a través de encuestas a 176 niños; utilizaron la cifra de que el tiempo de conexión a Internet considerado como normal está entre las 7 y 14 horas semanales.

Sin embargo, autores como Carmen Caro y Jesús Plaza de la Hoz (2016) indican que varios autores distinguen conceptos tales como el “sobreuso”, “uso intensivo” o “uso adictivo” para hacer referencia no solo a las horas de conexión a Internet sino al consumo de una serie de contenidos que puede afectar de forma negativa. Para estos autores, la referencia de 6,5 horas diarias frente a una pantalla —independientemente del dispositivo— ya representa un perfil adictivo.

Por otro lado, Sandra Golpe, Patricia Gómez, Teresa Braña, Jesús Varela, Antonio Rial (2017) aplicaron una encuesta a cerca de 4,000 adolescentes españoles. Entre los resultados están los siguientes: destacan que en España, 83% de los adolescentes se conecta a Internet todos o casi todos los días, 56.4% lo hace en un periodo de 3 o menos horas, lo que se considera un periodo moderado; 10.8% lo hace por más de 5 horas diarias, y 15.9% lo está todo el día.

En España, Rial Boubeta et al. (2015) realizaron un amplio estudio sobre las variables relacionadas con el uso de Internet, tales como: sociodemográficas, papel de los padres, rendimiento académico, hábitos de uso y consecuencias asociadas. Basándose en otros estudios determinaron que si un adolescente hace uso diario de la red, por lo general por más de dos horas, principalmente en horario nocturno, constituye un perfil de riesgo. Señalan que según el Instituto Nacional de Estadística (2014), 92% de los niños y niñas de entre 10 y 15 años de edad eran usuarios de Internet; de estos, 26.6% presentan un uso problemático; este uso se diagnostica a través de un cuestionario de 11 componentes que describen el uso del tiempo, las relaciones sociales, la generación de problemas, la irritabilidad si no se está conectado.

En ese mismo año, Belén Martínez-Ferrer y David Moreno (2017), citando a Catalina García et al. (2014), refieren que 11.5% de los adolescentes se conecta entre tres y cinco horas diarias, y 5.5% utiliza Internet más de cinco horas entre semana. Los autores (p.108) con-

cluyen que “actualmente, no se han establecido criterios consensuados que nos permitan diferenciar entre uso problemático, dependencia y adicción a Internet y a las RSV” (Redes Sociales Virtuales).

A partir de una investigación, aplicando cuestionarios a 1,026 adolescentes de 12 centros escolares públicos en España, Matilde Bousoño, Susana Al-Halabí, Patricia Burón, Marlen Garrido, Eva Ma. Díaz-Mesa, Gonzalo Galván, Leticia García-Álvarez, Ángela Velasco, Julia Rodríguez-Revuelta, Camilla Wasserman, Vladimir Carli, Christina Hoven, Marco Sarchiapone, Danuta Wasserman, Manuel Bousoño, Ma. Paz García-Portilla, Celso Iglesias, Pilar Sáiz y Julio Bobes (2021) descubrieron que 14.5% de los varones reportaba uso de Internet desadaptativo, y para las mujeres, el porcentaje era mayor, 20.77%. Por lo que se refiere los fines del uso, se encontraron que son varios: recreación, ocio, académicos, instrumentales, comunicacionales y sociales.

Por otro lado, en Ecuador, Deyvar Aponte, Paola Castillo y José González (2017) aplicaron un cuestionario sociodemográfico a 390 adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Los resultados arrojaron que los que más utilizan Internet son los de primer año de bachillerato con un promedio de 17 horas a la semana.

En este recorrido por diversos abordajes se pudo constatar que no existe una medida estandarizada ni homogeneizada que mida el uso problemático o adictivo de Internet en la población infantil y adolescente, ya que este se encuentra relacionado de manera íntima con las particularidades de cada contexto sociocultural. Varios de los investigadores resaltan la importancia de estudiar las circunstancias particulares de cada niña, niño o adolescentes, las características del acceso, los motivos y las actividades que hacen cuando están conectados.

Vinculación con otras prácticas de riesgo y afectaciones

Se dice que una adicción nunca viene sola sino que está entremezclada con otras prácticas de riesgo. ¿Cuáles son las que acompañan al uso adictivo de Internet y cuáles son las afectaciones de este uso? Como se verá en la información revisada, el estudio del uso adictivo de Internet es aún reciente y poco explorado en su integralidad.

Bousoño et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con 1,026 adolescentes españoles para identificar la relación entre el uso y abuso de sustancias psicotrópicas e Internet con psicopatologías e ideas suicidas. Las conclusiones fueron reveladoras: el uso desadaptativo o patológico entre los adolescentes ronda el 14.5% en los varones y el 20.7% para las mujeres, y sí encontraron entre ellos conductas asociadas a la capacidad predictiva sobre las conductas suicidas.

Entre una de las afectaciones derivadas del uso problemático de Internet es el rendimiento académico, Rial Boubeta et al. (2015) lo señalan como una relación no de causa-consecuencia sino de asociación. En su estudio hacen visible cómo el uso de la Red es un fenómeno generalizado y beneficioso, pero también advierte que su uso problemático está relacionado con variables sociodemográficas y el papel de los padres, que de cierta forma generan ambientes propicios a la adicción.

Siguencia y Fernández (2016), después de encuestar a 176 niños, afirman que las afectaciones de los comportamientos adictivos a Internet se perciben en las siguientes actividades:

descuido de las tareas del hogar, afeción en el rendimiento de los estudios, sentimientos de molestia, pérdidas de hora de sueño.

En Ecuador, Aponte et al. (2017) señalan que la adicción a Internet sí altera el funcionamiento familiar, ocasionando problemas en la vida cotidiana y afectando las relaciones con los miembros de la familia. Para estos autores, la adicción surge cuando las personas que emplean demasiado tiempo navegando en Internet generan un estado de excitación cuyos resultados serán pocas horas de sueño, hiporexia y poca actividad física durante largos periodos.

Más al sur, en Chile, Rojas-Jara et al. (2018) presentaron una revisión de publicaciones científicas en el que identificaron consecuencias y factores de riesgos, entre los que destacan: trastornos de depresión, ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, síntomas de hostilidad y agresión (p.44); todas estas representan afectaciones para el desarrollo infantil y adolescentes.

La adicción a Internet está considerada como una adicción comportamental en el que se mezclan conductas compulsivas, impulsivas y de autocontrol. Un trastorno con el que se vinculan estas patologías es el del juego en Internet, estudiado por Mónica Bernaldo-de-Quirós, Marta Labrador-Méndez, Iván Sánchez-Iglesias y Francisco J. Labrador (2020) quienes enfocaron su investigación a la revisión sistemática de instrumentos desarrollados para evaluar este trastorno. Al cierre de su trabajo, mencionaron que a pesar de que los instrumentos pueden ser válidos y consistentes, se requiere desarrollar el análisis de las cualidades psicométricas así como el que consideren las diferencias culturales a fin de tener elementos para comparar el problema.

La investigación llevada a cabo por María Martín-Fernández, Josep Matalí, Sara García-Sánchez, Marta Pardo, María Lleras y Carmina Castellano-Tejedor (2017) revela que los adolescentes con trastorno por juego en Internet presentan comorbilidades con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, con el Trastorno del Comportamiento Perturbador y el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Por su parte, la investigación empírica de Martínez-Ferrer y Moreno (2017) permite sugerir que la adicción a Internet está asociada con otros problemas de conducta como la depresión, la conducta antisocial y el *cyberbullying*. Como resultado del análisis de las respuestas de 1,952 adolescentes, estos autores concluyeron que los adolescentes con mayor dependencia a las Redes Sociales Virtuales obtuvieron puntuaciones más elevadas en la violencia manifiesta y relacional.

Como puede apreciarse, el uso adictivo de Internet tiene tanto asociaciones como afectaciones de tipo individual, familiar y psicosocial, tal y como lo refieren Rojas-Jara et al. (2018) en la revisión bibliográfica que hicieron sobre el tema y que abarcó toda una década. Entre las afectaciones individuales mencionadas están las siguientes: timidez excesiva, rechazo de la imagen corporal, baja autoestima, conductas agresivas y antisociales, baja habilidad en el manejo del estrés, disminución en la capacidad para hablar y relacionarse con otros. Como afectaciones familiares destacan: el vínculo emocional inseguro ente padres y adolescentes, los conflictos constantes (discusiones, peleas verbales o físicas), y en las afectaciones psicosociales destacan la cultura tecnológica como factor de riesgo o prevención.

Factores de riesgo o prevención

En este apartado se incluyen las menciones a factores de riesgo y protección que se encontraron en los artículos seleccionados. Aponte et al. (2017) relacionan la disfunción familiar en adolescentes con la adicción a Internet, en particular en los casos con bajos niveles de cohesión, armonía, afectividad y comunicación.

En la misma tónica, está el trabajo de Caro y Plaza de la Hoz (2016), quienes centran la atención en profundizar en el conocimiento de la dinámica familiar que está detrás de muchos casos de adicciones a Internet. Lo que proponen estos autores es el uso de juegos virtuales en familia a fin de “generar metas compartidas, respetar metas comunes y establecer lazos afectivos más fuertes y estrechos”, de forma básica se trata de una propuesta de terapia familiar sistémica en la que se favorezca el uso adecuado de Internet en el adolescente.

Por su parte, Rial Boubeta et al. (2015) desarrollaron en España una Escala de Uso Problemático de Internet en Adolescentes. Para estos autores, una detección precoz es la clave para prevenir los casos de riesgo. Mientras tanto, los investigadores Sandra Golpe, Manuel Isorna, Patricia Gómez y Antonio Rial (2017) apuestan por la promoción del deporte como la mejor medida para prevenir el uso problemático de Internet, así como para evitar el sedentarismo, el aislamiento, la distorsión de la socialización, las pautas inadecuadas de sueño y de alimentación. En este mismo tenor, Soto et al. (2018) destacan que los cambios en los hábitos de vida no siempre son saludables y propician que los adolescentes desarrollen malos usos de las tecnologías. Como medidas proponen dos: el trabajo preventivo en centros educativos y sociales dirigidos a jóvenes, familiares y docentes, así como tratamientos terapéuticos, de orientación familiar, adaptados a las particularidades de cada proceso.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ADICTOS A LAS DROGAS

En este apartado se presenta un repaso por artículos académicos que abordan de manera exclusiva el tema de las niñas, niños y adolescentes adictos a las drogas. La selección de los artículos se hizo por agrupación de términos, toda vez que algunos autores lo abordan de forma genérica, mientras que otros especifican a través de distintas acepciones tales como: “sustancias adictivas”, “cocaína”, “drogas legales e ilegales”, “sustancias psicoactivas”.

La OMS señala que “una droga es aquella sustancia de origen biológico, mineral o sintético que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalada, aspirada, inyectada, fumada o tomada), puede alterar de modo alguno el Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo” (Villalobos, Valera, Mondragón & Tapia 2016, p.1). Por su parte, la adicción a las drogas es definida como:

El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de una forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (OMS, 1994, p.13).

En México, la Secretaría de Salud publicó el Reporte de Drogas en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016–2017) en el que destaca que de los poco más

de 14 millones de adolescentes (12 a 17 años de edad) que viven en el país, 0.6% es dependiente al consumo de drogas (84,426), 5.8% son usuarios, sin dependencia (827,090), y 16.5% está expuesto a drogas sin que las consuma. También destaca que el consumo aumentó entre 2011 y 2016, de 3.3% se incrementó a 6.4% para cualquier droga, mientras que para drogas ilegales el aumento fue de 2.9% a 6.2% en drogas ilegales, y de 2.4% a 5.3% en marihuana; informó que el consumo de la cocaína se mantuvo estable.

En esta encuesta se aclara que las drogas ilegales son sustancias como la marihuana, cocaína, *crack* o piedra, alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetaminas y otras drogas como la ketamina, GHB. Mientras que las drogas médicas son aquellas que “se prescriben médicamente, como opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, y anfetaminas o estimulantes. Para considerar que el consumo de estas sustancias es con el fin de intoxicarse, el uso debe ser fuera de prescripción o por mayor tiempo o cantidad indicada por el médico” (INPRFM, 2017, p.99).

Para el caso de Jalisco, en esta misma encuesta, se reportó que el estado se encontraba ubicado dentro de los primeros cinco lugares en el consumo de drogas ilegales, aunque el uso de estimulantes como la anfetamina, tendía a reducirse. Un año después, el Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco (Cecaj) publicó en los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea) que la edad de inicio del consumo de las drogas en la entidad se da principalmente en las etapas de la infancia y la adolescencia: “La edad de inicio en los pacientes atendidos por consumo de droga cuando la droga de impacto es el alcohol: 5 a 9 años: 4.7%, 10 a 14 años: 44.4.1%, 15 a 19 años: 37.9% [...] La edad de inicio en los pacientes atendidos por consumo de droga cuando la droga de impacto es la marihuana: 5 a 9 años: 1.3%, 10 a 14 años: 51.1%, 15 a 19 años: 41.2%” (Cecaj, 2019, pp. 75-79).

Al año siguiente, el Sisvea publicó sus Resultados 2018 (p.59) y reportó que de los pacientes atendidos por el consumo de drogas, 91.3% iniciaron con el consumo entre los 5 y 19 años de edad: 7.4% lo hicieron entre los 5 y 9 años, 50.5% entre los 10 y 14 y el 33.4% cuando tenían entre 15 y 19 años. Estas cifras son contundentes: la adicción a las drogas ocurre durante la infancia y adolescencia de las personas. Sin embargo, el resto de la información de este informe no tiene desagregación por edades, con lo cual no es posible conocer más sobre las características del consumo de drogas de niñas, niños y adolescentes toda vez que los rangos de edad oscilan entre los 5 y más de 65 años de edad.

Algunos autores refieren que esto se debe a que en la adolescencia las personas transitan por un periodo de maduración cerebral que los hace propicios a toma de decisiones impulsivas (Chávez-Vera, Estévez, Olave, Momeñe, Vázquez & Iruarrizaga, 2018), o bien, que al ser considerados por sus familias como próximos a entrar en la adultez, la tolerancia sobre el uso de drogas legales, como alcohol y tabaco, va decreciendo y se vuelven más permisivos, sobre todo en familias consumidoras de estas drogas (Gutiérrez & Hernández, 2015). Aunque también hay autores como Carmen Orte, Maria Valero, Miren Fernández y Rosario Pozo (2018, p.11) que explican que al ser la adolescencia una etapa en la que “se rechazan las figuras de autoridad; se cuestionan las normas; se adoptan/rechazan los roles impuestos; y se producen situaciones de conflicto y ruptura con el núcleo familiar”, los adolescentes suelen ser más proclives al consumo de drogas como medio de la manifestación de estos rechazos.

Al igual que en los apartados anteriores, la información revisada se presenta a través de tres categorías: patrones de consumo, vinculación con otras prácticas y afectaciones y factores de riesgo o prevención.

Patrones de consumo de drogas

Como se mencionó al inicio de este tercer apartado, uno de los problemas que se tienen al momento de caracterizar el consumo es que la mayoría de las estadísticas van en rangos de edades que comprenden desde la adolescencia a la adultez, sin desagregarse, por lo que resulta difícil calcular de forma particular la cifra que corresponde a las personas menores de 18 años de edad.

Y no solo es una cuestión de división de porcentajes, Sergio Fernández–Artamendi y Sara Weidberg (2016, p.54) explican que los adolescentes “presentan sus propias peculiaridades en cuanto a patrones de consumo, los problemas asociados y la evolución temporal de los trastornos” y por esta razón requieren herramientas adaptadas. Sin embargo, señalan que todavía hasta mediados de la década de los noventa del siglo XX, la mayoría de los profesionales en Estados Unidos seguían utilizando en la práctica clínica cuestionarios desarrollados para la población adulta, y es hasta fechas muy recientes cuando se diseñó el primer instrumento para la evaluación de problemas por consumo de marihuana en jóvenes. En la actualidad (tercera década del siglo XXI), mencionan estos autores, se cuenta con entrevistas y cuestionarios dirigidos a adolescentes que son válidos y se han probado en la práctica. El artículo de Fernández–Artamendi y Weidberg (2016) presentan la evolución de los instrumentos de evaluación del consumo de las adicciones, tanto para adultos como adolescentes, tales como cuestionarios, entrevistas centradas en el problema y entrevistas diagnósticas.

En México, Elsa Puebla–Nuñez y Efraín Duarte–Briceño (2016) realizaron una investigación en Yucatán para mostrar la relación que existe entre el consumo de drogas y la violencia. En cuestión de patrones de consumo, encontraron que el número de consumidores es mayor que el reportado a nivel nacional. De la muestra conformada por 189 estudiantes de edades entre 12 y 17 años de edad, 57.7% habían consumido drogas (cocaína, heroína, alucinógenos, tranquilizantes, inhalables y anfetaminas), y 24.3%, marihuana. Los resultados de su investigación dan a conocer que los adolescentes manifiestan no tener un consumo alto de sustancias, pero sí frecuente. Esta apreciación coincide con la investigación realizada por Daniel Gutiérrez y Digna Hernández (2015) en Argentina, quienes encuestaron a 469 adolescentes, de edades entre 14 y 18 años, entre los resultados destaca que el consumo de sustancias es esporádico.

En España, Ainara Díaz–Geadá, Albert Espel, Marina Bosque–Prous, Núria Obrador, Ester Teixidó–Compañó y Francisco Caamaño (2020) lideraron un estudio en el que encuestaron a 238 estudiantes de secundaria; en los resultados revelan que la baja o nula percepción de peligrosidad del consumo de una sustancia adictiva se asocia al consumo de esta.

En general, se observa un vacío de información en los artículos seleccionados con respecto a los patrones de consumo de drogas en adolescentes, en contraste con lo presentado al consumo de alcohol e Internet; al respecto, Gutiérrez y Hernández (2015, p.115) afirmaron que “el desconocimiento de la magnitud y características del consumo y la inexistencia de una estrategia coordinada, con un basamento científico, impiden que se alcance el impacto adecuado en los programas educativos dirigidos a los jóvenes”. En este sentido, se muestra que frente a la falta de información, los artículos hacen referencia a datos publicados no recientemente.

En este artículo de Gutiérrez y Hernández (2015), se encuestaron a 469 adolescentes entre 11 y 15 años de edad de distintas escuelas en Argentina; los resultados son reveladores para intuir por qué quizá ha resultado complicado tener información sobre los patrones de consumo, y es que 64.4% de la muestra no brindó información sobre el consumo de sustancias, 39.2% no respondió y 25.2% dio respuestas inadecuadas. Del resto, 11.5% indicó que nunca ha consumido, mientras que 9.8% dijo que casi nunca, 2.5%, una vez por semana, 7.9%, solo los fines de semana, y 2.1% dijo hacerlo todos los días (Gutiérrez & Hernández, 2015, p.121).

La Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias de 2016 indica que las chicas de 14 a 18 años presentan mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales mientras que para los varones se registra en las drogas ilegales, en particular, cannabis (Orte et al., 2018).

Poco se ha investigado sobre los patrones de consumo de drogas que no sean alcohol y tabaco, sin embargo, Orte et al., haciendo referencia a otros estudios, mencionan que los chicos lo hacen para mejorar su auto percepción, buscar sensaciones y portarse mal; mientras que las chicas consumen por problemas emocionales, de pareja o sexuales, tensión, depresión y trastornos de alimentación.

Frente a esta variedad de circunstancias, quizás resulta comprensible el por qué se dificulta contar con información de los patrones de consumo. Hacen falta investigaciones más puntuales para develar los distintos patrones; sin embargo, al ser ilegales las drogas sobre las cuales se pide información a los adolescentes, no se tiene certeza de que las respuestas sean fidedignas o que acepten el responderlas. Por otro lado, la gran mayoría de las investigaciones en campo seleccionan muestras de adolescentes estudiantes, dejando de lado a los que no lo son, con lo cual, la información con la que dispone está muy limitada. De los artículos seleccionados, solo el de José Matalí, Oscar Andiñ, Marta Pardo, Raquel Iniesta, Eduard Serrano, Luis San (2016) no se enfocaron en estudiantes, revisaron 4,012 historias de adolescentes que acudieron a un servicio de urgencias de psiquiatría durante los años 2007-2009, aunque tampoco se hace referencia a la ocupación de estos adolescentes.

En conclusión, existe poca información cuantitativa, pero sobre todo cualitativa que dé cuenta de los patrones de consumo de drogas. Queda la inquietud por realizar en el futuro una exploración de investigaciones académicas, utilizando palabras clave más direccionadas a conocer los patrones de consumo de drogas en la edad adolescente.

Vinculación con otras prácticas de riesgo y afectaciones

Más allá de que el consumo de drogas produce secuelas físicas en los organismos de las y los adolescentes, este espacio está dedicado a aquellas afectaciones sociales y prácticas de riesgo vinculantes al consumo. Cabe señalar que las investigaciones seleccionadas establecen las relaciones *a priori* y no de manera inductiva; de tal forma que la adicción a las drogas en esta etapa de la vida se relaciona con prácticas de acoso escolar (Montagud et al., 2016; Puebla-Núñez & Duarte-Briceño, 2016), impulsividad (Chávez-Vera et al., 2018) y trastornos mentales (Matalí et al., 2016; Díaz-Geada, Espelt, Bosque-Prous, Obrador, Teixidó-Compañó & Camaño, 2020).

La baja autoestima y los sentimientos de soledad que se desencadenan cuando un adolescente es víctima de *bullying* lo hacen más vulnerable a presentar trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad, lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad por el consumo de drogas, este es el argumento que presentan Sandra Montagud-Romero, María del Carmen Blanco-Gandía y Marta Rodríguez-Arias (2016) en su investigación conductual y neuro-

biológica a partir del estudio en modelos animales. La explicación es que los adolescentes consumen drogas para reducir los síntomas de ansiedad, irritabilidad o depresión generados por las experiencias traumáticas de ser violentados.

En esta misma línea de trabajo, Ainarra Díaz-Geada, Albert Espelt, Marina Bosque-Prous, Núria Obrador, Ester Teixidó-Compañó y Francisco Caamaño (2020) realizaron una investigación en la que relacionan el *bullying* y el consumo de sustancias psicoactivas con el estado de ánimo negativo, definido este como “sentirse cansado/a, triste, desplazado/a, aburrido/a, desesperanzado/a, nervioso/a o insomne”. A través de la aplicación de una encuesta realizada a 238 estudiantes de secundaria en España, se concluyó que sí existe una asociación entre el estado de ánimo negativo, el consumo de cannabis y el hecho de haber sufrido *bullying*.

Por el contrario, en la investigación realizada por Puebla-Núñez y Duarte-Briceño (2016) con adolescentes mexicanos en Yucatán, se emprendió encontrar una relación de causa-efecto a la inversa, es decir, descubrir si el consumo de drogas ocasiona episodios de violencia. Estos autores destacan que las afectaciones vinculadas al consumo de drogas son amplias:

Si se considera que los adolescentes representan alrededor de un 30% del total de la población, el consumo de drogas en esta población es hoy en día uno de los problemas de salud pública más complejos que enfrenta la sociedad mexicana, que se asocia con otros problemas como la violencia familiar y social, como lo son, accidentes, deficiencias en el aprendizaje, bajo desempeño académico, afiliación a grupos delictivos, altos niveles de violencia, mayor posibilidad de adquirir dependencia y de consumir otras sustancias más potentes. Asimismo, muchas drogas deterioran el funcionamiento del cerebro y la memoria, por lo que el uso de drogas en estudiantes crea un obstáculo para el aprendizaje y el rendimiento académico (Puebla-Núñez & Duarte-Briceño, 2016, p.3).

En esta investigación, se adaptó el cuestionario de Sisvea diseñado para identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo, que como se mencionó al inicio de este apartado, la información que se publica no está desagregada y no se conocen precisiones para la infancia y adolescencia. También se realizó una adaptación de un cuestionario de violencia. Los resultados revelaron que no existe una relación directa proporcional entre el consumo de drogas y episodios violentos:

En cuanto al consumo de sustancias y la violencia que se manifiesta dentro del centro escolar, no se encontró una relación significativa, exceptuando un grupo, el cual tuvo una correlación media alta negativa significativa, lo que nos indica que a menor consumo de sustancias, las manifestaciones de violencia incrementan, lo cual difiere con los diversos estudios que indican que el adolescente que consume una o dos copas de alcohol incrementa la violencia ejercida a más del doble, en comparación con el que nunca ha consumido alcohol (Puebla-Núñez & Duarte-Briceño, 2016, p.11).

Junto con esta declaración, los autores dejan abierta la interpretación de las respuestas de los estudiantes, en el caso de que la respuesta a que no hay violencia se deba a que se ha naturalizado y por ello no la perciben así. Por otro lado, remarcan que la violencia en México es multicausal y que las escuelas deben de ofrecer recursos a los estudiantes para afrontar los problemas de la sociedad actual.

La relación que existe entre la impulsividad, el consumo de sustancias, las conductas adictivas y la dependencia es estudiada en Ecuador por María Chávez-Vera, Ana Estévez, Leticia Olave, Janire Momeñe, Daniel Vázquez e Itziar Iruarrizaga (2018), a través de una muestra de 1,533 adolescentes entre los 14 y 18 años de edad. Para cada uno de los factores se aplicó un instrumento especializado. Los resultados arrojaron información que vincula el consumo de sustancias tranquilizantes / sedantes o somníferos con el juego patológico y la adicción a los videojuegos. Mientras que el consumo de marihuana se vincula a la impulsividad no planeada, el abuso / dependencia de alcohol, la adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, adicción a los videojuegos y adicción al sexo. En el caso del consumo de cocaína, crack o roca, este se vincula con la impulsividad no planeada, mismo resultado que con el consumo de GHB o éxtasis líquido.

La conclusión fue contundente: existe una correlación significativa entre la impulsividad y el consumo de sustancias. En específico se señala una correspondencia entre el consumo de tranquilizantes / sedantes, cannabis, cocaína base y polvo, GHB o éxtasis líquido, éxtasis, anfetaminas / speed, heroína e inhalantes volátiles y las conductas adictivas, tales como: juego patológico, adicción a videojuegos, al sexo y gasto compulsivo. La investigación de Chávez-Vera et al. (2018) hace visible que las afectaciones por el consumo de sustancias van más allá del dominio físico del desarrollo y termina por vincularse con otras conductas adictivas.

El estudio del consumo de sustancias vinculados a otras prácticas o afectaciones sociales requiere de estudios más profundos y sistémicos, para que como varios autores advierten se esté en condiciones de hacer propuestas integrales y efectivas.

Factores de riesgo o prevención

Frente al aumento del consumo de drogas en la población adolescente, se vuelve necesario identificar cuáles son los factores de riesgo y protección. María Fuentes, Antonio Alarcón, Fernando García y Enrique Gracia (2015) señalan que “la estructura familiar, la cohesión familiar, la percepción de la calidad de las relaciones paterno-filiares y el consumo de los padres son factores de riesgo. Y si bien, hay detonantes —como el estrés, la automedicación, la violencia y la depresión— lo cierto es que como afirman Barrios-Hernández y Verdecia-Machado (2016), en el contexto familiar es donde el adolescente enfrenta las situaciones que favorecen que las sustancias psicoactivas se incorporen a su estilo de vida: actitudes favorables hacia el consumo de drogas legales, el maltrato y la violencia doméstica, la comunicación deficiente y la inconsistencia afectiva.

En este espacio, se han seleccionado cuatro artículos que de forma particular han investigado cómo la disfuncionalidad de las familias (Barrios-Hernández & Verdecia-Machado, 2016; Moreno Carmona & Palomar Lever, 2017) y el consumo de tabaco y alcohol dentro de ellas (Gutiérrez & Hernández, 2015) representan factores de riesgo para que los adolescentes consuman drogas.

Una familia disfuncional es, acorde con Barrios-Hernández y Verdecia-Machado (2016, p.6), aquella que “se caracteriza por el fracaso en los papeles parentales y la confusión de roles”, todo esto trastoca las relaciones familiares de distintas formas: ausencia de supervisión por parte de los padres, delegación de responsabilidades en los hijos, indisciplina y adelgazamiento del apego. Una familia disfuncional no se remite a su composición sino a sus dinámicas. Sin embargo, no todo tiene que remitirse a malas relaciones dentro de la familia, Gutiérrez y Hernández (2015) investigaron a través de una encuesta con 469 adolescentes

argentinos, de edades comprendidas entre los 11 y 15 años de edad, la relación que existe cuando las familias consumen alcohol y tabaco, consideradas drogas porteras, y la predisposición de los hijos para consumir sustancias. En esta investigación, se identificó que 68.4% de los adolescentes que consumen sustancias adictivas, por otro lado, se encontraron porcentajes altos de consumo de alcohol y tabaco en las familias, lo que representa que esta última es una conducta que puede facilitar la iniciación por parte de los adolescentes como imitación.

En Colombia, Norman Moreno y Joaquina Palomar (2017) evaluaron los diferentes factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. Para ello refieren los resultados de otras investigaciones en las que se resaltan aspectos que influyen en la predisposición de los adolescentes tales como las prácticas de crianza, violencia, divorcio, problemas psicológicos de los padres, problemas de apego, la calidad de la relación con los padres, la permisividad de estos frente al consumo de drogas legales e ilegales, los trastornos depresivos. Al mismo tiempo, se reconoce la existencia de problemáticas que provienen del contexto social y que de cierta manera, también se vinculan con las problemáticas familiares. La muestra de este estudio fue de 245 adolescentes entre 13 y 17 años de edad, 120 estudiantes sobresalientes y 125 con tratamiento por consumo de drogas.

Para finalizar, Moreno y Palomar (2017, p.149) llegaron a las siguientes conclusiones:

- La baja autoestima es un factor interno y uno de los principales riesgos para el desarrollo de una adicción, ya que la persona se hace más vulnerable para alejar los efectos negativos del ambiente, se le dificulta tener resiliencia y una percepción de bienestar.
- Uno de los factores riesgo con mayor peso en los adolescentes es la permisividad, el poco conocimiento que tienen los padres sobre sus actividades, falta de comunicación con la madre y poca autonomía del hijo.
- Se identifica una relación entre los consumidores de drogas y un menor apego hacia la madre, por otro lado, también existe relación con la ausencia del padre por abandono a temprana edad.
- Para finalizar se afirma que el consumo de drogas en la adolescencia se incrementa cuando hay menor control conductual materno, menor sensación de felicidad y menor comunicación con la madre.

Definitivamente, las familias siguen siendo el espacio social en el que los adolescentes deberían encontrar las condiciones favorables para su desarrollo, esto, como se verá más adelante, implicará que para los programas y acciones de prevención y atención al consumo de drogas en adolescentes, será indispensable incluir y / o considerar el proceso familiar.

Por lo que respecta a la prevención, Orte et al. (2018) presentan una revisión de la literatura sobre 524 programas familiares preventivos para el consumo de drogas en la adolescencia, en especial se seleccionaron 10 de ellos para determinar la presencia de la perspectiva de género y determinar cómo esta proporciona mayor eficacia a los resultados. Los autores concluyeron que solo uno de los programas tiene la perspectiva de género, no obstante que en el resto reconocen que tienen resultados positivos como prevención familiar. De manera básica, estos programas se centran en la incidencia de las familias para que los adolescentes se alejen del consumo, involucrar a los padres para que tengan “tolerancia cero” con el alcohol, y también desarrollar habilidades sociales.

Este apartado se cierra con la mención al sistema de Comunidades Que se Cuidan (CQC), adaptado en Colombia y que incluye las asociaciones con la comunidad, la escuela, los pares e

individuo y la familia. La investigación que realizaron Pablo Montero, María Reyes, Francisco Cardozo, Eric Brown, Augusto Pérez, Juliana Mejía, Jennifer Toro y Mayra Paredes (2020) tuvo como objetivo validar las asociaciones entre los factores de riesgo y protección para el uso de sustancias psicoactivas. Se aplicó una encuesta a gran escala (50,946 jóvenes entre los 10 y 19 años de edad) y se analizó de forma transversal el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas ilegales.

A continuación, se mencionan los factores de riesgo y de protección considerados para cada asociación: la disponibilidad de drogas y leyes y normas favorables al consumo (dominio comunitario); el bajo compromiso escolar y actitudes favorables de los padres hacia el consumo de drogas (dominio escolar); la baja percepción de riesgo del consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, actitudes favorables hacia el comportamiento problemático, comportamientos problemáticos en amigos, uso de drogas en amigos (dominio de pares e individuo), y finalmente, problemas en el manejo familiar; actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas; actitudes favorables de los padres hacia el comportamiento problemático; y dos factores de protección: oportunidades familiares para involucrarse; reconocimiento en la familia por la participación (dominio familiar). Los autores concluyeron resaltando la importancia del uso de sistemas preventivos comunitarios con CQC para la toma de decisiones locales.

LAS MULTIADICCIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En este apartado se han seleccionado 11 artículos que abordan el consumo combinado de adicciones o policonsumo. Los primeros tres artículos se centran en el estudio de las relaciones del consumo combinado, presentando cuáles adicciones son puerta de entrada para el inicio de otras adicciones o bien caracterizando su consumo a partir de variables como el género o la cultura.

En el segundo grupo se encuentran tres artículos que se enfocan en la validación de instrumentos para evaluar los consumos problemáticos combinados, esto adquiere mucha importancia, porque como se mencionó en páginas anteriores, la falta de datos precisos para la población adolescente representa una limitación para la formulación de programas de prevención y atención a las adicciones en la adolescencia, en este punto se considera lo que Nicolás Chahín-Pinzón y Blanca Libia (2018) mencionan en cuanto a que los instrumentos para evaluar los problemas de adicción en adolescentes, provienen de escalas desarrolladas para adultos, sin que hayan tenido ningún tipo de modificación ni verificación de las propiedades psicométricas para estos sujetos.

El tercer grupo lo conforman aquellas investigaciones dedicadas al estudio de los factores de riesgo, ya sean individuales, como lo son los rasgos de la personalidad (González et al., 2016), o bien, socioculturales, esto es riesgos familiares y del contexto local (Fuentes, Alarcón, García & Gracia, 2015; Isorna & Amatller, 2017).

El consumo combinado

María del Carmen Míguez y Elisardo Becoña (2015) llevaron a cabo un estudio transversal a través de cuestionarios que se aplicaron a una muestra amplia de 1,447 adolescentes, de edades comprendidas entre los 11 y 16 años, estudiantes de escuelas públicas y privadas, para identificar cómo el consumo de tabaco y alcohol se relaciona con el inicio del consumo de

cannabis y juegos de azar. Los resultados indican que existe una asociación positiva y significativa; aunque se recomienda seguir realizando investigaciones para sumar evidencias y llegar a generalizaciones. Llama la atención la puntualización que hacen estos autores con respecto a que “en España, la venta de tabaco y alcohol y el acceso a instalaciones de juego están prohibidos a menores de edad. Sin embargo, la realidad es distinta, siendo alta la prevalencia de estas conductas en los menores de 18 años, en gran medida como consecuencia tanto de la alta accesibilidad de varias formas del juego como de la disponibilidad del tabaco y del alcohol” (Míguez & Becoña, 2015, p.13).

Esta declaración es altamente importante de tomar en cuenta porque pone en evidencia lo que en varias ocasiones se ha señalado: la permisividad no solo de las familias sino de la misma sociedad y el estado, en cuanto a la facilidad en el acceso al consumo de alcohol, drogas y actividades adictivas, como en este caso, el juego.

Otra investigación es la de Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial (2017), en ella se aportan evidencias empíricas en la relación del consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. Esta vez la muestra se conformó de 3,882 adolescentes españoles quienes respondieron a pruebas estandarizadas. Las conclusiones destacan que los adolescentes que tienen un consumo problemático de Internet tienen tres veces más probabilidades de riesgo de consumir drogas. Y en el mismo caso que el artículo anterior, los autores hacen visibles las limitaciones de este tipo de estudios: no contar con una muestra representativa y no tener datos longitudinales que permitan establecer relaciones de causa y efecto.

Por último, la investigación conducida por Ainara Díaz-Geada, Alicia Busto y Francisco Caamaño (2018, p.269) hace evidente que la mayor disponibilidad económica constituye un factor de riesgo para haber probado alcohol o mariguana. Los autores hacen una revelación importante a partir de los resultados en la aplicación del cuestionario “Factors de Risk en Estudiants de Secundària” diseñado por la Agència de Salut Pública de Barcelona, y es que ni el sexo ni la nacionalidad son variables relacionadas con el consumo, pero sí que con la edad los adolescentes lo incrementan. Esta declaración, más allá de un dato estadístico, tiene implicaciones sociopolíticas ya que los autores enfatizan que los alumnos inmigrantes no constituyen un grupo de riesgo y por ello no deben de ser estigmatizados.

Validación de instrumentos diagnósticos

Dentro de la clasificación de artículos enfocados a la validación de instrumentos para evaluar o mediar el consumo combinado se encuentra el trabajo de Chahín-Pinzón y Libia (2018) quienes estudiaron las propiedades psicométricas del Cuestionario de adicción a Internet y a los videojuegos para adolescentes. Las pruebas se realizaron a 354 personas, razón por la cual advierten que los resultados no pueden ser generalizados; sin embargo, concluyen su estudio afirmando que el instrumento Caiva es válido y confiable para ser aplicado en muestras similares.

Por su parte, Manuel Araujo, Sandra Golpe, Teresa Braña, Jesús Varela y Antonio Rial (2018) hicieron la validación psicométrica del posit para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas a fin de adaptarla a la población adolescente y en otra investigación, algunos de estos investigadores (Rial, Gregor, Isorna, Barreiro, Varela & Golpe, 2019) también participaron en la validación empírica del reconocido instrumento CRAFFT que mide el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. La investigación se llevó a cabo a través de entrevistas

con 312 personas entre 12 y 18 años de edad y consistió en la adaptación del instrumento al castellano. Estos autores destacan una limitación de este tipo de investigaciones, se basan en la autopercepción de los adolescentes, y es que queda la duda de conocer, de manera objetiva, en qué medida estos pueden subestimar o sobreestimar sus niveles de consumo.

En ambos casos se reconoce que la adolescencia es un periodo en el que las personas inician y experimentan con sustancias psicoactivas, Araujo et al. (2018, p.136) destacan que en el caso de España, el consumo abusivo de alcohol y drogas se ha convertido en un problema de salud pública y a pesar de ello, declaran que “a día de hoy en España seguimos sin disponer de datos psicométricos concretos que nos permitan hacer uso de este instrumento con ciertas garantías”, todo esto trae como consecuencia la falta de un sistema de detección precoz e intervención breve.

Riesgos para el consumo de alcohol, tabaco y drogas

El consumo adictivo o problemático, como fenómeno psicosocial, se configura a partir tanto de factores individuales como contextuales. El concebir a las y los adolescentes como “problemáticos” por el solo hecho de tener una edad entre los 12 y 17 años no es acertado ni mucho menos pensar que la relación entre ser adolescente y adicto es una bina que ocurre de manera natural o espontánea. Las personas son seres individuales, pero también sociales que se construyen de manera cotidiana a través de las interacciones que establecen con su medio ambiente natural y material. En este espacio se comparten los resultados de tres investigaciones que estudian los riesgos, tanto individuales como sociales, que influyen en las conductas adictivas de los adolescentes.

Por lo común, la personalidad se relaciona como un factor que predispone a las personas al consumo de sustancias; al respecto González et al. (2016), basándose en una amplia referencia de estudios anteriores sobre la asociación entre los tipos de personalidad y el consumo adictivo, realizaron una encuesta a una muestra de 1,455 adolescentes de entre 13 y 18 años de edad con el fin de analizar las diferencias entre los rasgos de personalidad y el uso de determinadas sustancias. Tomaron en cuenta dos grupos con perfiles predominantes (internalizante y externalizante). Los autores llegaron a la siguiente conclusión: “Aparece claramente la relación entre las variables de personalidad y el uso de sustancias psicoactivas. Además, los rasgos de personalidad influyen no solo en el consumo de alcohol, sino también en el consumo de cannabis y cocaína” (p.113). Esto resulta importante por lo que ya se ha comentado en otros apartados, es necesario tomar en cuenta esto para establecer programas de prevención basados en las variables.

Por otro lado, se identificaron dos investigaciones que ponen la mirada en los factores sociales, como lo son la familia y la comunidad. Fuentes et al. (2015) analizar cómo los estilos parentales y la peligrosidad del barrio se relacionan con el consumo de alcohol, cannabis, tabaco y otras drogas. Se encuestó a 628 adolescentes entre 15 y 17 años de edad, a partir de sus respuestas, se clasificaron los estilos de crianza familiar (autorizativo, indulgente, autoritario o negligente) y el riesgo de inseguridad percibido en el barrio: alto o bajo. A partir de los resultados, se pudo concluir que los adolescentes que presentan peores índices de consumo provienen de familias con estilos autoritarios y negligentes. Asimismo, la alta percepción de riesgo en el barrio fue coincidente con los adolescentes con más alto consumo. Los autores concluyen que “los resultados de este estudio se suman a la incipiente investigación empírica que concluye que de manera fundamental el afecto, el diálogo, el apoyo y la implicación de

los padres sin la combinación con la imposición y severidad parental son esenciales para proteger a los hijos del problema de la drogadicción” (Fuentes et al., 2015, p.1006). De nueva cuenta se insiste en las implicaciones de tomar en cuenta esta información para considerarlos como factores importantes en los programas de prevención.

También Manuel Isorna y Otger Amatller (2017) llevaron a cabo una investigación, pero no empírica sino bibliográfica, cuyo objetivo fue analizar el estado actual de la investigación en relación al consumo de tabaco y cannabis de forma conjunta y su posible relación con los factores familiares, a través del análisis de 80 artículos. Los autores confirman que la transición del uso experimental del tabaco al cannabis y viceversa está influenciada por variables familiares. Como parte de las conclusiones, y citando a McGee et al. (2000), declaran lo siguiente:

Para evitar o al menos retrasar el inicio del consumo de tabaco y cannabis en la adolescencia es fundamental la labor decidida, la implicación parental y el buen hacer de los padres, los cuales deben intentar clarificar de forma adecuada las normas, transmitir apoyo, afecto, preocupación y control. Existe una notoria necesidad de reducir los factores de vulnerabilidad familiar a través de unas relaciones equilibradas basadas en el afecto, el apoyo y unos niveles consensuados de supervisión y control. La calidad de las relaciones familiares, así como las bajas tasas de discordancia parental (discusiones, agresiones, etc.), son dos variables relacionadas indirectamente con el consumo de tabaco y cannabis por parte de los hijos (McGee et al., 2000 citados en Isorna & Amatller, 2017, p.23).

Prevención del consumo combinado o policonsumo

En el tema de adicciones, la prevención ha sido uno de los aspectos que se menciona como importante, pero son pocos los artículos que detallan estrategias. Es por ello que resultan en especial valiosos los artículos como los de Ángel Vallés, Esther Pedrosa, Francisco Verdú y Fortunato Tàpia (2016) y el de Fernando Lara, Font Roig y Rebekka Gerstener, 2016. El primero, en contexto español, y el segundo, ecuatoriano. En ambas experiencias se enfoca la atención en el consumo combinado del alcohol con cannabis u otras drogas. Uno se concentra en el contexto familiar y otro, en el escolar.

La importancia de la familia, no solo como agente de protección sino como modulador de las conductas de riesgo de los hijos, es para Vallés et al. (2016) lo que debe ser la base sobre la que descansen los diseños de programas de prevención de las adicciones. En esta investigación documental en formato de estado del conocimiento, y citando a Fernández et al. (2018) y Vallés et al. (2016), se presentan los siguientes factores de riesgo familiares que han sido identificados:

- Consumo de drogas de los padres y / o actitudes favorables o, al menos no contrarias, al consumo.
- Estilos educativos permisivos y autoritarios.
- Conflictos y desorganización familiares.
- Falta de apego, baja cohesión o relaciones frías entre padres e hijos.
- Problemas de conducta en los padres y / o en los hijos.
- Abandono, abuso y / o maltrato.
- Comunicación pobre.

Al mismo tiempo, Vallés et al. (2016, p.95) clasifican los factores de protección y sus correspondientes investigaciones —aunque llama la atención que fueron publicadas antes del año 2000— a saber:

- Apego, cohesión o relaciones próximas entre padres e hijos.
- Estilos educativos y competencia parental.
- Actitudes convencionales con las normas sociales e intolerancia ante drogas ilegales.
- Otros factores de protección relacionados con atributos de los padres: afiliación religiosa, buenas habilidades intelectuales tener autoeficacia, autovaloración y talante optimista, tener áreas de talento o destreza apreciadas por sí mismo y otros, ventajas socioeconómicas.

Frente a esta situación es que Vallés et al. (2016, p.96) presentan el programa Aprender a Comunicar, fruto de las investigaciones realizadas por ellos mismos. El programa persigue como objetivo general “fomentar la comunicación funcional bidireccional entre padres e hijos como vehículo para mejorar el vínculo afectivo entre estos, convirtiéndose en un factor de protección frente a la probabilidad de presentar problemas de conducta en general”. Resulta en especial interesante tomar en cuenta las observaciones que estos investigadores hacen al final de su artículo y después de haber aplicado el programa de intervención: pese a la alta demanda de padres con hijos con problemas de adicción de cannabis o con alta vulnerabilidad a generar algún tipo de adicción, se reportó que la asistencia al programa fue escasa, en su mayoría de madres de familia, pese a que se hicieron ajustes en los horarios; a pesar de ello se insiste en la necesidad de llevar a cabo programas en conjunto con la intervención de las familias, docentes y orientadores en los centros escolares.

El proyecto de inclusión “DESVINCÚLA-T” es un programa de intervención educativa en escuelas, su aplicación es a través de talleres realizados por el departamento de Sicoética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y cuenta con el apoyo de educadores y estudiantes universitarios de varias carreras. La experiencia de la aplicación de este programa fue sistematizada por Lara, Font y Gerstener (2016, p.16) y su impacto lo resumen así:

En cuanto a la recepción del programa por parte de los asistentes se puede decir que, en líneas generales, fue bien recibido por los adolescentes y las instituciones educativas. De hecho, y, sobre todo, la segunda parte del programa sirvió para que muchos chicos y chicas se abrieran a contar aspectos de su vida que poco a poco y por su edad ya les venían inquietando, como violencia en el hogar, divorcios de los padres, personas que les incitan a consumir, presiones de grupo, etc. Además, los estudiantes pudieron constatar por primera vez que sus problemas eran coincidentes con los de otros compañeros, de tal manera que, al verse reflejados mutuamente, comprendieron que podrían apoyarse de algún modo entre ellos, construyendo así, a raíz del programa Desvincula-T, un nuevo sujeto grupo emotivo / afectivo desde el cual comenzar a modificar su situación personal, o al menos a comprenderla.

En cuanto a las limitaciones, hacen referencia a la brevedad de los talleres y la falta de seguimiento a los grupos participantes. También la ausencia del impacto de las acciones en el proyecto y un seguimiento más extenso tanto de recursos como de apoyo en las instituciones sociales y educativas.

Como se puede apreciar en este apartado, la perspectiva sistémica sociocultural es la que mejor refleja y explica el fenómeno de las adicciones en los adolescentes, sin embargo, como también se menciona en varias de las investigaciones, son pocos los estudios que se han realizado al respecto, pese a que no hay ninguna voz que no afirme que el problema de las adicciones en la infancia y adolescencia cada vez se agrava más en su consumo como en sus afectaciones. Hasta el momento, no se encontró material alguno que hable sobre tal nivel de indiferencia hacia este tema, indiferencia desde el punto de vista académico, científico y político.

OTRAS ADICCIONES

Este subapartado se reservó para el resto de las adicciones que se mencionan en artículos académicos, aunque con menor presencia que las anteriores, se trata de las relacionadas con la cannabis, el tabaco, el sexo, el celular, el juego, y los videojuegos; se presentarán en este orden.

De los artículos que fueron revisados para este diál relacionados con el consumo de cannabis que ponemos en diálogo aquí, están principalmente dirigidos a estimar el consumo en los adolescentes y su asociación con otras prácticas de riesgo (Rial, Gregor, Isorna, Barreiro, Varela & Golpe, 2019), identificar la relación con los tipos de personalidad (García-Sánchez, Matalí, Martín-Fernández, Pardo, Lleras, Castellano-Tejedor & Haro, 2016), medir las afectaciones causales y posteriores (Martínez-Mota, Jiménez-Rubio, Hernández-Hernández & Páez-Martínez, 2020); Fonseca-Pedrero, Lucas-Molina, Pérez-Albéniz, Inchausti & Ortuño-Sierra, 2020), validar algunos instrumentos de medición del consumo (Lloret, Morell-Gomis, Laguía & Moriano, 2018; Matalí, Simons, Pardo, Lleras, Pérez & Andión, 2018).

Antonio Rial, Gregor Burkhart, Manuel Isorna, Carmen Barreiro, Jesús Varela y Sandra Golpe (2019) realizaron un estudio para caracterizar el consumo de cannabis en España, de la que afirman es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes. A partir de los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a una muestra de 3,882 adolescentes de entre 12 y 18 años de edad, llegaron al siguiente diagnóstico:

Al día de hoy es ya mayor el porcentaje de adolescentes que consumen tabaco y cannabis que únicamente tabaco (12.7% vs 10.5%) y que ello no solo implica una mayor probabilidad de consumir otras sustancias ilegales, sino también de desarrollar un patrón consumo de alcohol de riesgo, de Binge Drinking o incluso de experimentar un Uso Problemático de Internet o de ciberacoso. Las variables personales como la autoestima, la asertividad, las habilidades sociales o la impulsividad tienen una capacidad explicativa realmente débil, en comparación con otras variables vinculadas al establecimiento de normas y límites por parte de los padres. Una de las principales conclusiones de este trabajo es la necesidad de adoptar un enfoque de prevención integral (Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela & Golpe p.64).

Al final de su artículo, los autores plantean la necesidad de desarrollar líneas de investigación futuras para explorar e incorporar nuevas variables que permitan la construcción de modelos explicativos de la situación y que sean capaces de orientar la prevención del consumo de drogas y considerar su vinculación con otras prácticas de riesgo, considerando que a partir de esta investigación se ha encontrado que aquellos adolescentes que consumen

tabaco y cannabis tendrían, de manera significativa, una probabilidad mayor de implicarse en distintas conductas de riesgo, tales como *sexting*, acceso a webs de contenido erótico y uso problemático de Internet. Por otra parte, los autores también destacan que factores como la autoestima, impulsividad, asertividad y habilidades sociales no son variables que en realidad puedan explicar por sí solas el consumo de cannabis. Esta declaración es en suma importante de considerar en el diseño de propuestas de prevención y atención para que se prioricen las perspectivas de intervención integral.

En este ánimo por identificar las características de los adolescentes consumidores de cannabis, Sara García-Sánchez, Josep Lluís Matalí, María Martín-Fernández, Marta Pardo, María Lleras, Carmina Castellano-Tejedor y Josep Maria Haro (2016) llevan a cabo una investigación con el fin de categorizarlos en función de sus rasgos de personalidad más predominantes (perfil internalizante y externalizante) para, con posterioridad, realizar una comparación de ambos perfiles a partir de un conjunto de variables asociadas al consumo, la gravedad clínica y los efectos subjetivos experimentados. En este estudio participaron 173 adolescentes entre 13 y 18 años de edad que estaban siendo atendidos por Trastorno por Uso de Cánnabis en el hospital. Los resultados obtenidos muestran que:

Los adolescentes con un perfil internalizante se caracterizan por mostrar mayores puntuaciones en las escalas Introverso, Inhibido, Pesimista, Auto punitivo, Tendencia Límite y puntuaciones muy bajas en las escalas Histriónico y Egocéntrico. Por su parte, los adolescentes con un perfil externalizante alcanzan puntuaciones mayores en las escalas Rebelde, Rudo, Oposicionista y puntuaciones muy bajas en Conformista y Sumiso. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre perfiles de personalidad en función del género.

Josep Matalí, Jeffrey Simons, Marta Pardo, María Lleras, A. Pérez y Óscar Andiñ (2018) estudiaron las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario MMM (Marijuana Motives Measure) para evaluar el consumo de 228 adolescentes consumidores de cannabis, al final concluyeron que este es un instrumento útil que permite obtener insumos para actuar de forma precoz con los adolescentes consumidores de cannabis y prevenir las consecuencias negativas asociadas al consumo. Aunque vale la pena señalar que la manera de presentar los resultados, al menos en este caso, fue algo rebuscada y, sobre todo, que no cuenta con una integración de las variables consideradas en el cuestionario.

Otro de los trabajos seleccionados fue el publicado por Daniel Lloret et al. (2018), quienes señalan que existe la creencia generalizada de que el cannabis no es tan adictiva ni peligrosa como otras drogas. Por ello se plantearon diseñar y validar un Cuestionario de Intención de Consumo de Cannabis, con el cual se pretendía alcanzar una mejor comprensión del proceso psicológico que conduce al consumo de cannabis y permitir la evaluación de programas. El cuestionario fue aplicado a un grupo de 1,011 estudiantes de entre 15 y 18 años de edad. Después de haberlo validado, los autores señalaron que “no se debe en ningún caso confundir este nuevo cuestionario con una herramienta diagnóstica, sino que pretende ser un instrumento útil para la prevención en combinación con programas especialmente diseñados con este propósito, de tal manera que permita identificar necesidades de intervención y evaluar el impacto de los programas” (Lloret et al., 2018, p.63).

Pero, más allá de caracterizar el consumo del cannabis, ¿cuáles son las afectaciones posteriores y anteriores? Se presentan a continuación dos artículos. La investigación realizada

por Eduardo Fonseca-Pedrero, Beatriz Lucas-Molina, Alicia Pérez-Albéniz, Félix Inchausti y Javier Ortuño-Sierra (2020) a través de la aplicación de un cuestionario a 1,588 adolescentes para conocer la relación entre las experiencias psicóticas atenuadas y el consumo de cannabis; reportan que entre sus hallazgos no se encontró la existencia de una relación directa proporcional entre estas dos variables, como puede apreciarse enseguida:

Los resultados derivados de este estudio han demostrado que: a) los jóvenes consumidores de cannabis informaban de mayores niveles de experiencias psicóticas atenuadas, tanto en frecuencia como en malestar asociado, frente a los no consumidores; b) cuando se consideró el efecto de múltiples covariables la asociación entre el consumo de cannabis y las experiencias psicóticas desapareció; y c) los problemas de ajuste emocional y comportamental mediaban en la relación entre el consumo de cannabis y el riesgo de psicosis, una vez controlado el efecto de múltiples variables de confundido (p.46).

Estas declaraciones abonan a la idea de que para estudiar, prevenir y atender las situaciones relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes, es necesario hacerlo desde el enfoque de la complejidad y una visión sistémica. No se puede pretender establecer relaciones unidireccionales o simples entre los distintos factores que intervienen en el bienestar de las personas.

Del otro lado de esta perspectiva, Lucía Martínez-Mota, Graciela Jiménez-Rubio, Olivia Hernández-Hernández y Tania Páez-Martínez (2020) publican una investigación documental donde pretenden establecer una relación causal entre los distintos tipos de violencia en la infancia con el consumo de cannabis en la adolescencia. Los resultados mostraron que “los adolescentes que han sido violentados en la infancia, mediante el abuso sexual o el abuso físico, tienen mayor riesgo para abusar del cannabis, o desarrollar dependencia por esta droga” (p.67). En este caso, se está hablando de una afectación previa, causal. No obstante, los mismos autores reconocen las limitaciones de estos resultados como para generalizarlos en la población adolescente, por lo que sí abogan por la importancia de diseñar programas integrales para reducir el uso y dependencia de cannabis mediante estrategias enfocadas a la prevención de la violencia en la infancia.

Con referencia al consumo de tabaco, se presenta el trabajo de Eva Leal-López, Inmaculada Sánchez-Queija y Carmen Moreno (2019) quienes sistematizan las tendencias en el consumo del tabaco adolescente en España durante el periodo 2002 a 2018. Por su parte, Manuel Folgar, Sandra Golpe, Marian Otero, Javier Ayesta y Patricia Gómez (2018) se centran en la asociación entre el consumo de tabaco, la autoestima y el TDAH; finalmente, Juan Sáenz-Lussagnet, Fernando Rico-Villademoros y Luis Luque-Romero (2019) resaltan el consumo de tabaco en pipas de agua que se puso tan de moda en los últimos años.

Los resultados de Leal-López et al. (2019) indican que en España “se registra un descenso en términos absolutos del consumo de tabaco en la población adolescente, entre 2002 y 2018, en ambos sexos y en todas las edades, lo que coincide con otros estudios nacionales” (p.294). Los autores resaltan que al ser la adolescencia una etapa clave para el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico, se hace imprescindible y prioritario desarrollar políticas de prevención y control del tabaquismo que se focalice en estas edades.

Se vuelve importante investigar con qué otros factores individuales y sociales se asocia, esto con el fin de abonar datos a los programas de atención y prevención. Es el caso de la investigación realizada por Folgar et al. (2018), quienes se interesaron no solo por develar

la relación entre el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) con el consumo de tabaco sino que presentan propuestas para una mejor prevención. El estudio se realizó a través de una encuesta aplicada a 1,547 adolescentes entre los 11 y 15 años de edad, estudiantes de 26 centros gallegos.

Entre los hallazgos se identificaron los siguientes: el porcentaje de consumidores de tabaco es más del doble entre quienes padecen de TDAH y con estos quienes presentan niveles más bajos de autoestima. Esta revelación implica que en los programas de prevención de adicciones se considere estas condiciones de las personas con TDAH para que se incluyan técnicas de relajación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación y biblioterapia, así como tutorías de compañeros, aprendizaje cooperativo; o actividades lúdicas como el baile *fitness* y los deportes.

Por último, con relación al consumo del tabaco en adolescentes, se considera la investigación de Sáenz-Lussagnet et al. (2019), los autores realizaron un estudio transversal en tres institutos de enseñanza secundaria para evaluar la prevalencia de consumo de pipas de agua y cigarrillos y analizar las creencias en torno a ellas. Se aplicó un cuestionario de 12 preguntas a 3,057 adolescentes. Los investigadores pusieron de manifiesto la existencia de una elevada prevalencia de consumo consolidado de pipas de agua entre adolescentes (13%), que de confirmarse a nivel nacional en España, estaría entre las más altas comunicadas en distintos países o áreas geográficas. Al finalizar el estudio, se insiste en la necesidad de programas preventivos que, para este caso en particular, se desmitifique entre la población adolescente que el uso de la pipa no es perjudicial para la salud.

Para concluir con este apartado, se presentan a continuación otros objetos de adicción en la infancia y la adolescencia que no son tan mencionados en los artículos académicos, pero que muestran líneas de investigación a desarrollar. Se trata de que la adicción a los videojuegos, al celular, al sexo y al juego tiene quizá un factor común: la tecnología y su uso problemático.

“El uso problemático de los videojuegos es una conducta de riesgo cada vez más frecuente. La alta exposición de los adolescentes a los videojuegos se ha relacionado con una variedad de trastornos, pero se desconoce la relación entre el uso problemático de videojuegos y el bienestar emocional” esta idea es la que impulsó a María González, José Espada y Ricardo Tejeiro (2017, p.180) a realizar una investigación que por medio de autoinformes de 380 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad de 35 escuelas, de cinco ciudades españolas, se pudiera analizar el uso problemático de videojuegos.

A partir de los resultados se sabe que 7.4% de las chicas y 30% de los chicos pueden considerarse jugadores problemáticos, los jugadores *online* tienen casi 12 veces más probabilidad de jugar con alta frecuencia en comparación con jugadores *offline* y que la relación entre el jugar videojuegos y el estado emocional, en los chicos se asocia más con la ansiedad y en las chicas, con los cambios de ánimo. Los investigadores remarcan que los hallazgos a los que llegaron buscan contribuir a una mejor comprensión de las variables y a que sean insumo para programas educativos para prevenir el abuso de los videojuegos y sus problemas emocionales, familiares, sociales y académicos.

Desde esta perspectiva del desequilibrio emocional vinculada a una adicción, Li Menglong y Lu Liya (2017) estudian la relación entre la soledad como problema psicológico en los estudiantes de secundaria, su adicción al teléfono móvil y la falta de sueño. Tras haber aplicado tres cuestionarios certificados, uno para cada una de las variables, a una población de 400 estudiantes entre 12 y 15 años de edad, los resultados indicaron que “la soledad tiene efectos mediadores sobre la relación entre la adicción al teléfono móvil y la calidad del sueño entre

los estudiantes de secundaria. La adicción al teléfono móvil puede afectar, tanto de forma directa como indirecta, la calidad del sueño de estos estudiantes” (p.71).

Siguiendo con la línea emocional, toca el turno a la adicción al juego, que si bien puede encontrarse información respecto a la edad adulta, Aris Grande-Gosende, Víctor Martínez-Loredo y José Fernández-Hermida (2019) apuntan que la literatura sobre las motivaciones de los adolescentes para jugar es escasa. Con base en ello es que realizaron una investigación en la que tienen como objetivo validar el Cuestionario de Motivos de Juego (GMQ) y realizar un análisis de las diferencias de los motivos de los adolescentes según la actividad de juego y la gravedad de los problemas asociados. En el estudio participaron 698 adolescentes jugadores que fueron clasificados en tres categorías: estratégicos, no estratégicos, mixtos. Las conclusiones que presentan los investigadores señalan que:

En comparación con los jugadores sin problema, los jugadores problemáticos puntuaron más alto en todos los motivos. Además, los jugadores que buscan emociones positivas se decantan más por los juegos estratégicos, los que utilizan el juego para afrontar el estrés utilizan más los no estratégicos, mientras que los jugadores sociales no presentan preferencia por ninguno de los dos. En conclusión, la motivación para jugar se encuentra en relación con la gravedad y las características del juego (Grande-Gosende, Martínez-Loredo & Fernández-Hermida, 2019, p.212).

Para finalizar, este apartado se cierra con el tema de la adicción al sexo. Olga Serrano Villalobos, Luz Martínez y José Ignacio Niño González (2018, p.115) destacan que “no existen muchos cuestionarios que expliquen el uso de Internet centrados en la actividad sexual en la red y en los problemas sexuales que derivan de la misma a partir del uso de la tecnología con fines sexuales, y estos cuestionarios son menos frecuentes si nos referimos a la población infantil, adolescente y juvenil”.

Frente a ello, se dieron a la tarea de diseñar una escala y modelo teórico que pueda brindar información si un adolescente tiene o no un problema o riesgo de tenerlo con respecto a la actividad sexual en Internet. La medición propuesta se compone de 11 ítems y acoge emociones tales como: la depresión, la ansiedad, la agresividad, la fobia social, el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la compulsividad, la obsesión y la impulsividad. Queda pendiente su aplicación.

“Dificultades en la regulación emocional, esquemas inadaptados tempranos, y dependencia emocional en la adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo en la adolescencia” es el título del último artículo que se menciona en este estado del conocimiento. Itziar Iruarrizaga, Ana Estévez, Janire Momeñe, Leticia Olave, Lucía Fernández-Cárdaba, María Dolores Chávez-Vera y Francisco Ferre-Navarrete (2019) llevaron a cabo esta investigación para estudiar las relaciones entre la adicción al sexo, las dificultades en su regulación emocional (DRE), los esquemas inadaptados tempranos (EIT) y la dependencia emocional (DE). La metodología contempló diversos instrumentos de evaluación que fueron aplicados a 1,519 adolescentes escolarizados, con edades entre los 14 y 18 años de edad. Los autores llaman la atención a que, dado que se trató de respuestas autoinformadas, quizá la información no sea del todo completa. No obstante, se llegaron a las siguientes conclusiones:

Los resultados de este estudio aportan evidencias sobre las relaciones existentes entre las dificultades en la regulación emocional, los esquemas inadaptados tempranos, la

dependencia emocional y la inexistente, posible, muy probable o segura adicción al sexo. Se pone de manifiesto que la inexistente adicción al sexo en los adolescentes evaluados se relaciona con una mayor regulación emocional, una mejor estructura psicológica autoinformada y menor dependencia en sus relaciones de pareja. Son personas que perciben tener un mayor control de sus impulsos, aceptar sus respuestas emocionales, clarificar sus emociones poniendo en práctica adecuadas estrategias de regulación emocional, apoyarse y confiar en los demás, sentirse integrados, valorados y capaces de afrontar sus responsabilidades, que no perciben miedos irracionales sobre el futuro ni que comprometen su identidad personal en su relación con los demás, que no controlan la expresión de sus impulsos ni el malestar o la responsabilidad, y que no denotan que sientan la necesidad de ser perfectos o de que lo sean los otros, por lo que no se creen intolerantes ni consigo mismos ni con los demás. Por contra, la posible adicción al sexo se relaciona con un patrón exactamente inverso (Iruarrizaga et al., 2019, p.94).

A partir de este estudio queda clara la idea de que a la adicción al sexo en la adolescencia, le subyacen razones emocionales. En esta investigación se resaltan las dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual, dependencia emocional y en esquemas inadaptados tempranos (Iruarrizaga et al., 2019, p.97), se destaca que las experiencias tempranas podrían ser predictores de la muy probable adicción al sexo.

Llama la atención de este último subgrupo de adicciones cómo resalta la asociación que guardan con la dimensión emocional de los adolescentes, y no es que en los otros apartados no se distinga, pero en este se hizo más explícito y fácilmente identificable como una variable común de un consumo problemático con los videojuegos, teléfonos móviles, el juego o el sexo. En estas investigaciones no se menciona el fenómeno del abuso combinado, pero no parece descabellado imaginarse a adolescentes enfrentado situaciones de mezclas adictivas de los temas aquí revisados.

CONCLUSIONES

Los consumos problemáticos o adictivos, en la gran mayoría de los casos, se inician cuando las personas transitan su periodo de infancia o adolescencia. Tanto los factores de riesgo como las medidas de solución son variadas, complejas y se encuentran interconectadas. Para aproximarse al estudio de las adicciones en la infancia y adolescencia, lo primero que hay que hacer es adoptar una postura desde el enfoque de la complejidad, esto es, en la consideración de la existencia de distintos sistemas, ambientes e interacciones de diversos actores sociales que van configurando, junto con los factores personales, el mundo social en la infancia y adolescencia, incluyendo sus predisposiciones a conductas adictivas.

Un aspecto fundamental en el abordaje de este tema son las representaciones sociales que se tiene de niñas, niños y adolescentes adictos. Si bien la figura del adulto adicto tiene sus propias características y quizá transite entre roles de víctima o victimario; poco o nada hay escrito sobre la figura del adolescente adicto como tal. En las investigaciones revisadas, estos figuran solo como consumidores inconscientes, hasta cierto punto de su situación. Pareciera que falta que los investigadores sociales ahonden más sobre la figura del adolescente adicto, como persona, como agente social dentro de mundos en los que también participan en su construcción. Dicho sea de paso, también se requieren más investigaciones en las que

se incluyan a las niñas y niños adictos, ya que, aunque se reconoce de manera oficial que al menos en el caso mexicano, se registran casos con una edad de inicio de consumo adictivo desde los 5 años de edad, prácticamente no existen investigaciones al respecto.

Una conclusión que llama mucho la atención es que la gran mayoría de los autores insisten en la necesidad de desarrollar programas de prevención, algunos más hablan de la atención, pero son muy pocos en los que se recuperan las experiencias de intervención o estrategias puestas en práctica. Se alude a la necesidad de contar con políticas públicas que atiendan la problemática, pero ninguno de los artículos hace mención a alguna en particular, no por lo menos de forma desarrollada; esto es importante porque como se menciona en el segundo apartado, el estado es responsable de generar las condiciones para que las niñas, niños y adolescentes estén protegidos contra el consumo adictivo o problemático, es un compromiso que aparece explícito en las leyes mexicanas, toda vez que nuestro país ha firmado acuerdos internacionales, pero este es un aspecto que poco se desarrolla en los artículos seleccionados y queda registrado como vacío de información.

A su vez, lo anterior adquiere importancia porque entonces, el problema de la adicción en la infancia y adolescencia pasa a ser visible socialmente como un problema individual, familiar o si acaso, comunitario; por lo que todo el aparato del estado pareciera estar ajeno a ello y no solo en cuanto a programas de prevención o atención en las adicciones sino a toda la regulación de la promoción, producción, venta, distribución de alcohol, tabaco, drogas u otros objetos de adicción. No se distingue un abordaje integral por parte del estado desde los tres poderes de gobierno ni en su relación con el segundo y tercer sector. Como consecuencia de esta visión, las niñas, niños y adolescentes adictos quedan dependientes de su suerte y de las capacidades y recursos con los que cuente sus familias. La falta de acción por parte del estado lo hace responsable, en parte, de la forma en que cada sociedad enfrente las problemáticas de las adicciones.

Por otra parte, la familia es considerada en las investigaciones como uno de los factores de protección, pero también de inducción al consumo adictivo adolescente. Si bien todas las investigaciones reconocen la etapa de la adolescencia como un periodo crítico en el que la persona toma decisiones que van a repercutir para el resto de sus vidas y se señala el riesgo que corren al no contar con una madurez biológica neuronal que combinada con su tipo de personalidad lo conduzcan a tomar decisiones a favor de su desarrollo y bienestar; también son varios los estudios que destacan cómo los ambientes familiares, así como las relaciones y dinámicas que se establezcan con sus padres dotan a los adolescentes de herramientas para tomar esas decisiones. Es por ello que varios autores insisten en que en los programas de intervención sean para prevenir o tratar las adicciones, y se incluya siempre a la familia, no tanto a sus miembros, pero sí que se tomen en cuenta las dinámicas de las cuales forman parte las niñas, niños y adolescentes. En otras palabras, que no se aborde la problemática de forma descontextualizada, como si la persona adicta estuviera aislada de todo sistema.

Por lo que respecta a los patrones de consumo, existen varias conclusiones para compartir. Como pudo observarse, las investigaciones al respecto varían dependiendo del objeto de la adicción, en el caso del consumo del alcohol pareciera estar más naturalizado ya que en los adolescentes acceden a responder, al parecer sin inconvenientes, cuántas copas se toman; no ocurre así con las drogas ilícitas en donde pudo notarse, e investigadores lo remarcaban, que al utilizar instrumentos de recolección de datos que se autoresponden, gran porcentaje de los consultados no respondió o respondía invalidando las respuestas.

Otro elemento importante que considerar es que para algunos tipos de adicciones aún se requiere el diseño y validación de instrumentos de recolección de datos y, dicho sea de paso, sería conveniente incluir más instrumentos que solo los cuestionarios o encuestas que, por un lado, son ideales para considerar grandes muestras, pero no resultan muy útiles para conocer de cerca las situaciones. El tema de las técnicas e instrumentos de aproximación a la realidad social de las niñas, niños y adolescentes adictos está aún pendiente por desarrollar, y no solo por la cuestión técnica sino también conceptual, es decir en la incorporación de los participantes como agentes sociales y no solo como informantes.

Un elemento más para reflexionar es la inclusión de todos los grupos infantiles y adolescentes adictos, es decir, la gran mayoría de los consultados son estudiantes y una minoría pacientes de servicios médicos, principalmente de urgencias; pero pareciera que quedan pendiente todos aquellos grupos que ha desertado de la escuela, y en un primer momento pareciera que esto se debe a que la mayoría de las investigaciones están realizadas en países donde todos los adolescentes están estudiando, pero no es así, en todos los países hay grupos excluidos y marginados y tal pareciera que esos son invisibles para los investigadores sociales. Incluso en varios artículos, los autores advierten que sus muestras no son representativas y se requiere ahondar y ampliar más el estudio. Llama la atención lo poco que hay investigado desde la academia con personas que están en centros de rehabilitación, en procesos de recuperación o incluso otros grupos sociales de niñas, niños y adolescentes, como lo son: discapacitados, comunidad LGBTQI+, migrantes, trabajadores, en conflicto con la ley, en situación de albergue, etcétera.

Por último, las cifras con las que a veces se cuentan no son actuales ni amplias, aun siendo las oficiales, los datos disponibles tienen sesgos importantes que no permiten tener un panorama general de la problemática, por otro lado, se centran solo en el consumo individual y no combinado, y tampoco se presentan asociaciones con otros factores o prácticas de riesgo. Un punto determinante en cuanto a la numeralia, sobre todo la oficial, es que urge se desagregue la información, pues la mayoría de ella aparece en rangos que abarcan todas las etapas de la vida, ello dificulta acercarse a lo que corresponde a la infancia y adolescencia. En conclusión, hacen falta muchos más diagnósticos cuantitativos y cualitativos, sobre todo en México, que permitan contar con información veraz, oportuna, completa y confiable.

Los subapartados en donde se hizo visible la asociación del consumo adictivo con otras prácticas de riesgo develan la importancia y urgencia de atender estas problemáticas que, en la gran mayoría de los casos, escapan al control de los más jóvenes. La morbilidad y mortalidad relacionada con las adicciones es algo que se refiere en las investigaciones, pero no se encontró información más detallada. Lo que sí resalta en estos estudios asociativos es el vínculo con el contexto sociocultural, por un lado, y las emociones por otro; esta relación se hizo más visible sobre todo en aquellas adicciones de las que menos producción académica se encontró: los videojuegos, el celular, el juego y el sexo.

La normalización en el consumo problemático o adictivo aunada a la accesibilidad a los objetos de adicción, la permisividad familiar y social, la indiferencia de las escuelas y la falta de programas de prevención integrales —que vayan más allá de anuncios publicitarios que dicen que las adicciones son malas— son factores que favorecen el consumo problemático o adictivo en las niñas, niños y adolescentes. En el caso de las drogas en el contexto mexicano, la situación se agrava aún más porque la exponencial presencia del narcotráfico en la vida cotidiana permea los mundos sociales y asfixia toda toma de decisiones. Este es otro tema que ha sido poco investigado, los contextos socioculturales que rodean a las adicciones y

limitan la capacidad de los más jóvenes a tomar decisiones a favor de su desarrollo físico, cognitivo y emocional.

Para concluir, se invita a reflexionar sobre cómo evitar que niñas, niños y adolescentes se conviertan en adictos en una sociedad que lo es, al encontrarse rodeados de adultos que también lo son y con una amplia red de narcotráfico que está interesada en sumarlos al consumo. Y es desde esta complejidad en que hay que abordar y entretelar las soluciones, de forma interdisciplinaria e interinstitucional, donde las familias, escuelas, empresas, organizaciones de la sociedad civil, estado y sociedad en general unan e integren esfuerzos para generar opciones de vida que no incluyan consumos problemáticos o adictivos; en resumen, políticas públicas integrales. El problema no es solo el consumo adictivo sino todas las dinámicas sociales, económicas, políticas, culturales que se asocian a él, ya sea como causas o consecuencias, pero entonces todas ellas deben ser tomadas en cuenta para que las propuestas de intervención, si bien no pueden ser absolutas, por lo menos no ignoren la influencia de los distintos contextos.

Por otro lado, tal pareciera que no es un problema de edad y que, por lo tanto, las soluciones también se pudieran pensar y actuar de forma intergeneracional, alentando la participación y el protagonismo infantil y adolescente, no solo de quienes presenten problemas en el consumo sino de todos, ¿por qué no propiciar el desarrollo de la percepción comunitaria donde también se puede colaborar en la solución sin discriminar o enjuiciar a los otros? Como se mencionó, hace falta investigar, sistematizar, dar cuenta y reflexionar sobre experiencias de intervención, construir respuestas, sumar voluntades.

Si concebimos a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos con capacidades para la agencia social, entonces las actividades de intervención para abordar las adicciones incluirán el desarrollo de habilidades socioemocionales que los doten de herramientas para que tomen decisiones de forma acertada y en beneficio de su propio desarrollo humano. Pensar no solo en desaparecer los objetos de adicción, quizá eso no sea posible dado que lo esencial son las conductas adictivas y quizá esas están enraizadas en la naturaleza humana, pero en lo que sí es posible trabajar es en favorecer y acompañar procesos de vida para que las niñas, niños y adolescentes desarrollen habilidades, valores y capacidades para tomar decisiones de forma consciente y a favor de su bienestar.

REFERENCIAS

- Amaro, V., Fernández, J., González, M., Padro, M., Zunino, C., Pascale, A., García L. & Pérez, W. (2016, abril). Consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Activos de Pediatría del Uruguay*, 87(1).
- Aponte, D., Castillo, P. & González J. (2017). Prevalencia de adicción a Internet y su relación con disfunción familiar en adolescentes. *Revista clínica media familiar*, 10(3), 179-186.
- Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J. & Rial, A. (2018). Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Adicciones*, 30(2), 130-139.
- Bajac, H., Feliu-Soler, A., Meerhoff, D., Latorre, L. & Elices, M. (2016). Iudicium: una intervención educativa para abordar la percepción de riesgo del consumo problemático de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 28(1), 44-47.
- Barrios-Hernández, Y. & Verdecia-Machado, M. R. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(1).

- Batarse, G. F. (1990, 9 de julio). Niños que nacen adictos. *El Informador*, 8-F.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Sánchez-Iglesias, I. & Labrador, F. (2020). Instrumentos de medida del trastorno de juego Internet en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5: una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(4), 291-302.
- Blasco, M. (2016). Algunas notas sobre la toma de decisión de los adolescentes drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(2), 135-143.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E., Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, A., Rodríguez-Revuelta, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M., Iglesias, C., Sáiz, P. & Bobes, J. (2019). Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de 1 año de seguimiento. *Adicciones*, 31(1), 52-63.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E., Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, A., Rodríguez-Revuelta, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M., Iglesias, C., Sáiz, P. & Bobes, J. (2021). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*, 33(1), 53-62.
- Cámara de Diputados. (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Caro, A. & Plaza de la Hoz, J. (2016, enero-abril). Intervención educativa familiar y terapia sistémica en la adicción adolescente a Internet: fundamentación teórica. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(1), 99-113.
- Carrasco-Farfán, C., Quispe-Nolazco, C. M., Quispe-Nolazco, J. A. & Ávalos-Moreyra, L. (2015, octubre). Nuevas vías de administración de alcohol en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(4), 818-819. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400029&lng=es&tlng=es
- Cataño, A. (2005, 21 de julio). Niños adictos. *El Informador*, 5-A.
- Chahín-Pinzón, N. & Libia, B. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de adicción a Internet y a los videojuegos para adolescentes. *Universitas Psychological*, 17(4).
- Chávez-Vera, M., Estévez, A., Olave, L., Momeñe, J., Vázquez, D. & Iruarrizaga, I. (2018). Estudio de las relaciones entre adicciones comportamentales, impulsividad y consumo de sustancias en adolescente: validación del MULTICAGE CAD 4 y del DEN en Ecuador. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(3), 13-38.
- Congreso del Estado de Jalisco. (2015). Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del estado de Jalisco. https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20de%20los%20Derechos%20de%20Ni%C3%B1as%2C%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%20en%20el%20Estado%20de%20Jalisco_3.pdf
- Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco. (2019). *Resultados Sisvea 2018*, Jalisco. Cecaj; Secretaría de Salud; Gobierno de Jalisco.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2019) http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- De Lira, R., Álvarez, A., Casique, L., Muñoz, L. & Mendoza, M. (2016). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(12).
- Del Moral, G., Suárez, C., Martínez, B. & Moreno, D. (2017). Ocio saludable, funcionamiento familiar, actitud hacia la autoridad y consumo de alcohol en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 42(3), 29-45.

- Díaz-García, N. & Moral-Jiménez, M. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 110-130.
- Díaz-Geada, A., Busto, A. & Caamaño, F. (2018). Consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes de una población multicultural (Burela, Lugo). *Adicciones*, 30(4), 264-270.
- Díaz-Geada, A., Espelt, A., Bosque-Prous, M., Obrador, N., Teixidó-Compañó, E. & Camaaño, F. (2020). Asociación entre el estado de ánimo negativo, el consumo de sustancias psicoactivas y el bullying en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 32(2), 128-135.
- El Informador. (1975, 30 de enero). Comprobado: drogadicción en niños de solo 6 años. *El Informador*, 6-A.
- El Informador. (1976, 17 de mayo). Thinner para clase baja y marihuana para la alta. *El Informador*, 7-A.
- El Informador. (1983, 3 de octubre). Albergue para niños. *El Informador*, primera plana.
- El Informador. (2010, 20 de marzo). Niños adictos a Internet. *El Informador*, 8-D.
- Enríquez, S., Fernández, A. & Rueda, V. (2017). Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. *Medisur*, 15(2), 217-228.
- Falcón, M., Navarro-Zaragoza, J., García-Rodríguez, E., Novoa-López, D., González, Navarro, M., Mercadal, M., García-Algar, O. & Ruiz-Cabello, A. (2018). Barreras percibidas contra la implementación en los servicios de urgencias hospitalarios en España de un protocolo de cribado de consumo de alcohol e intervención breve en adolescentes. *Adicciones*, 30(3), 189-196.
- Fernández-Artamendi, S. & Waidberg, S. (2016). Avances en la evaluación de las adicciones. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 51-61.
- Fernández, M., Dema, S. & Fontanil, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260-273.
- Folgar, M., Golpe, S., Otero, M., Ayesta, J. & Gómez, P. (2018). Consumo de tabaco y autoestima en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): propuestas para una mejor prevención. *Revista española de drogodependencia*, 43(4), 69-82.
- Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Inchausti, F. & Ortuño-Sierra, J. (2020). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes de la población general. *Adicciones*, 32(1), 41-51.
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F. & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007.
- García-Sánchez, S., Matalí, J. L., Martín-Fernández, M., Pardo, M., Lleras, M., Castellano-Tejedor, C. & Haro, J. M. (2016). Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis. *Adicciones*, 28(4).
- Gobierno de México. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Secretaría de Salud, Conadic.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. & Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29(4), 268-277.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T. & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4).

- Golpe, S., Isorna, M., Gómez, P. & Rial, A. (2017) Uso problemático de Internet y adolescentes: el deporte sí importa, *Retos*, No.31, 52–57.
- González, M., Espada, J., Guillén-Riquelme, A., Secade, R. & Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2), 108–115.
- González, M., Espada, J. & Tejeiro, R. (2017). El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes. *Adicciones*, 29(3).
- Grande-Gosende, A., Martínez-Loredo, V. & Fernández-Hermida, J. (2019). Validación del Cuestionario de Motivos de Juego en adolescentes: diferencias según la gravedad y las actividades de juego. *Adicciones*, 31(3).
- Grant, J. E. & Chamberlain, S. R. (2018). Expandir la definición de adicción: DSM-5 vs. ICD. *Revista de Toxicomanías*, No.81, 3–7.
- Gutiérrez, D. & Hernández, D. (2015, julio–noviembre). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 5(2), 113–122.
- Hernanz, M. (2015). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 309–322.
- INPRFM. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017: Reporte de drogas*. Secretaría de Salud.
- Iruarrizaga, I., Estévez, A., Momeñe, J., Olave, L., Fernández-Cárdaba, L., Chávez-Vera, M. D. & Ferre-Navarrete, F. (2019). Dificultades en la regulación emocional, esquemas inadaptados tempranos, y dependencia emocional en la adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 44(1), 76–103.
- Isorna, M. & Amatller, O. (2017). Consumo combinado de tabaco y cannabis: una revisión de los factores de riesgo familiares. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(3), 11–28.
- Lara, F., Font, M. & Gerstener, R. (2016). En busca del sentido: proyecto de inclusión “DES-VINCÚLA-T” de la PUCE-SD1. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(2), 1–20.
- Leal-López, E., Sánchez-Queija, I. & Moreno, C. (2019). Tendencias en el consumo de tabaco adolescente en España (2002–2018). *Adicciones*, 31(4).
- Lloret, D., Morell-Gomis, R., Lagüa, A. & Moriano, J. (2018). Diseño y validación de una escala de intención de consumo de cannabis (CUIQ) para adolescentes. *Adicciones*, 30(1).
- Luna-Fabritius, A. (2015, septiembre–diciembre). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, No.225, 21–44. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v60n225/0185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf>
- Martín-Fernández, M., Matalí, J., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M. & Castellano-Tejedor, C. (2017). Adolescentes con trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, 29(2), 125–133.
- Martínez-Ferrer, B. & Moreno, D. (2017). Dependencia de las redes sociales virtuales y violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 105–114.
- Martínez-Mota, L., Jiménez-Rubio, G., Hernández-Hernández, O. & Páez-Martínez, T. (2020). Tipos de violencia en la infancia que inciden en el abuso y dependencia de cannabis entre adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis. *Adicciones*, 32(1).
- Matalí, J., Andiñ, O., Pardo, M., Iniesta, R., Serrano, E. & San, L. (2016). Adolescentes y diagnóstico dual en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. *Adicciones*, 28(2), 71–79.

- Matalí, J., Simons, J., Pardo, M., Lleras, M., Pérez, A. & Andión, O. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española del Marihuana Motives Measure en población adolescente consumidora. *Adicciones*, 30(4).
- Mejía-Trujillo, J. (2017). Distintas familias, distintos consumos: relación de las dinámicas familiares con el consumo de alcohol en adolescentes en Colombia. *Hallazgos*, 14(28), 63–82.
- Meneses-Falcón, C., Charro, B., Uroz-Olivares, J. & Prieto-Ursúa, M. (2018). Consumo de alcohol de los adolescentes en Madrid: la influencia de la identidad étnica latinoamericana y nacional española. *Revista Española de Drogodependencia*, 43(3), 68–82.
- Menglong, L. & Liya, L. (2017, abril). La influencia de la adicción al teléfono móvil en la calidad de sueño de estudiantes secundarios dejados atrás: el rol mediador de la soledad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 71–81.
- Míguez, C. & Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillo y alcohol se relaciona con el consumo de cannabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8–16.
- Monk, R. & Heim, D. (2016). Expectativas relacionadas con el alcohol en adultos y adolescentes: semejanzas y diferencias. *Adicciones*, 28(1), 35–40.
- Montagud-Romero, S., Blanco-Gandía, M. C. & Rodríguez-Arias, M. (2016). Bullying y adicción a drogas: estudios en modelos animales. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(3).
- Montero, P., Reyes, M., Cardozo, F., Brown, E., Pérez, A., Mejía, J., Toro, J. & Paredes, M. (2020). Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2).
- Montes, M. (2018). De nuevo sobre la venta y consumo de bebidas alcohólicas a menores en el Derecho español. *Revista Española de Drogodependencia*, 43(3), 83–95.
- Moreno, N. & Palomar, J. (2017). Factores familiares psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141–151.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989) Convención de los Derechos del Niño. https://www.acnur.org/mx/media/convencion-sobre-los-derechos-del-nino?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAloavBhBOEiwAbtAJO39lUn2rZWxE5RUPRSSyxITogDRlBjkrASE10rDyk3x16-dmpJHhBoCNuYQAvD_BwE
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad de España.
- Orte, C., Valero, M., Fernández, M. & Pozo, R. (2018). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencia*, 43(2), 9–28.
- Pinto, P. (1998, enero-diciembre). Las drogas en la historia. *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol.13. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4217/5873>
- Puebla-Nuñez, E. & Duarte-Briceño, E. (2016). Consumo de drogas y violencia escolar: diagnóstico de los alumnos en una secundaria pública urbana. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(3).
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española (edición del tricentenario)*. <https://dle.rae.es/?w=adicci%C3%B3n>
- Rial, A., Golpe, A., Barreiro, C., Gómez, P. & Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52–62.
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. & Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de uso problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27(1).

- Rial, A., Gregor, B., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. & Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1).
- Rial, A., Kim, S., Knighth, J., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. & Golpe, A. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160-169.
- Rial Boubeta, A., Golpe Ferreiro, S., Gómez Salgado, P. & Barreiro Couto, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. *Salud y drogas*, 15(1), 25-38.
- Rojas-Jara, C., Henríquez, F., Sanhuesa, F., Núñez, P., Inostroza, E., Solís, A. & Contreras, D. (2018). Adicción a Internet y uso de redes sociales en adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencia*, 43(4), 40-54.
- Romo-Áviles, N., Marcos-Marcos, J., Gil-García, E., Marquina-Márquez, A. & Tarragona-Camacho, A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*, 40(1), 13-28.
- Rubio, H. & Rubio, A. (2006, octubre-diciembre). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Segunda Época*, 19(4), 297-300. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a13.pdf>
- Sáenz-Lussagnet, J., Rico-Villademoros, F. & Luque-Romero, L. (2019). Consumo de pipas de agua y cigarrillos entre adolescentes de Sevilla (España): prevalencia y potenciales determinantes. *Adicciones*, 31(2).
- Secretaría de Gobernación. (2000, 7 de abril). Decreto por el que se declara reformado y adicionado el artículo 40. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2053045&fecha=07/04/2000#gsc.tab=0
- Secretaría de Gobernación. (2011, 12 de octubre). Decreto por el que se adiciona un párrafo décimo al artículo 40. y se reforma la fracción XXIX-J del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5213825&fecha=12/10/2011#gsc.tab=0
- Serrano Villalobos, O., Martínez, L. & Niño González, J. I. (2018). Tecno-adicción al sexo en la población juvenil: Propuesta de ítems para el diseño de una escala de detección y cribado. *Revista Latina de Comunicación Social*, No.73, 115-132.
- Siguencia, R. & Fernández, G. (2017). *Nivel de adicción al Internet y comportamiento adictivo de los niños de sexto y séptimo grado de la escuela Carlos Crespi* [Tesis carrera de enfermería, Universidad de Cuenca, Ecuador]. Repositorio Institucional. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26956>
- Solórzano-Torres, F., Narváez, A., Alvarado-Villa, G., Silva-Calle, X., Guerrero-Solórzano, J., Poveda-Icaza, X., Cabrera-Donoso, D., Perafán-Javela, K., Santana-Torres, J., Ledesma, P., Torres, J., Dib-Fayad, S., Borbor, M., Romero, E. & Proaño, C. (2016, enero-abril). La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Ciencia UNEMI*, 9(17), 85-91.
- Soto, A., de Miguel, N. & Pérez Díaz, V. (2018). Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación. *Papeles del Psicólogo*, 39(2).
- Tapia, D. (Coord.) (2016). *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. UNAM.

- Tegoma-Ruiz, V. & Cortaza-Ramírez, L. (2016, octubre-diciembre). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 239-245.
- Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbé, S., Barrio, G., Brugal, M., Belza, M. & Espelet, A. (2019). Factores individuales y contextuales relacionados con el binge drinking en adolescentes españoles: un enfoque multinivel. *Adicciones*, 31(1), 41-51.
- Telumbre, J., Pimentel, J., López, M., Sánchez-Jaimes, B. & Fuentes, L. (2015). Motivos para el consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Revista Española de Drogodependencia*, 40(2), 72-83.
- Vallés, A., Pedrosa, E., Verdú, F. & Tàpia, F. (2016). Aprender a comunicar: prevención familiar en el ámbito local. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(2), 90-105.
- Vilaplana, S., Fernández, A. & Rueda, V. (2017). Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. *Medisur*, 15(2), 217-228.
- Villalobos, R., Valera, M., Mondragón, I. & Tapia, C. (2016). El cerebro inundado con drogas. En T. Tapia (Coord.), *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. Universidad Autónoma de México.
- Zepeda, J. (2017, 16 de octubre). El malvivir. *El Informador*, 4-A.

Adicciones en niños y niñas. Vivir y sobrevivir, un juego de nunca acabar

ANA ARACELI NAVARRO BECERRA

El objetivo de este capítulo es dar cuenta de los principales temas estudiados en torno a las adicciones en niños y niñas, para ello se recurrió a una revisión de 71 documentos, en su mayoría académicos, aunque también se incluyeron artículos de difusión, notas periodísticas y publicaciones en *blogs* especializados en el tema de familia o adicciones.

El tema de los niños, niñas y adicciones es de suma complejidad al mostrar la multiplicidad de aristas que interconectan a la niñez¹ con las adicciones. En principio, resulta un tanto difícil delimitar el periodo considerado como “niñez” o “infancia”, muchos autores no explicitan el término. En unos trabajos se encontró que la infancia se concibe con apego a los Derechos Humanos y los Derechos de las Niñas y los Niños donde se considera un periodo desde los cero años hasta los 18, y otros más, se apegan a una perspectiva bio-psico-social donde se considera que durante la infancia son cuidados y protegidos por el seno familiar y es ahí donde aprenden habilidades para la convivencia social. Este aspecto ha facilitado que se considere que el problema de las adicciones es responsabilidad de la familia; esta percepción de necesidad de cuidados coloca en muchas ocasiones a los infantes como sujetos sin voz; mientras que en muy pocas ocasiones, se reconoce su capacidad para la toma de decisiones.

A simple vista, en cuanto al tema de las adicciones, parece que la mayor parte de esta problemática reside en el consumo de drogas, pero no es así, las denominadas “nuevas adicciones” están mostrando presencia en la alimentación, los juegos en línea, los video juegos, el uso de Internet, el consumo de alimentos, entre otros ámbitos, que permiten entrever aspectos emocionales como la soledad y la tristeza en los niños, donde las adicciones son un medio para ocultar las carencias afectivas, su soledad o su codependencia.

En relación con los niños, niñas y drogas, resaltan varias líneas de estudio; una de ellas es el consumo de sustancias como una estrategia de sobrevivencia en una situación de calle y como parte de un sentido de pertenencia en los grupos. Otra vertiente se enfoca al consumo de sustancias como un medio para convertir a la niñez en armas humanas, a quienes se les suele denominar “niños-soldados”, reclutados por algunos grupos guerrilleros para participar en conflictos bélicos. También está otra línea de indagación que puntualiza en las consecuencias bio-neuro-psicológicas en los bebés durante la gestación y algunos años posteriores al nacimiento como resultado del consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo. Asimismo, resalta una ruta de estudio en la administración de medicamentos controlados para la atención de enfermedades en infantes.

1. En lo sucesivo, se hará referencia a niñez, infantes, menores, niños y niñas de manera indistinta con la intención de evitar las repeticiones a sabiendas de que cada término tiene su particularidad.

Ante esta diversidad de problemáticas, el tema de las adicciones no siempre ha sido el eje central sino que en algunas ocasiones ha resultado ser adyacente. En particular, el asunto de las drogas está entretelado con las carencias afectivas, la situación de abandono, violencia verbal, física, institucional, simbólica, prostitución, reclutamiento de soldados y afectaciones cuando la madre consume sustancias durante el embarazo. Este mapa muestra que las adicciones están presentes en muchos niños y niñas, quienes viven y sobreviven en un mundo que les atribuye derechos, pero que de manera paradójica no suelen ser respetados. En muchos casos, la niñez no suele tener voz o por lo menos esta no es reconocida por algunos actores sociales, entre ellos el estado, la familia y parte de la sociedad civil.

Enmarcar la problemática de las adicciones en el contexto actual ayuda a comprender las condiciones de vida de estos niños y niñas desde una perspectiva de la complejidad. Puesto que, si bien es cierto que se hace hincapié en el consumo de drogas, también es cierto que están emergiendo adicciones que hasta hace poco tiempo no eran consideradas como tal, pero que a la luz de mirarlas como procesos adictivos, evidencian problemas emocionales, de afecto y dificultad para establecer relaciones interpersonales.

Cabe mencionar que sí hay esfuerzos orientados a atender y prevenir las adicciones en los menores, pero, de nueva cuenta, la mayoría de las iniciativas puntualizan en el consumo de drogas. Asimismo, algunas estrategias conciben a la familia como punto de partida para prevenir el consumo de sustancias en los infantes, otras más consideran que la problemática requiere de una colaboración entre la familia y profesionales —en especial educativos y de la salud—, también se reconocen los límites y los alcances respecto a la atención que ellos pueden brindar resaltando que ante la necesidad de un proceso de rehabilitación, es mejor recurrir a instancias que atienden esa problemática, entre ellos está Alcohólicos Anónimos.

Para finalizar este panorama general es preciso reconocer la diversidad de temas aledaños a la problemática de la niñez y las adicciones. Aunque prevalece la centralidad del consumo de drogas en niños y niñas de zonas marginadas y otras más en situaciones de calle, las investigaciones realizadas en entornos escolares y los temas emergentes como la adicción a la comida, la relación entre la obesidad y las mascotas, comienzan a abrir la cancha para desmitificar la idea —un tanto generalizada por la atención de los estudios encontrados— de que las adicciones se presentan en ciertas condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad en la población infantil o bien, son las problemáticas que hasta el momento han sido visibilizadas y en algunos casos, atendidas mediante programas de intervención o de prevención.

También se realizan estudios enfocados a la adicción durante la etapa de gestación para dar cuenta de las posibles consecuencias a nivel neuronal, biológico y psicológico en detrimento de sus capacidades cognitivas, psicomotoras y de socialización. Asimismo, hay un seguimiento al crecimiento biológico de infantes, hijos de mujeres que consumieron drogas durante el embarazo. Un tema que ha salido a la luz es el reclutamiento de los niños por parte de grupos criminales, aunque no es una práctica nueva, poco a poco se ha ido visibilizando con mayor ímpetu.

Sin duda, las consecuencias de las conductas adictivas ya sean propias o tangenciales como sucede con los fetos y con el reclutamiento de niños, muestran escenarios y complejidades emergentes que ponen en la mesa de discusión el proceso adictivo amalgamado por carencias de tipo afectivo, económico, emocional y relacional, así como la falta de atención y compromiso por las instituciones, el Estado y la sociedad civil.

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, el eje de atención comienza a moverse, de estar centrado en el consumo, se desliza hacia otros ámbitos de vida y hacia otros rasgos

de la configuración identitaria del sujeto. Dentro de estos posicionamientos del objeto de estudio y del apoyo de las prácticas disciplinares enfocados al tema de la niñez y la adicción, es preciso revisar la manera en que son concebidos estos términos por algunos investigadores, esta discusión marca la pauta para reconocer el posicionamiento epistemológico tanto de los sujetos como de las adicciones.

Para dar cuenta de estas distintas temáticas de la niñez y las adicciones, el capítulo inicia con la discusión conceptual tanto del término de *niñez* como de *adicciones* a partir de las definiciones explicitadas por investigadores y profesionales en los textos revisados.

Enseguida, el apartado “Una niñez con derechos, pero sin voz” describe la posición epistemológica de los infantes en unos avances de investigación y en algunas estrategias de intervención. Luego se da paso a “Las adicciones en la niñez, una estrategia para vivir y sobrevivir” que muestra una mirada agencial de los infantes donde participan las adicciones.

Posteriormente se presenta “Las adicciones están en ti y en mí”, aquí se describen los trabajos relacionados con el consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo, así como algunas costumbres de los padres hacia los hijos, relacionadas con procesos adictivos.

El apartado “Yo no busqué las drogas” abarca los trabajos relacionados con la intoxicación de drogas en los menores y la imposición de consumo de sustancias. Se prosigue con “Las drogas en la niñez, ¿una alternativa para la salud?”, para dar cuenta de los estudios realizados en torno a la medicina y la administración de medicamentos controlados para atender algunas enfermedades en los infantes. Las estrategias de prevención y atención de las adicciones; y las conclusiones conforman la última parte de este análisis.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA NIÑEZ Y LAS ADICCIONES

El objetivo de este apartado es explorar la manera en que se ha conceptualizado la niñez y las adicciones en los distintos trabajos consultados. Es importante mencionar que son pocos los investigadores que explicitan la manera en que conciben a la niñez. Tal parece que se trata de un lugar común que no merece ser explicitado y que en la definición de niñez no cabe la confusión. Para efectos de este diálogo documentado, el hecho de saber cómo algunos autores entienden la niñez permite entrever la manera en que les otorgan o no la capacidad para tomar decisiones, puesto que en muchos casos se aprecia una postura que victimiza a los niños y niñas.

De acuerdo con el origen etimológico de *niñez*, la palabra proviene de un tipo romance antiguo *ninnus*, voz de creación expresiva. Por otra parte, la palabra *infancia* procede del latín *infans* o “incapaz de hablar”, derivado de *fari*: hablar (Corominas, 1961). Desde el punto de vista de Brasesco (2011), el concepto de infancia se inscribe etimológicamente en una dimensión de fragilidad, ya que infancia proviene de *in-fari*, que no puede hablar, significado que alude a una infancia hablada y legitimada por otros, explicada y descifrada por adultos, sin los cuales el niño no podría existir. De ahí que en varios documentos se consideren a los niños y a las niñas como sujetos sin voz. Desde el origen de la palabra, según Brasesco (2011), se concibe al niño como enmudecido. También el término de *niño* se asocia a una figura débil, inmadura desde el punto de vista biológico e inexperimentada, en oposición a los significados otorgados a la figura del adulto.

Dentro de las concepciones de algunos autores acerca de la niñez destaca la perspectiva de los Derechos Humanos, tal como la conciben algunos organismos internacionales, quienes consideran la niñez desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (ONU, 1989; Unicef, 1989,

citados en Pantoja & Añaños, 2010). Esta perspectiva es similar a la pronunciada por Gómez (2014), quien retoma el artículo 1º de la Convención de los Derechos del Niño, donde se menciona que, “por niño se entenderá toda persona menor de 18 años”. Esta postura, aunque se centra en una edad biológica donde sí se reconocen sus derechos, estos son distintos una vez que se cumple una edad en la que se pueda ser independiente en términos políticos y legales.

Otros investigadores parten de una mirada sociopsicológica al apuntar que se trata de un periodo caracterizado por la dependencia a los adultos para cubrir sus necesidades de alimento y convivencia social. Se puntualiza en que la niñez es una etapa donde está presente la socialización primaria y la educación para convivir con el entorno, puesto que se aprenden y adquieren las principales habilidades y destrezas para la vida. La socialización se refiere al aprendizaje formal e informal de las normas, valores, usos, costumbres, conocimientos básicos, sentimientos, actitudes, etcétera, del grupo social en el que se ha nacido (Pantoja & Añaños, 2010).

Incluso se menciona a la familia como un núcleo fundamental para estos aprendizajes de vida (Cabrera, 2012). Otra mirada desde lo psicosocial es la que considera a la niñez como un periodo vulnerable de aprendizaje caracterizado por la desinformación ante las consecuencias que trae consigo el consumo de drogas (Fernandes & Sánchez, 2015).

Aun cuando prevalecen las miradas que consideran a la niñez como sujetos necesitados de cuidados, atención y socialización, hay posturas como la de Ariel Gustavo Forselledo (2002) quien considera que los niños y las niñas tienen derechos de forma independiente a la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, las creencias, condición social, económica o impedimentos físicos. Estos derechos están apegados a la noción de “interés superior del niño” el cual se refiere al derecho al bienestar integral durante la infancia. El derecho al desarrollo integral de la niñez implica un crecimiento físico o biológico, psicológico, mental o cognitivo y afectivo. Desde esta perspectiva, la atención y cuidado de la niñez es tarea de la familia, el Estado y la comunidad.

No obstante la declaración de derechos humanos, es necesario tener presente que hay ámbitos como las adicciones donde los niños y las niñas están involucrados de distintas maneras. En parte, debido a que no están exentos de vivir en una dinámica sociocultural que favorece el consumo, ya que las adicciones no son una decisión individual y aislada sino que hay referentes en el entorno inmediato que facilitan las adicciones.

Hablando de adicciones

La mayoría de los estudios revisados se enfocan en las drogas más que en las adicciones, y cuando se trabajan las adicciones, en muchos casos, estas no son definidas. En este caso es conveniente partir de las adicciones por ser un término más amplio y complejo. De acuerdo con Urrea (1993), la adicción es parte de un aprendizaje directo o modelado por algunas influencias de personas que consumen; esta situación se relaciona con las actitudes, expectativas, creencias y costumbres de los sujetos aprendidas como parte del entorno. De manera que se establece una especie de ligazón entre la interdependencia continua, el entorno y la conducta del sujeto.

Una parte de las adicciones es el consumo y la dependencia a las drogas. Al respecto, Urrea (1993) considera el consumo de drogas como una “conducta de intoxicación voluntaria”, esto presupone un comportamiento que puede cambiar, desaparecer, etcétera. Urrea (1993) utiliza el concepto de “conducta” para referirse a las actividades fisiológicas, motoras, mentales y

verbales que las personas llevan a cabo para pertenecer a un contexto. Estas actividades están acompañadas de motivaciones, expectativas y significados tanto personales como grupales.

Algunos autores, entre ellos Porras (2018), retomaron el término de “droga” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la considera como “sustancias que producen dependencia”, y se refiere a un uso no médico de sustancias que producen cambios de percepción, estados de ánimo alterados y cambios de comportamiento en las personas. Desde una mirada clínica, apunta Porras (2018), la droga tiene cuatro condiciones: una vez introducida en el organismo causa modificaciones psíquicas, induce a un consumo gracias a la sensación de placer o de recompensa que produce, facilita la dependencia hacia el consumo y la sustancia puede usarse para fines no terapéuticos.

El consumo de drogas es un tema que ha sido estudiado de forma amplia por el sector salud, entre ellos la Psiquiatría. De acuerdo con el Real Colegio de Psiquiatras Británico (citado en Porras, 2018), considera que el abuso de sustancias consiste en cualquier consumo de droga que dañe la salud física y mental de las personas, ya sea sola o en un grupo; el uso de la sustancia aumenta en cantidad y frecuencia de consumo. Por esta razón es que se suele denominar como “dependencia”.

La dependencia, siguiendo con la nomenclatura que utiliza la OMS (citado en Porras, 2018, p.23), se refiere a un “conjunto de manifestaciones comportamentales, fisiológicas y cognitivas” a causa de un consumo frecuente, eso incluye el deseo intenso de consumir pese a las consecuencias que trae consigo en términos individuales como relacionales. Además, el consumo se vuelve una prioridad en la vida. Precisamente, este deseo intenso de consumo se denomina *craving* y es considerado como una serie de estados fisiológicos y psicológicos que incitan a la búsqueda y consumo de la sustancia (Porras, 2018). De acuerdo con Porras (2018), el *craving* genera un impulso por consumir e interviene en la dependencia de los sujetos a las sustancias.

Para finalizar este apartado es preciso hacer hincapié en que en los trabajos consultados, la niñez se ha conceptualizado como una condición de sujetos que requieren atención desde la parte biológica donde hay una dependencia por la sobrevivencia, pasando por un periodo de socialización que facilita la convivencia con los demás y con su entorno. Asimismo, se puntualiza en que la niñez es una etapa de vida atravesada por el factor biológico de la edad, en la cual, si bien es cierto que algunos autores reconocen que se trata de un proceso de aprendizaje y de cuidado, también es cierto que su condición etaria no lo exime de tener derechos.

Por otro lado, la niñez —al tratarse de una condición asumida como “dependencia”— se retoma a la familia como un referente inmediato en el proceso de cuidado, atención y aprendizaje. Otros autores reconocen que esta tarea no solo debe ser atendida por la familia sino más bien desde una perspectiva comunitaria que incluya al estado, a la sociedad civil y a la familia. Desde estas miradas, sobresale que la niñez es una etapa donde los sujetos tienden más a ser receptivos y dependientes.

Esta postura es muy importante al relacionar a la niñez con las adicciones, puesto que algunos trabajos las conciben como un aprendizaje teniendo como referente a las personas que consumen y forman parte de su entorno. Esta manera de entender las adicciones tiene implícita la idea de que pueden naturalizarse bajo ciertas condiciones y son aceptadas tanto de manera individual como en el grupo de referencia. Desde esta perspectiva, las adicciones son relacionales y distan de centrarse solo en una decisión personal.

Es importante señalar que las adicciones ofrecen un amplio abanico de modalidades, pero en los documentos revisados que explicitan los términos de adicciones, se enfocan al consumo de drogas, concibiéndolas desde una perspectiva biologicista que pondera las consecuencias neuro-bio-psicológicas como sucede con las afectaciones en el organismo y los cambios conductuales. Los cuales aumentan de manera progresiva conforme se incrementa la ingesta de sustancias y la dependencia a partir de los impulsos por el consumo.

Al entretejer la manera de concebir a la niñez y la forma en que se entienden las adicciones, en particular en el caso de la droga, se muestra un proceso de aprendizaje que tiende en principio a ser relacional, donde los infantes son más bien receptivos y proclives a practicar conductas que no racionalizan. Esta premisa se liga con la idea de que durante la niñez, aun cuando los infantes son sujetos de derecho, el acento está puesto en la necesidad de atención y cuidado. Unos pocos textos reconocen en los niños y niñas la capacidad para tomar decisiones. Enseguida se desarrollan esas dos grandes vertientes: una niñez sin voz y, las niñas y los niños como agentes sociales.

UNA NIÑEZ CON DERECHOS, PERO SIN VOZ

Una característica presente en gran parte de los documentos revisados es la tendencia a considerar a los niños sin voz. Usualmente los investigadores o los adultos con quienes viven y conviven dan cuenta de las condiciones de vida y de trabajo de estos niños. Los adultos son quienes —desde la lejanía del entendimiento y de las vivencias de los niños— estructuran las razones por las cuales se comportan de una manera u otra y deciden si los niños y las niñas deben o no recibir apoyos, atención o ayuda. Esto también vale para el ejercicio de los derechos de la niñez, pues al parecer no todos tienen acceso a ellos, o bien, no cuentan con las condiciones para ponerlos en práctica ante la falta de un puente que permita conectar estos derechos con el ejercicio de estos, también sucede que los adultos son quienes encajillan la situación socioeconómica de los infantes y los perciben como sujetos violentados, necesitados y en ocasiones invisibilizados. Estas condiciones no son puestas a discusión para proveer de ayuda sino que suelen ser consideradas para no otorgarla.

De ahí que en varias ocasiones, a las condiciones de vida de los niños en situación de calle se les considere como parte de las “poblaciones ocultas” denominadas así por no ser reconocidas o merecedoras de atención por parte de las instituciones, el estado e incluso por la misma comunidad (Romero, Rodríguez, Durand-Smith & Aguilera, 2004). A decir de Kameniecki (2014), esto sucede porque en la sociedad existen dos infancias, una de ellas es la que tiene acceso a los bienes y a la cultura, mientras que la otra infancia se encuentra en situación de exclusión, marginada, marginal y segregada porque no tiene acceso a los bienes.

Es frecuente que los niños y las niñas en estas condiciones formen parte de las denominadas “poblaciones vulnerables”, entendidas como aquellas condiciones sociales que sitúan a las personas en desventaja frente otras. Esta desventaja se relaciona con la posición socioeconómica, la escolaridad y la etnia, también se asocia a condiciones subjetivas de estatus social y género (Gómez, 2014).

Parte de estas “poblaciones ocultas” que conforman las “poblaciones vulnerables” están los llamados “niños de la calle”, “niños en la calle”, “niños en situación de calle”, “menores sin lugar fijo de residencia u ocupación”, “menores en vía pública”, “menores que sobreviven en situación de calle” y “menores callejeros” (Medina-Mora et al., s.f.; Medina-Mora & Castro,

1984, citados en Romero et al., 2004). Una característica de estos infantes es la situación de abandono, condiciones de vida inseguras, daño físico (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004; Cabrera, 2012), la ausencia de un entorno familiar, es decir, sin integrantes consanguíneos encargados de su cuidado y atención que les facilite su crecimiento personal y, el hecho de vivir en las calles.

Además, a causa de estas situaciones, algunos de estos niños y niñas viven en las estaciones del metro, en las terminales de autobuses, debajo de un puente o dentro de una alcantarilla (Domínguez, Romero & Paul, 2000), ya sea porque huyeron de su casa, son huérfanos, migrantes, refugiados o desplazados (Forselledo, 2002).

A ello se agrega que la actividad laboral que realizan por ser informal no se encuentra dentro del marco de trabajo protegido ni digno (Gómez, 2014). Algunas de estas actividades no cuentan con una aceptación social legitimada, como suele ser la prostitución, el malabarismo y los limpiaparabrisas —solo por mencionar algunos— que les permita ser reconocidos como habitantes legítimos y dignos del mundo.

En ocasiones, algunos niños y niñas con estas condiciones de vida son victimizados debido a la negación o falta de oportunidades para afrontar las consecuencias de vivir en la calle, como consumir droga o realizar actividades ilícitas, por ejemplo (Fernandes & Sánchez, 2015). También las niñas y los niños suelen ser victimizados por las circunstancias en las cuales han crecido, tal es el caso de la pobreza, la violencia, la falta de oportunidades educativas, laborales, sociales, culturales y el debilitamiento —o ausencia— de vínculos afectivos en la familia (Gillmore, Wells, Simpson, Morrison, Hoppe & Wilsdon, 1998; Thomas, 2000; Obando & Sáenz, 2000; Gómez, 2014; Kameniecki, 2014).

A partir de este panorama, suele suceder que se ponga atención en el consumo de drogas en esta población de niños y niñas, así como en las consecuencias que traen consigo para ellos y para su entorno, puesto que esto los lleva a cometer actividades ilícitas, generando un ambiente de inseguridad (De la Garza & De la Vega, 1985). Además de estas condiciones, parte de victimizarlos responde a la sumatoria de características de vulnerabilidad como: ser niños y niñas, estar en condición de pobreza, falta de información, no tener acceso a espacios educativos ni formativos que les permita pertenecer a un grupo social de manera digna. A ello se añade que puede influir el género, la etnia y las condiciones particulares que los llevaron a salir de casa, así como la decisión de consumir drogas, pues en conjunto, parece que es un castigo que con frecuencia es sancionado mediante la invisibilidad, el ocultamiento, la indiferencia y el desprecio social.

Aun así, no todos los trabajos colocan el lente para “mirar desde afuera” sino que se acercan a las experiencias de los niños y de las niñas para comprender sus actitudes y toma de decisiones, para escucharlos, entenderlos y, de forma eventual, atenderlos, puesto que los niños y las niñas tienen la facultad de tomar decisiones en un mundo que insiste en que sorteen obstáculos y afronten dificultades, no para ganar en la vida sino para sobrevivir en ella y a ella.

LAS ADICCIONES EN LA NIÑEZ, UNA ESTRATEGIA PARA VIVIR Y SOBREVIVIR

Un gran número de trabajos donde se relaciona a la niñez y las adicciones se refieren a las niñas y los niños que han pasado por “experiencias infantiles adversas”, entendidas como aquellas que tienen una connotación negativa para quienes las experimentan y pueden influir en su comportamiento en el corto y mediano plazo (Izquierdo, 2019), entre

ellas está vivir en un ambiente de violencia, abandono, tener una condición de migrantes, desplazados o refugiados.

Para muchos de ellos, las condiciones de vida se precarizan de manera progresiva al grado de tener que tomar decisiones para vivir en un entorno que no les ayuda ni les favorece. De manera que comienzan a entretener estrategias, alianzas, convenios y vínculos con otros, quienes tienen condiciones similares a las suyas. Esto es muy notorio en algunos menores y su adicción a las drogas.

El consumo de droga como recurso para evadir situaciones de abuso y riesgo

La vida cotidiana se asemeja a una caja de pandora que contiene un sinnúmero de batallas por lidiar. Muestra de ello son las niñas explotadas sexualmente y obligadas a prostituirse en colonias populares, quienes están expuestas a enfermedades sexuales, maternidad temprana, maternidad no deseada, trata, secuestro y violaciones (Gómez, 2014). A decir de Gómez (2014), en estas condiciones, algunas niñas consumen drogas como un recurso para evadir una realidad que a diario les provee de abusos sexuales, chantajes y amenazas, ya sea por quienes las coordina, por los clientes e incluso por los vecinos del lugar. Además de eso, conviven con el estigma de ser consideradas como flojas, rebeldes y putas.

En cuanto a los riesgos y los abusos, también están los que presentan los “niños en situación de calle” entendidos como “los niños y niñas menores de 18 años que hacen de la calle su hábitat principal y desarrollan en ella estrategias de supervivencia” (Cabrera, 2012, p.17). Estos niños y niñas recurren al consumo de drogas para enfrentar los abusos policíacos, puesto que los han privado de la libertad de manera arbitraria, les quitan la droga, los golpean y los embodegan. En este caso, el consumo de droga les brinda fuerza y valentía para enfrentar a los elementos policiales (Guillén, 2012; Domínguez, Romero & Paul, 2000).

El consumo de droga como alternativa ante la falta de alimento, resguardo frente al frío y necesidad de estar alerta durante la noche

Dentro de este grupo de niños en situación de calle, también sobresale el consumo de sustancias como un recurso ante la falta de alimento y como alternativa para afrontar las inclemencias del tiempo. Desde esta perspectiva, algunos autores, entre ellos Cabrera (2012) y Guillén (2012) sostienen que las niñas y niños en situación de calle recurren a la inhalación de sustancias para calmar el hambre y también para no sentir frío. Estos autores agregan que algunos de estos niños refieren consumir sustancias para no dormir y mantenerse alerta ante los peligros que implica la noche como el enfrentamiento entre grupos o el abuso de elementos policiales, por ejemplo.

Consumo de drogas y sentido de pertenencia

Otro de los matices que presenta el consumo de drogas en los niños y niñas en situación de calle es que forma parte de un proceso de seguridad, solidaridad y sentido de pertenencia, puesto que los hace formar parte de un grupo social, ya que se entretienen dinámicas en las cuales está presente el consumo de sustancias, lo cual sirve para reforzar lazos de solidaridad, ayuda y cuidado. En estas circunstancias es común el intercambio de ideas para robar, drogarse,

organizarse para conseguir comida, comprar la droga, repartirla entre el grupo, administrarla y guardarla, así como estar vigilante ante los peligros y los riesgos que puedan presentarse.

El consumo es una de las similitudes que comparten y participa en la conformación de una comunidad con un lenguaje donde las palabras tienen significados particulares que les sirven de clave para expresar peligros, situaciones, actividades o sentimientos. En algunas ocasiones, este ambiente donde el consumo de droga es un rasgo compartido, varios infantes encuentran un lugar para habitar y una familia a la cual pertenecer (Cabrera, 2012; Guillén, 2012; Gutiérrez & Vega, 1995; Domínguez, Romero & Paul, 2000).

Las adicciones para llenar vacíos

Hay adicciones que funcionan como un recurso para cubrir carencias. Así sucede con algunos niños y niñas adictos a los juegos por computadoras ocasionados por un sentimiento de *soledad*, entendida como un “estado mental desagradable cuando se reconoce la diferencia entre la relación social existente del individuo y la relación social en la que quiere estar” (Kök & Örsal, 2018); de acuerdo con estos autores, la soledad es un indicador de deficiencias relacionales y de las escasas habilidades para establecer relaciones de manera interpersonal cara a cara, por esa razón es que algunos menores de entre 9 y 10 años prefieren enfocarse en los juegos y no en socializar. Situación parecida sucede con los infantes adictos a Internet, quienes lo usan como un distractor de circunstancias personales debido a la falta de autocontrol sobre algunas situaciones individuales y familiares (Moon, Koo & Park, 2005).

Las adicciones y la codependencia

Un rasgo emergente en las adicciones durante la niñez es la codependencia hacia las mascotas por medio de los alimentos que los infantes les proveen. Al respecto Pretlow y Corbee (2016) afirman que la obesidad en unos y otros se debe la excesiva cantidad de comida que los niños y niñas le dan a sus mascotas para obtener afecto de ellos, situación que facilita la “adicción a la alimentación”. Esta dinámica de codependencia es practicada también de padres a hijos, por lo que resulta fácil reproducirla con las mascotas. Asimismo, estos autores advierten que habrá ocasiones en las cuales no se trate solo de afecto sino de una falta de gestión emocional.

A partir de lo expuesto hasta el momento es posible reconocer que las adicciones muestran matices en cuanto a la condición de vida de niñas y niños. Ya sea que se trate de quienes están en situación de calle, ejerciendo la prostitución, enfocados a los videojuegos, a Internet o que tengan una relación de codependencia con sus mascotas.

Un rasgo que aparece de manera transversal en los niños y niñas es la presencia de las adicciones en la vida cotidiana y cierto margen de voluntad para consumir o realizar ciertas actividades. Asimismo, comienza a desmitificarse la idea de que la adicción es exclusiva de la población de pobreza, segregada socialmente y estigmatizada. En este sentido, se pone de relieve que las adicciones pueden estar presentes durante la niñez con distintos tintes de causas, manifestaciones y consecuencias, al tiempo que se evidencia cada vez más la presencia de un referente para ellos: un adicto, y con frecuencia, se trata de alguien cercano.

LAS ADICCIONES ESTÁN EN TI Y EN MÍ

La mayoría de las conductas adictivas suelen ser practicadas por personas cercanas a las niñas y a los niños, quienes las aprenden de ellos. Desde luego, esta situación merece mayor detenimiento. Por un lado, es probable que se trate de actitudes de padres a hijos. Por otro, los procesos adictivos pueden estar presentes desde la etapa de gestación cuando las madres son adictas; mientras que su consecuencia en el feto puede mostrar efectos visibles durante el periodo de embarazo y posterior al nacimiento. Así, un proceso adictivo o la consecuencia de este, no siempre implican una condición de voluntad y de decisión por parte del infante.

Alimentando las adicciones

En algunas ocasiones las conductas adictivas de los padres son aprendidas por los hijos mediante la práctica diaria. Un ejemplo de ello es la alimentación. Al respecto, se encontró que, de manera estrecha, la adicción está relacionada a la alimentación por parte de los padres con obesidad y las prácticas de alimentación en los hijos, quienes también son adictos a la comida y presentan obesidad (Burrows, Skinner, Joyner, Palmieri, Vaughan & Gearhat, 2017). En otras ocasiones, la alimentación está acompañada por una adicción de codependencia, tal como lo mostraron Pretlow y Corbee (2016) al afirmar que algunas relaciones entre padres e hijos están mediadas por un sistema donde se intercambia afecto por alimentos, mientras mayor sea la cantidad y la frecuencia de los alimentos, aumentará el afecto demostrado por los hijos hacia los padres. Esta práctica de codependencia también se presenta por parte de los infantes hacia sus mascotas.

En ciertos casos se trata de costumbres que se realizan al interior de la familia; en otros más, se ha demostrado que hay alimentos adictivos que perjudican la salud en términos psicológicos y neurológicos (Gearhardt, Roberto, Seamans, Corbin & Brownell, 2013). De tal manera que algunos alimentos favorecen una alimentación deficiente, situación que se agrava en términos de salud durante la niñez por ser una etapa temprana de desarrollo. Un rasgo importante es que Gearhardt, Roberto, Seamans, Corbin y Brownell (2013) al realizar su estudio, recurrieron a un instrumento para evaluar las conductas alimentarias que incluye ítems relacionados con procesos adictivos.

Tus adicciones me afectan

Algunas mujeres embarazadas consumen sustancias que afectan directamente al feto, las consecuencias de esto también pueden ser visibles después del nacimiento del bebé y durante sus primeros años de desarrollo. Al respecto, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) (s.f.a) afirma que algunas drogas como el alcohol, los analgésicos, la heroína o medicamentos para calmar la ansiedad o el sueño, pueden causar “síndrome de abstinencia neonatal” (SAN).

En este sentido, Calvo (2004) afirma que solo estar expuestos a drogas coloca a los bebés en periodo fetal a una situación de riesgo, propensos a tener complicaciones obstétricas y alteraciones neuroconductuales infantiles. Asimismo, sostiene que los bebés expuestos en su etapa prenatal a drogas pueden ser considerados como un caso especial de infancia en riesgo. En parte, porque la mayoría de los bebés expuestos a las drogas durante el periodo fetal presentan un déficit de la función ejecutiva (EF), propio de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) (Fuglestad, Whitley, Carlson, Boys, Eckerle, Fink & Wozniak, 2015).

Por otra parte, algunos niños y niñas durante la educación primaria han demostrado tener alguna discapacidad relacionada con el aprendizaje o la conducta, asociadas a la exposición intrauterina de madres que consumieron crack durante el embarazo (Elliott & Coker, 1991). Inclusive, a los bebés que fueron expuestos a consumo de crack por parte de las madres se les conoce como “*crack babies*” (Elliott & Coker, 1991; Mandagará De Oliveira, De Oliveira, Cardoso, Fredo & Erdmann, 2018) y suelen presentar una disminución de peso al nacer, algunos de ellos permanecen con bajo peso durante el primer año de vida, con perjuicios graves para la salud, entre ellos, problemas para comer y dormir, ver, oír, moverse, problemas de memoria, dificultades para poner atención y relacionarse con los demás (Mandagará et al., 2018; Reche, Ureña & Membrilla, 2018).

Las secuelas del consumo de drogas por parte de las madres en el periodo de gestación no se circunscriben a aspectos conductuales, de aprendizaje o neuronales sino también tienen implicaciones en la estructura biológica. En este estudio se encontró que los niños expuestos de forma prenatal a tóxicos presentan una reducción significativa del espesor medio de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) (Castillo, González, Prieto, Pérez, Altemir, Pablo & Pueyo, 2019).

Además de las afectaciones que registran los bebés de madres que consumen drogas, también hay un interés en estudios que comparan la salud de infantes que fueron expuestos a las drogas durante el periodo de gestación frente a los bebés de madres no consumidoras de sustancias. Entre estos estudios sobresalen los que puntualizan en el comportamiento y capacidades de niños y niñas (Metosky & Vondra, 1995), donde se encontró que los niños tienen niveles inapropiados de juego para su edad, con menos frecuencia y con periodos más cortos; además de mostrarse con mayor inestabilidad emocional frente al grupo que no fue expuesto a las drogas. Otra investigación comparativa se trata de bebés donde la madre consumió cocaína durante el embarazo y bebés con madres no consumidoras. Cohen, Anday, Kelley y Leitner (1989), autores de este estudio, encontraron disfunciones en el sistema nervioso central y un estado de hiperactividad relacionado con la abstinencia en los bebés del primer grupo.

Es importante reconocer que el consumo de sustancias por parte de las madres durante el embarazo tiene consecuencias en los primeros meses de edad del bebé y dar un seguimiento y un acompañamiento durante algunos años posteriores al nacimiento para estar al pendiente de que los infantes sean sometidos a evaluaciones físicas, revisión de la cartera de vacunación y tengan un adecuado desarrollo sensoriomotor (De Oliveira, Mandagará de Oliveira, Fredo, Erdmann & Cardoso, 2019).

Para cerrar este apartado conviene apuntar que los menores tienen la característica de “convivir con el enemigo”, pues sus padres son el referente que tienen de conductas relacionadas con las adicciones ya sea porque consumen medicamentos, sustancias o alimentos. En cualquiera de estos casos, se traslucen problemas emocionales, y en otros más, de dependencia. Un aspecto que llama la atención es el factor cultural porque si bien es cierto que hay una variabilidad de adicciones, es importante tomar en cuenta el entorno inmediato. Respecto a las consecuencias, estas se presentan a nivel neurológico, biológico, psicológico y relacional.

YO NO BUSQUÉ LAS DROGAS. INTOXICACIÓN ACCIDENTAL O IMPOSICIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

No siempre los infantes son quienes buscan la droga. En algunas ocasiones las ingieren por accidente, y en otras son provistas por terceros, quienes las suministran de manera obligatoria a los infantes con propósitos diversos. Respecto al primer punto, se encontraron estudios donde algunos autores —entre ellos Azkunaga, Crespo, Rodríguez–Pastor, Humayor y Mangione (2017)— destacan los registros de intoxicaciones de niños mayores de 3 años y menores de 12 que llegan a los servicios de urgencia pediátricos. Los autores apuntan que algunos menores se intoxicaron por consumir droga ilegal (cocaína y cannabis) a las que acceden porque sus padres son consumidores y advierten que con frecuencia, los menores tienen que ser atendidos en unidades destinadas a tratar pacientes críticos.

En algunos casos, se han presentado muertes por envenenamiento accidental de drogas, cuya ingesta ocurrió en el hogar. Entre las drogas consumidas sobresalen los analgésicos, los antipiréticos o antirreumáticos (Híjar, Blanco, Carrillo & Rascón, 1998), así como el clonazepam (40%) y los benzodiacepinas. También está presente el consumo de alcohol e inhalantes (Porrás, 2018). Tanto en el caso de los medicamentos como de las sustancias ingeridas, se subraya que esto sucede porque los padres son consumidores y no supervisan a sus hijos para que estos no tengan acceso a las drogas (Híjar, Blanco, Carrillo & Rascón, 1998; Porrás, 2018).

En cuanto al consumo de sustancias impuesto por terceros, sobresale que los grupos guerrilleros suelen reclutar a menores para que participen en los conflictos bélicos, a estos infantes se les conoce como “niños–soldado” (Gómez, 2020). A decir de Gómez (2020), una forma de someterlos e integrarlos a las filas del grupo es obligarlos a tomar drogas, entre ellas está la heroína, la *djamba* (marihuana) y el *Brown–brown*, una mezcla de pólvora y cocaína. Siguiendo con Gómez (2020), algunas de estas drogas son inyectadas por los guerrilleros a los menores en las venas o en las sienes para influir en sus capacidades cognitivas y neuronales. Cabe señalar que de acuerdo con Redondo (2008), la mayoría de ellos son menores de 10 años, quienes son forzados a ir a la guerra a combatir en puestos para detectar la presencia de tropas enemigas, ser guardaespaldas de sus jefes militares o son convertidos en esclavos sexuales.

A manera de reflexión de este apartado, resalta que las adicciones en los menores pueden ser una consecuencia de falta de atención o bien, una estrategia para convertirlos en armas humanas. Ambos casos coinciden en que los infantes no consumen drogas de manera voluntaria, o al menos no es posible afirmar que ellos las busquen inicialmente ni de manera consciente. De nueva cuenta, en este apartado sobresale la necesidad de enmarcar a las adicciones y a los menores en un contexto histórico–económico–sociocultural. Y, en algunos momentos, hacer énfasis en el entorno familiar, pues es ahí donde pueden presentarse las condiciones para facilitar las adicciones en los niños y las niñas. Así como en algunas ocasiones las drogas tienen efectos negativos en los menores, en determinados momentos pueden facilitar el control de una enfermedad.

LAS DROGAS EN LA NIÑEZ, ¿UNA ALTERNATIVA PARA LA SALUD?

Las drogas no siempre son consumidas por placer, estrategia, error ni por imposición; en ocasiones sucede que se trata del suministro de medicamentos controlados para atender enfermedades. Una de ellas es la incidencia de pancreatitis aguda grave, la cual es una patología

poco habitual en niños, pero que ha aumentado con relación al mayor uso de ciertas drogas, como el ácido valproico y la asparaginasa; en algunos niños evoluciona hacia la formación de pseudoquistes pancreáticos, los cuales deben ser removidos de manera quirúrgica (Vaca, Harris, Barriga, Castillo, Mesa, García & Varela, 2001).

En otros estudios se intenta dar cuenta de la eficacia y tolerabilidad de algunos medicamentos como el vigabatrin en pacientes pediátricos, con síndromes epilépticos refractarios al tratamiento tradicional, como droga agregada, sin modificar el esquema terapéutico anterior (Fejerman, Caraballo & Tenenbaum, 1994). Estos autores encontraron que el vigabatrin tiene mayor eficacia en los pacientes con epilepsias parciales criptogénicas y sintomáticas, por lo que se puede considerar al vigabatrin como una alternativa útil en el tratamiento de los síndromes epilépticos refractarios en la infancia (AU).

Para finalizar este rubro, es posible entrever el interés de algunos investigadores por indagar acerca del efecto de algunos medicamentos controlados, los cuales son administrados a infantes que padecen alguna enfermedad. La incursión del tema de algunos medicamentos considerados como drogas legales abona a la discusión de las adicciones en los infantes; puesto que, aun cuando la ingesta de un medicamento controlado no deriva en una adicción, se trata de un proceso en el cuerpo orientado a influir en el funcionamiento de algunos órganos. Asimismo, esta administración de sustancias supone el consentimiento de los padres o de los tutores, dejando de nueva cuenta a niñas y a niños sin voz para anteponer su derecho a la vida y a la salud. En otro orden de ideas, en algunas circunstancias cuando se habla de adicciones en los menores, se han presentado algunas opciones de atención y de prevención.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En el tema de prevención y atención de adicciones en niños y niñas se encontraron trabajos, programas e iniciativas orientadas a la atención, en particular de drogas. Sobresalen los padres como figuras centrales para alertar e informar a los menores de los riesgos de consumir drogas. Entre los temas más recurrentes están los relacionados con el amor, la atención, el cuidado en la familia y estar alerta de las amistades. Entre los temas también destacan los efectos de las drogas en el organismo y el reconocimiento de las emociones.

La situación de los menores también es un aspecto que considerar, ya que tiene su particularidad cuando se trata de niños en situación de calle, o niños escolarizados, solo por mencionar algunos. En este sentido, Pantoja y Añaños (2010) consideran que en temas de prevención es necesario diseñar programas como si fuesen “trajes a medida”, con la intención de que se apeguen y atiendan necesidades de los menores en sus situaciones concretas. A continuación, se describen algunas particularidades en el tema de prevención y atención a menores.

Las relaciones familiares como estrategia de prevención

Proliferan las recomendaciones en la familia enfocadas a los padres de brindar amor a los hijos, inculcarles la práctica de valores y mantener una comunicación abierta donde esté presente la comprensión, la escucha y la confianza entre padres e hijos. También está poner límites de manera firme a los hijos, enseñarlos a sentirse seguros y a autocuidarse, practicar deporte y restringir los programas de televisión (Vida Alternativa, s.f.a).

La edad de los infantes es relevante al saber cómo hablarles de las drogas. En este sentido, Roldán (2016) sugiere que en el periodo de 2 a 4 años es preferible que el menor vea y practique hábitos saludables en la familia. De 5 a 8 años es necesario propiciar la autoconfianza y la autoestima en el infante. Mientras que en la edad de 9 a 12 años es imprescindible incrementar la vigilancia de padres a hijos, respecto a sus amistades y los lugares que frecuentan.

Centralidad en el consumo como estrategia de atención y de prevención

Algunos programas de prevención se centran en el prohibicionismo de consumo de drogas por parte de los menores. En Healthy Children (2015) se propone que los padres hablen con sus hijos acerca de los efectos negativos del alcohol y de las drogas en sus cerebros y en su capacidad para aprender o practicar deportes. También se recomienda que los padres eviten que sus hijos vean programas televisivos donde se haga una apología del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Algunas propuestas de prevención puntualizan en las consecuencias de un consumo sin límites o bien, en sus múltiples consecuencias para su salud bio-psicológicas. Al respecto, Vida Alternativa (s.f.b) sugiere que los padres hablen con sus hijos acerca de los hábitos que desarrolla el consumo de sustancias en el cuerpo, así como de la dependencia física y emocional que se genera. En Vida Alternativa (s.f.b) se afirma que la dependencia física se refiere a la necesidad del cuerpo por consumir; mientras que la dependencia emocional está relacionada con la persistencia de impulsos hacia el consumo.

Cuando ya está presente el consumo de drogas en los niños, la estrategia de atención depende de la situación de los menores. En el caso de los menores en situación de calle, Gutiérrez y Vega (1999) diseñaron el programa denominado "Llévatela suave". De manera previa, los investigadores se acercaron a grupos de niñas y niños para indagar acerca de los inhalantes que consumen. El programa de referencia consiste en pegar advertencias en los envases que contienen los inhalantes frecuentados por estos. Las advertencias indican en el propio lenguaje que usan los niños y las niñas los daños que pueden sufrir por inhalar y recomiendan cómo pueden evitarlos.

La educación emocional como prevención

Uno de los temas que resalta para prevenir el consumo de drogas en niños y niñas es la educación emocional. Por medio de cuentos infantiles se ofrecen claves para que los menores detecten en sí mismos algunas emociones como la tristeza, el pesimismo, la timidez y el estrés. Para la lectura de los cuentos se propone un acompañamiento de padres e hijos. La Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (1995) (Redondo, & Gómez de Lora, 2008) subraya que la intención de recurrir a los cuentos reside en que estos ayudan a los niños y niñas a que identifiquen sus emociones, tanto las de sí mismos como las de los demás.

Los cuentos contribuyen a desarrollar el "pensamiento emocional" o la capacidad de reflexionar sobre el mundo emocional, comprender la función y utilidad de todas y cada una de las emociones; diferenciar entre las emociones que les ayudan a sentirse bien y aquellas que los hacen sentirse mal. Además de potenciar la empatía y la creatividad.

Colaboración entre profesionales y familiares para prevenir el consumo de drogas en menores

Desde el punto de vista de algunos autores, es fundamental que algunos profesionales participen en la labor preventiva de las adicciones. Muchos problemas relacionados con el consumo de drogas derivan en suicidio y homicidio. De ahí que, Espinosa y Anzures (1999) consideren pertinente el involucramiento de los pediatras en las conductas y circunstancias presentes en las familias para detectar patologías con la intención de prevenir situaciones trágicas en los pacientes. Además, enfatizan en la necesidad de que los profesionales de medicina, las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales colaboren de manera interdisciplinar en la prevención de consumo de drogas.

Hay menores escolarizados propensos al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. En este contexto se puso en marcha el Programa YOMI-VIDA, propuesto por Azkunaga, Crespo, Humayor, A. Muñoz, Mangione, Pérez, Bilbao, Santiago y Mintegi y el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) (2015) para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la infancia. Se inicia con la aplicación de un instrumento para identificar hábitos de vida y habilidades para la vida. Incluye temas como el reconocimiento del cuerpo, la identificación de lo perjudicial para la salud y autonomía para la toma de decisiones.

El programa de Alcohólicos Anónimos como alternativa para la rehabilitación

Aun cuando se reconocen los distintos niveles de atención y de prevención en el tema de las adicciones, la colaboración por parte de los profesionales y de los familiares tiene alcances y límites. En este sentido, Espinosa y Anzures (1999) reconocen que hay situaciones y niveles de consumo que están fuera del ámbito de acción de algunos profesionales, en el cual los pacientes, de acuerdo con el tipo de sustancia consumida, requieren atención personalizada, y en consecuencia, necesitan un proceso de rehabilitación.

Espinosa y Anzures (1999) afirman que la terapia de Alcohólicos Anónimos es la más pertinente debido a que ha demostrado ser realmente útil. En contraparte, estos autores añaden que los tratamientos desarticulados centrados en medicamentos, consejos, psicoterapia individual, etcétera, no son los mejores recursos porque han demostrado deficiencias significativas en el tratamiento de las adicciones.

Para finalizar, un aspecto que conviene mencionar es la prevalencia de la familia concebida como un lugar de acogimiento, cuidado, atención y protección de los infantes. En esta urdimbre, los padres y algunos profesionales son el eje transversal de algunas iniciativas centradas en la información como forma de prevención.

Por otro lado, es notable observar la diversidad de estrategias según se trate de la situación de los menores, es decir, si ya consumen drogas o no, y de los periodos etarios. También se presentan iniciativas de acuerdo con las situaciones contextuales, como son las necesidades de los niños en situación de calle o escolarizados. Esta variabilidad en contextos y condiciones de los menores en relación con el consumo orienta las distintas formas de intervención para atenderlas y prevenirlas, entre ellas destaca el prohibicionismo del consumo, los efectos de las drogas en el organismo, así como la práctica del afecto, de los valores, de la escucha, la comunicación y la comprensión.

En otros casos, resalta la atención a las emociones para prevenir las adicciones. Este es un rasgo relevante porque las estrategias mencionadas hasta el momento, sin contar el proceso de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos, se pone atención a las drogas, en particular al consumo, dejando de lado la atención a las adicciones en general.

CONCLUSIONES

El tema de la niñez y las adicciones es sumamente complejo porque convergen las diversas modalidades de las adicciones con la multiplicidad de condiciones sociales, culturales, económicas e históricas de niñas y niños. Aunque están visibles algunas aristas que vinculan a la niñez con las adicciones, también se han abierto resquicios que dejan entrever la necesidad de discutir algunos conceptos y cuestionar algunos posicionamientos epistemológicos desde los cuales parten algunos investigadores y unos profesionales para acercarse a esta problemática, atenderla y prevenirla.

En principio, el término de niñez requiere ser discutido desde una mirada interdisciplinar que involucre aspectos de desarrollo biológico, psicológico, derechos humanos, políticos, jurídicos, sociales, éticos, entre otros; puesto que algunas de estas miradas sí participan en la definición de la niñez, pero la mayoría están separadas y desarticuladas. Además, predomina la idea de que la infancia es un periodo de aprendizaje y de desarrollo de habilidades para la convivencia social. En este sentido, la dependencia y la necesidad de atención y cuidado son rasgos que forman parte de la niñez.

Esta perspectiva de entender la niñez se relaciona con algunos posicionamientos epistemológicos que victimizan a los menores, en parte porque se enfocan a un grupo de población desfavorecida en términos socioeconómicos y, además, su estilo de vida causa rechazo por parte de un sector de población, y en otros casos genera indiferencia social.

En parte, esto sucede porque el problema de las adicciones en los menores es percibido como responsabilidad de la familia, quien de forma eventual puede participar en su prevención y atención junto con algunos profesionales con quienes conviven de manera cercana, entre ellos, los profesores y los pediatras. Esto vuelve más compleja la problemática puesto que ante las distintas condiciones que presentan las niñas y los niños en relación con las adicciones, en especial al hacer referencia a las drogas, muchos no cuentan con acceso a servicios de salud, ni educativos. Eso se observa en los niños en situación de calle y en los niño-soldado, por ejemplo; dejándolos con menores opciones de atención y protección. Esto pone en evidencia que las condiciones de segregación son acumulativas y funcionan como una brecha que se ensancha y profundiza conforme aumentan las condiciones que los desfavorecen.

A su vez, esta condición los desfavorece y los coloca en la denominada “población vulnerable”, y en algunas ocasiones engrosan la llamada “población oculta”, ya que un rasgo de este sector es la progresiva precariedad de vida. Sin considerar que llevan consigo estigmas asociados con la inseguridad, falta de confianza, drogadicción y, sobre todo, la aparente decisión de elegir estas condiciones de vida.

Cuando se habla de adicciones sobresale la alimentación y la codependencia, las cuales no se circunscriben a una población desfavorecida en términos económicos, en consecuencia, se muestra la necesidad de discutir las adicciones en los menores desmitificando que estas se reducen al consumo de drogas y que es una práctica de ciertos sectores de la población. Ello

obliga a cambiar la posición epistemológica tanto de la manera de concebir las adicciones como de encasillarlas en los sectores infantiles desfavorecidos.

También obliga a reconocer la naturalización de las adicciones en entornos cercanos a los menores, cuyo riesgo se incrementa conforme ellas y ellos conviven con sujetos adictos, y encuentran medios accesibles para cubrir sus carencias, tales como drogas legales, ilegales, comida, videojuegos, etcétera. En otros momentos, también debe considerarse que, en particular, el consumo de drogas puede tener una diversidad de finalidades no siempre elegidas por los menores sino que estas son impuestas o bien, facilitadas por quienes conviven de manera regular, tal como sucede con los niños-soldado o quienes se intoxicaron por consumo de sustancias y / o medicamentos.

Una línea de investigación que poco se discute en el tema de las adicciones es el uso de medicamento controlado para mejorar la salud ante el padecimiento de algunas enfermedades así como los efectos del consumo de drogas por parte de la madre en los bebés durante el periodo de embarazo.

Las distintas vertientes de investigación hasta ahora mencionadas obligan a repensar las adicciones, desconcentrando la atención en las drogas y obligando a abrir el espectro a una multiplicidad de formas —alimentos, Internet, videojuegos, etcétera—, accesibilidad y reconocer que en varias ocasiones, en el proceso adictivo participan de manera directa personas con quienes conviven, entre ellos los familiares cercanos. También conviene tener presente que detrás de la naturalización de actividades en apariencia “inofensivas” como son los alimentos y los juegos, por ejemplo, se ocultan problemas afectivos, emocionales y de codependencia que no se circunscriben a un entorno familiar sino que se entretajan con las condiciones culturales, económicas y sociales de una sociedad consumista, hedonista, individualizada e indiferente.

Esta postura requiere concebir a las adicciones como un problema social, político, económico, histórico y cultural que requiere de la participación comunitaria, uniendo esfuerzos entre el estado, familia, organizaciones y sociedad civil. Asimismo, que las niñas y los niños sean considerados como sujetos que forman parte del mundo y sean reconocidos como parte de la sociedad, sin que sus condiciones particulares funcionen como candados que limiten la atención, el apoyo y cuidado social.

REFERENCIAS

- Albornoz, C., Ruiz, A. M., Solanich, L. & Bertrán, F. (1990, enero-febrero). Consumo de alcohol y drogas en niños marginales de la Unión. *Revista Chilena de Pediatría*, 61(1), 35-37. <https://bit.ly/Consumodealcoholhydrogas>
- Azkunaga, B., Crespo, E., Humayor, J., Muñoz, A., Mangione, L., Pérez, C., Bilbao, N., Santiago, P., Mintegi, S. & Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP. (2015). Intoxicaciones por droga ilegal en niños de corta edad en los servicios de urgencias pediátricos españoles (XX Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría). https://seup.org/pdf_public/reuniones/2015/17/15/A4/droga_ilegal.pdf
- Azkunaga, B., Crespo, E., Rodríguez-Pastor, O., Humayor, J. & Mangione, L. (2017, enero). Intoxicaciones por droga ilegal en niños de corta edad en los servicios de urgencias pediátricos españoles. *Anales de Pediatría*, 86(1), 47-49. https://seup.org/pdf_public/reuniones/2015/17/15/A4/droga_ilegal.pdf

- Bertoni, N. (1984). El niño y las drogas psicoactivas / The child and the psychoactive drugs. Documento preparado para el *Seminario Prevención de la Farmacodependencia en Niños y Jóvenes, San José de Costa Rica*, 23-27. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32067&indexSearch=ID>
- Burrows, T., Skinner, J., Joyner, M. A., Palmieri, J., Vaughan, K. & Gearhat, A. N. (2017, agosto). Adicción a la comida en los niños: asociaciones con la obesidad, la adicción a la comida de los padres y las prácticas alimentarias. *Eating Behaviors*, Vol.26, 114-120. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015316303919>
- Brasero, M. V. (2011, mayo). Niños de la calle. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 7-18. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100002&lng=en&tlng=en
- Cabrera, K. (2012). Niños y adolescentes “gomereros” de la calle. Un caso de Quito. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, Año 10, No.17, 103-130. <https://bit.ly/Gomereros>
- Calvo, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 295-314. <https://medes.com/publication/19807>
- Castillo, O., González, I., Prieto, E., Pérez, T., Altemir, I., Pablo, L. E. & Pueyo, V. (2019, enero). Efectos de la exposición prenatal a alcohol, tabaco y otras drogas de abuso sobre el desarrollo retiniano. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* (Edición en inglés), 94(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2018.08.001>
- Cohen, M. E., Anday, E. K., Kelley, N. E. & Leitner, D. S. (1989). Efectos de la exposición a la cocaína en el útero sobre la reactividad neurosensorial. *Annals of the New York Academy of Sciences*, No.562, 344-346. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1989.tb21033.x>
- Cornejo, I. (1999, mayo-agosto). Los hijos del asfalto. Una prospección cualitativa a los niños de la calle. *Revista Convergencia*, No.19, 207-243. <https://convergencia.uaemex.mx/article/view/1894/1442>
- Corominas, J. (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.
- Da Silva, D. C. & Pereira, M. F. (2009, septiembre). Uso de drogas entre trabalhadores precoces na atividade de malabares / Uso de drogas entre trabajadores precoces en la actividad de malabarista. *Psicología em Estudo*, 14(3), 547-555. <https://doaj.org/article/69e6a184011d466b8e7175fc22138628>
- De la Garza, F., De la Vega, B. & Zúñiga, V. (1985). Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso Monterrey). *Salud Mental*, 8(3), 3-7. <https://bit.ly/ControlSocialUsodeDrogas>
- De Oliveira, P., Mandagará de Oliveira, M., Fredo, L., Erdmann, A. & Cardoso, S. (2019). Acompañamiento de niños de mujeres usuarias de drogas: un relato de experiencia. *Pesquisas e práticas Psicossociais*, 14(2), 1-10. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-89082019000200004&script=sci_abstract&tlng=es
- Domínguez, M. J., Romero, M. & Paul, G. (2000). Los “niños callejeros”. Una visión de sí mismos vinculada al uso de la droga. *Salud Mental*, 23(3), 20-28.
- Elliott, K. T. & Coker, D. R. (1991). Crack babies: here they come, ready or not. *Journal of Instructional Psychology*, 18(1), 60-64. <https://psycnet.apa.org/record/1991-25898-001>
- Espinosa, A. & Anzures, B. (1999, julio-septiembre). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 62(3), 183-190. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993f.pdf>
- Fejerman, N., Caraballo, R. & Tenenbaum, S. (1994). Vigabatrin como droga agregada en 20 niños con epilepsia de difícil control: evaluación a los 3 y 6 meses de tratamiento. *Re-*

- vista *Neurológica Argentina*, 19(3), 6–90. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=140307&indexSearch=ID>
- Fernandes, M. & Sánchez, O. (2015, enero–junio). Percepción de los niños (as) de 7 a 12 años acerca de las drogas en América Latina. *Enfermería Actual en Costa Rica*, No.28, 1–12. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n28/1409-4568-enfermeria-28-00083.pdf>
- Flores, J. A. (2019, 7 de octubre). Persiste consumo de drogas en niños de Aguascalientes. *LJA.Mex*, (Sección Sociedad y Justicia). <https://www.lja.mx/2019/10/persiste-consumo-de-drogas-en-ninos-de-aguascalientes/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (s.f.). *Adolescencia temprana y tardía*. <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolenscencia-temprana-y-tardia.pdf>
- Forselledo, A. G. (2002). *Niñez en situación de calle. Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los Derechos Humanos* (Segunda edición). Instituto Interamericano del Niño, Programa de Promoción Integral de los Derechos del Niño. http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/calle.drogas.pdf
- Fuglestad, A. J., Whitley, M. L., Carlson, S. M., Boys, C. J., Eckerle, J. K., Fink, B. A. & Wozniak, J. R. (2015). Executive functioning deficits in preschool children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders / Déficit del funcionamiento ejecutivo en niños en edad preescolar con Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. *Neuropsicología Infantil*, 21(6), 716–731. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25011516/>
- García, M. L. & Carvalho, M. G. (2008, mayo–junio). Uso de drogas en niños de 6 a 7 años de una escuela primaria de Celaya, Guanajuato, México. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16(especial). https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_04.pdf
- Gearhardt, A., Roberto, C., Seamans, M., Corbin, W. & Brownell, K. (2013, diciembre). Validación preliminar de la escala de adicción a los alimentos de Yale para niños. *Eating Behaviors*, 14(4), 508–512. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147101531300072X>
- Gillmore, M. R., Wells, E. A., Simpson, E. E., Morrison, D. M., Hoppe, M. J. & Wilsdon, A. (1998, febrero). Creencias de los niños acerca de beber. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(1), 131–151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9513634/>
- Giraldo, Á., Forero, C., Melo, D. S., Ochoa, J., Suárez, L. & Valencia, A. (2008). Un viaje que puede controlarse: consumo de drogas en niños en situación de calle. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1), 11–17. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12026105.pdf>
- Gómez, A. H. (2014, julio–diciembre). Prostitución de niñas y adolescentes: un acercamiento a su representación social en comerciantes de La Merced. *Revista Península*, 9(2), 131–152. <https://www.redalyc.org/pdf/3583/358334022006.pdf>
- Gómez, L. (2020). El uso de drogas en menores para convertirlos en niños–soldado. *MOLEQLA. Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, No.37, 21–23. <https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero37/Numero-37.pdf>
- Gómez, M. L., Sevilla, M. L. & Álvarez, N. (2008). Vulnerabilidad de los niños de la calle. *Acta Bioethica*, 14(2), 219–223. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200013
- Guillén, P. (2012, 28 de mayo). Niños de la calle: víctimas de explotación, violencia y crimen. *Animal Político*. <https://animalpolitico.com/sociedad/ninos-de-la-calle-victimas-de-explotacion-violencia-y-crimen>

- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1995). Las interpretaciones, las prácticas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños “de la calle”. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* (Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza), No.6, 140-145. <http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/6557/AnalesIMP1995%3b6%2810%29140-145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1999). Informe preliminar de un programa para disminuir los daños asociados con la inhalación de tolueno en los “niños de la calle”. *Salud Mental*, 22(especial), 75-78.
- Harley, D. A. (1993). *Las creencias y el conocimiento de los educadores de la primera infancia sobre los efectos de la exposición prenatal al alcohol, crack, cocaína y una combinación de sustancias en lactantes y niños pequeños*. Southern Illinois University at Carbondale. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=5781715>
- Healthy Children en español. (2015, 21 de noviembre). *La prevención contra el abuso de las drogas empieza con los padres*. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/substance-abuse/Paginas/Drug-Abuse-Prevention-Starts-with-Parents.aspx>
- Híjar, M., Blanco, J., Carrillo, C. & Rascón, A. (1998, julio-agosto). Mortalidad por envenenamiento en niños. *Salud Pública de México*, 40(4), 347-353. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n4/347-353/es>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad* (segunda edición abreviada). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/Como-prevenir-el-uso-drogas-FINAL.pdf>
- Izquierdo, I. (2019). *Adversidades en la infancia, ¿predicen el consumo de alcohol y drogas?* [Tesis de licenciatura. Universitat Jaume I]. Repositorio Institucional. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/184423>
- Kameniecki, M. A. (2014). ¿Niños y drogas? *Archipiélago. Revista Cultural de Nuestra América*, 21(84), 30-32. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/archipelago/issue/view/4334>
- Kök, H. & Örsal, Ö. (2018, octubre). Computer game addiction and loneliness in children / Adicción a los juegos de computadora y soledad en los niños. *Iran J. Public Health*, 47(10), 1504-1510. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6277725/>
- Lawton, J. J. & Malmquist, C. P. (1961, septiembre). Gasoline addiction in children / Adicción a la gasolina en los niños. *Psychiatric Quarterly*, Vol.35, 555-561. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01573623>
- Liu, S., Chengfu, Y., Suiping, C., Lai, W. & Zhang, W. (2017, septiembre). Rasgos autistas y adicción a los juegos de Internet en niños chinos: el efecto mediador de la regulación de las emociones y la conexión escolar. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.68, 122-130. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422217301841>
- Mandagará de Oliveira, M., De Oliveira, P., Cardoso, S., Fredo, L. & Erdmann, A. (2018). Acompañamiento de medidas antropométricas de niñas hijas de mujeres que usaron drogas. *Revista Capa*, 7(1), 10-14. <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6645>
- Medina-Mora, M. E., Ortíz, A., Caudillo, C. & López, S. (2013). Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental*, 5(1), 77-81. <http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5451/smo50177.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Melo, D. S. & Castanheira, L. (2010, julio). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.18, 655–662. <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421939024.pdf>
- Melo, D. S. & Jaimes, M. L. (2015, julio–diciembre). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Hacia La Promoción De La Salud*, 20(2), 118–131. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2169>
- Metosky, P. & Vondra, J. (1995, enero–marzo). Exposición prenatal a drogas y juego y afrontamiento en niños pequeños: un estudio comparativo. *Infant Behavior and Development*, 18(1), 15–25. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0163638395900047>
- Moon, Y. I., Koo, H. Y. & Park, H. R. (2005). Alcance de la adicción a Internet y predictores de adicción en niños coreanos en la escuela primaria temprana. *Child Health Nursing Research*, 11(3), 263–272. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO200507523356595.pdf>
- Obando, P. & Sáenz, M. A. (2000). Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno de la droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. *Adicciones*, 12(1), 127–135. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/627>
- Ortega, S. B., Ramírez, M. A. & Castelán, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*, No.38, 147–169. https://catedraunescodh.unam.mx/~catedra/BibliotecaV2/Documentos/Educacion/Revistas/Estrategias_erradicar_violencia.pdf
- Pantoja, L. & Añaños, F. (2010, marzo). Actuaciones socieducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas. Reflexiones críticas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, No.17, 109–122. <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135013577009.pdf>
- Porras, M. (2018). *Estudio observacional descriptivo de las intoxicaciones con drogas en menores de 13 años atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” en el periodo 2006–2016* [Trabajo final de investigación aplicada para optar al grado y título de Especialista en Psiquiatría Infantil. Universidad de Costa Rica]. Repositorio. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6170/1/43117.pdf>
- Pretlow, R. & Corbee, R. (2016, 29 de julio). Similarities between obesity in pets and children: the addiction model / Similitudes entre la obesidad en las mascotas y los niños: el modelo de adicción. *British Journal of Nutrition*, 116(5), 944–949. <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/similarities-between-obesity-in-pets-and-children-the-addiction-model/D957AE30A2C9E4109C42EF991C4D9FEF>
- Prieto, C. (2009). Información y consumo de drogas. La TV como factor de riesgo en niños escolares. *Comunicar, Revista Científica de Comunicación y Educación*, 17(33), 125–132. <https://www.redalyc.org/pdf/158/15812486015.pdf>
- Reche, D., Ureña, S. & Membrilla, L. (2018). Efectos tóxicos del consumo. Las drogas en la gestación. *Paraninfo Digital*, 12(28), 1–2 <https://www.index-f.com/para/n28/pdf/e113.pdf>
- Redondo, C. & Gómez de Lora, C. (2008). *Cuentos para prevenir: cuentos infantiles sobre educación emocional dirigida a la prevención del consumo de drogas*. Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA). <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/138804/cuentos%20para%20prevenir.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Redondo, E. (2008, 14 de noviembre). Infancia, alcohol, drogas y guerra, una mezcla letal en la coctelera de África. *SOITU.ES* (Sección Internacional). http://www.soitu.es/soitu/2008/11/13/actualidad/1226568223_187941.html
- Ridenour, T. A., Clark, D. B. & Cottler, L. B. (2009, enero). La evaluación basada en la ilustración de responsabilidad y exasegurar el uso desustancias y el comportamiento antisocial para niños. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(4), 242-252. https://www.researchgate.net/publication/41560979_The_Illustration-Based_Assessment_of_Liability_and_EXposure_to_Substance_use_and_Antisocial_behavior_C_for_Children
- Risco, M. (2019, 22 de mayo). *Alcohol y drogas, otro problema que afecta a los niños en situación de calle*. IPSUSS, Universidad San Sebastián. <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/monserrat-risco/alcohol-y-drogas-otro-problema-que-afecta-a-los-ninos-en-situacion-de/2019-05-22/174808.html>
- Roldán, J. M. (2016, 10 de agosto). *Cómo enseñar a los niños a decir NO a las drogas. Etapa infantil* (Blog). <https://www.etapainfantil.com/ensenar-ninos-decir-no-drogas>
- Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand-Smith, A. & Aguilera, R. M. (2004, febrero). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. *Salud Mental*, 27(1), 73-84. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/samo41h.pdf>
- Ruiz, E. (2016, 26 de enero). Consumen drogas casi 2 millones de niños en México. *CBS News*. <https://www.cbsnews.com/news/consumen-drogas-casi-2-millones-de-ninos-en-mexico/>
- Skoric, M., Lay, L. & Lijie, R. (2009, 9 de octubre). Los niños y los videojuegos: adicción, compromiso y logros académicos. *Cyber Psychology & Behavior*, 12(5), 567-572. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0079>
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10 y 12 años: relevamiento serial en población clínica* (XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires). *Acta Académica*. <https://www.aacademica.org/000-073/187>
- Thomas, J. (2000, 10 de noviembre). Cayendo por las grietas. Niños expuestos al crack en las escuelas públicas de EE. UU: un problema de política educativa. *Revista de Política Educativa*, 15(5), 575-583. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026809300750001702>
- Urra, J. (1993). *Infancia y droga, el vacío de la razón*. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol3/arti8.htm>
- Vaca, C., Harris, P., Barriga, F., Castillo, A., Mesa, T., García, C. & Varela, C. (2001). Pancreatitis aguda grave y pseudoquiste pancreático por uso de drogas en niños. Presentación de tres casos clínicos y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Pediatría*, 72(3), 235-243. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062001000300009&lng=es&nrm=iso
- Valle, L. E. & Alma, V. L. (1999, enero-marzo). Reacciones adversas a drogas en la infancia / Adverse reactions to drugs in the infancy. *Revista Argentina de Dermatología*, 80(1), 14-16. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-241889>
- Vida Alternativa. (s.f.a). *Cómo evitar que su hijo consuma drogas*. http://www.peques.com.mx/como_evitar_que_su_hijo_consume_drogas.htm
- Vida Alternativa. (s.f.b). *El consumo de drogas por los niños*. http://www.peques.com.mx/el_consumo_de_drogas_por_los_ninos.htm

Adicción y rehabilitación en mujeres adictas

YUNUEN MARILI PÉREZ GÓMEZ
FRIDA DE LA PAZ AVILA

El presente diálogo documentado visibiliza el común acuerdo entre autores y autoras de que las adicciones afectan de manera diferencial a hombres y mujeres. El género constituye un factor fundamental que influye en el inicio, desarrollo y acceso al tratamiento de las personas que padecen alguna adicción. Con base en la revisión de literatura, este acápite ofrece un panorama general sobre las adicciones y el proceso de rehabilitación en mujeres.

En un primer momento se da cuenta del aumento en la prevalencia de consumo y abuso de sustancias en este sector poblacional. Las y los autores plantean que las mujeres se han vuelto una población de urgente atención, con necesidad de propuestas de tratamiento y atención especializada, pertinente y contextualizada.

En el segundo apartado se ahonda en la adicción en mujeres desde la perspectiva biopsicosocial. La literatura expone cómo el género implica consecuencias biológicas, sociales y psicológicas diferenciadas en hombres y mujeres. Estos diferenciales se vinculan con las barreras personales, sociales y estructurales presentadas en el proceso de atención, tratamiento y rehabilitación, que son expuestas en la tercera sección del presente documento. Ante esta situación, en la cuarta parte se despliegan las propuestas alternativas de tratamiento expuestas en los estudios consultados que tienen como objetivo visibilizar y atender las necesidades de las mujeres con adicciones, y se contraponen con el enfoque masculinizado mostrado tanto por los centros de tratamiento como por la doxa académica.

En la quinta sección se profundiza en el término de la “codependencia”, el cual ha sido estudiado principalmente por grupos de la sociedad civil. Este concepto hace referencia a las dinámicas relacionales que las mujeres con adicción establecen con sus familiares y su pareja. Las y los diferentes autores han señalado cómo la codependencia es un factor común en la vida de las mujeres adictas, el cual se ha asociado con el inicio del consumo, su desarrollo y las barreras de acceso a un tratamiento.

El sexto apartado expone la relación entre la violencia y las adicciones en mujeres. En la literatura resalta cómo la mayoría de las historias de vida de las mujeres con adicciones han estado marcadas por violencias estructurales. Enseguida, se abre una sección de la sexualidad de la mujer adicta, la cual, según las evidencias consultadas, está atravesada por los tabúes sociales, las expectativas de género, los abusos y las prácticas de riesgo.

La parte final de este capítulo se enfoca en las poblaciones ocultas, abordando así el consumo y la problemática de las mujeres migrantes, mujeres privadas de la libertad, mujeres dedicadas a la prostitución y mujeres indígenas. De esta manera se muestra que no existe un perfil único de mujer adicta.

En suma, se pretende ofrecer un panorama amplio de las diferentes aristas que conforman la experiencia de las mujeres con adicciones. Los apartados denotan cómo la adicción no es ajena al género, y por ende, al contexto sociohistórico y cultural desde el cual es configurado.

Desde los diferentes saberes se afirma cómo las mujeres con adicciones se enfrentan a un contexto que ha invisibilizado sus necesidades y no ha encontrado formas de acompañamiento, contención y tratamiento sensibles a sus necesidades.

LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO EN LAS MUJERES ADICTAS

En los estudios recientes se muestra un aumento en la prevalencia del consumo de sustancias en mujeres; situación que lleva por lo menos cuatro décadas sin detenerse. Martha Romero, Jorge Galván, Mónica Martínez y Eva María Rodríguez (2011) hacen un análisis histórico acerca de este fenómeno; según los autores, en la década de los setenta el consumo en la población femenina se mantuvo mínimo, no obstante, debido a las transformaciones sociales acontecidas en la década de los ochenta, “las mujeres comienzan a adquirir conductas de riesgo consideradas como típicamente masculinas”. En consecuencia, durante la década de los noventa se empezó a considerar esta situación como un problema de salud pública.

En la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) realizada entre 2016 y 2017 (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017) dentro de la categoría de “consumo excesivo de alcohol en el último mes”, se notó un incremento de 4.1% a 10.3% en la población total femenina. Asimismo, el aumento del consumo en mujeres de 12 a 17 años creció 3,5 veces más con relación a 2011 (2.2% en 2011 y 7.7% en 2016). Sin embargo, solo 0.6% de las mujeres reportaron dependencia al consumo de alcohol.

En cuanto al consumo de tabaco, según la Encodat (2017) (Conadic, 2017), 17.6% de la población de 12 a 65 años son fumadores. De ese porcentaje, las mujeres constituyen 8.7%. De la misma forma, la prevalencia de consumo diario en mujeres es menor (3.1%) a la de los hombres (10.0%). En el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas se reportó un aumento en el consumo de la población total en cualquier droga —drogas prescritas utilizadas por más tiempo del indicado y / o drogas ilegales—, drogas ilegales y marihuana entre 2011 y 2016, “al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% a 10.3%, 9.9% y 8.6% respectivamente” (p.47), en la categoría de “alguna vez en la vida”. De igual manera, se duplicó el consumo de marihuana (de 1.6% en 2011 a 3.7% en 2016) y de drogas ilegales (de 2.3% a 4.3%), además de que hubo un aumento en el consumo de cualquier droga (de 3% a 3.8%).

Aunque las estadísticas dan un amplio panorama del problema de la mujer y las adicciones, en este apartado se profundizará en cuál es la cara (o las caras) de la mujer adicta, qué tipo de sustancias son las que consume y los factores que, según los autores, condicionan su consumo. Con el objetivo de ampliar la comprensión de la adicción en mujeres, se tomó información generada desde diferentes contextos, pero que tienen como eje transversal el consumo en esta población.

Según María Ángeles Barreda, Mercedes Díaz-Salazar, Sol de la Cuesta, María del Carmen López, Mercedes Rodríguez, Susana Sánchez y Begoña Zulaica (2005a), en España el consumo de sustancias legales, como el tabaco y los tranquilizantes, es más común en las mujeres, mientras que el consumo de las drogas ilegales está más extendido en los hombres. Tal aseveración es sustentada a su vez, por lo expuesto por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, por sus siglas en inglés) (2006): “el consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica a lo largo de la vida es mayor en las mujeres” (citado en Romero, Galván, Martínez & Rodríguez, 2011, p.267). Por su parte, María Nuria Romo (2005) indica que en España las mujeres siguen consumiendo en proporciones

mínimas las drogas ilegales, ya que el consumo de este tipo de sustancias genera un mayor rechazo social.

Estos datos no se alejan mucho de los del contexto latinoamericano. Diana Maffia, Patricia Colace y Santiago Lerena (2011) plantean que en Argentina, las sustancias como el alcohol, el cannabis y algunas benzodiacepinas son las más consumidas por las mujeres. En el caso de México, P. Isaías Castillo y Alma Gutiérrez (2008) retoman los datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y revelan que los hombres acuden a tratamiento de forma más frecuente “por problemas asociados con el alcohol, cannabinoides y por motivo de múltiples drogas y otras sustancias” (p.354), mientras que su contraparte femenina acude, en su mayoría, por el consumo de opiáceos, sedantes o hipnóticos. Además, en su estudio epidemiológico encontraron que las sustancias más consumidas por mujeres, alguna vez en la vida, las de preferencia y las de mayor impacto, son el tabaco, el alcohol y la marihuana.

Se puede hablar de un consumo diferenciado por el género. Augusto Pérez y Marcela Correa (2011) mencionan cómo el consumo entre hombres y mujeres se manifiesta “en todo tipo de circunstancias, cantidades y modos: así, el consumo de sustancias por vía oral es mayor entre las mujeres, en especial de fármacos y alcohol y es menor el consumo por vía intranasal” (p.212). Esta tendencia sugiere que el consumo en las mujeres está mediado por el juicio social adjudicado al tipo de sustancia consumida; así, está socialmente reprobado que las mujeres consuman drogas comprendidas dentro de la ilegalidad, pero hay una aceptación más generalizada a adicciones como el tabaco, o que se pueden disfrazar bajo un tratamiento médico, como el uso de benzodiacepinas, hipnóticos y sedantes.

El consumo de tabaco ha sido visto como algo generalizado y común en hombres y mujeres desde hace varios años. Según Jimena González (2015), entre las décadas de los sesenta y setenta, la industria tabaquera retomó los anhelos de independencia, éxito social y sexualidad más abierta de las mujeres, vendiendo así no solo el producto sino estilos de vida aceptados y deseados por las mujeres.

Según Barreda et al. (2005b), la mujer adicta no presenta un perfil único, y la intensidad y número de diferentes variables, como el grado de abuso o dependencia, grado de consciencia de que existe un problema, motivación para modificar la conducta adictiva, así como características personales, sociales y familiares, evidencian la complejidad e idiosincrasia en que las mujeres pueden vivir su adicción y proceso de recuperación. Para Martha Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos José Rodríguez (2011), la experiencia de la adicción también se ve condicionada por factores personales, socioculturales y, de manera directa, relacionadas con el tiempo y tipo de consumo. Se vislumbra entonces que cada mujer vive la adicción desde su particularidad, y la categoría de la “mujer adicta” ha de ser comprendida desde la diversidad (Romero Mendoza, Gómez & Medina-Mora, 1996).

Martha Romero Mendoza, Cecilia Gómez y María Elena Medina-Mora (1996) ahondan más en los factores que configuran la especificidad de la adicción en las mujeres, y que influyen en su visión del mundo y en el proceso de adicción, como lo son la maternidad, la conyugalidad y la filialidad. Además, hacen un desglose de los factores socioculturales que definen la situación de vida de las mujeres adictas, consistentes en nivel socioeconómico, el acceso a bienes y servicios, su etnia, su religión, su afiliación política, el grupo de edad, sus relaciones interpersonales etcétera. (Romero Mendoza et al., 1996, p.8). Por consiguiente, aunque esté como común denominador el género y la adicción, “no es lo mismo ser niña que adolescente, embarazada, casada, adulta o lesbiana” (Castillo & Gutiérrez, 2008, p.353).

Cada una tiene condiciones que permean el consumo y que pueden protegerlas o bien, ser un impedimento para acceder a un tratamiento. Aunque la información epidemiológica es imprescindible para la comprensión del panorama general del consumo, es en las divergencias y especificidades desde donde se pueden hacer propuestas para el tratamiento efectivo de las mujeres con adicciones.

Autores como Jorge Galván y Rodrigo Marín-Navarrete (2011, p.162) aceptan que si bien no hay un perfil unívoco en la adicción de la mujer, sí se puede hablar de ciertas características recurrentes en aquellas que demandan tratamiento. De lo observado, resalta la edad joven de las mujeres, su tenencia de hijos, que cuentan con menos recursos en lo que se refiere a educación, empleo e ingresos, que conviven con una pareja que también es consumidora y que tienen mayor probabilidad de haber experimentado traumas y de sufrir problemas psiquiátricos. Estas características son de igual manera expuestas por Jessica Teixeira Santos, Ludmila Perruci, Natália Priolli, Zeyne Pires, Jacqueline de Souza, Manoel dos Santos y Sandra Pillon (2019) y Pilar Ortíz y Esther Clavero (2014), quienes las conciben como factores de riesgo a la conducta adictiva.

De las características mencionadas, una a la que se le ha puesto principal atención es a la variable demográfica de la edad. Según Leticia Ramírez y Margarita Luís (2008), el consumo del alcohol en mujeres es una problemática cada día mayor, “debido al aumento en los patrones de consumo, y la edad a la que ellas inician su adicción a las bebidas embriagantes, la que actualmente fluctúa entre los 10 y 12 años” (p.694). Además, exponen que en México el abuso de alcohol ocupa el tercer lugar como causa de muerte en mujeres entre 35 y 45 años. Esto a su vez se complementa con lo expuesto por María Magdalena Alonso, Javier Álvarez, Karla López, Lucio Rodríguez, María Teresa de Jesús Alonso y Nora Armendáriz (2011), quienes indican que el consumo de alcohol decrece a partir de los 50 años, probablemente por las condiciones de salud, así como por cambios bioquímicos y fisiológicos que experimenta el consumidor.

Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) explican cómo el aumento en la prevalencia de consumo de sustancias en mujeres jóvenes está ligado a cambios del contexto sociocultural, ya que además de tener nuevas oportunidades para su desarrollo más allá de lo doméstico, en la actualidad (2024) cuentan con una mayor facilidad de acceso y disponibilidad a las sustancias, así como una disminución en la percepción de riesgo. Al respecto, María Del Carmen Míguez y Beatriz Permuy (2017), basándose en datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), exponen que el aumento del consumo de alcohol entre mujeres jóvenes ha sido consecuencia de la superación de los roles de género; tal como podría ser el estudiar una carrera universitaria, o su inserción al mundo de la productividad.

En torno a los factores de riesgo y motivaciones, así como las explicaciones de origen en el consumo en el caso de las mujeres adictas, Miller (1997, citado en Llopis, Castillo, Rebolledo & Stocco, 2005) señala que se ha encontrado una mayor probabilidad de que sucesos estresantes estén relacionados de forma directa con el inicio en el consumo de drogas entre las mujeres, en comparación con los hombres adictos.

Para Maffia et al. (2011), psíquicamente son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo de cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas, mientras que Eva Rodríguez, Rafael Gutiérrez y (2003) mencionan que los principales aspectos que influyen en las mujeres son los problemas a los que se enfrentan, de manera cotidiana, lo que les genera estrés, así como la explotación en general a la que

se ven sometidas. Su vulnerabilidad social se basa en situaciones de violencia de género, rechazo social e indiferencia institucional.

De acuerdo con el estudio sobre los factores de riesgo personales, psicosociales y el consumo de alcohol en mujeres adultas de Alonso et al. (2011), el estrés derivado de la incorporación al mercado laboral y el mantenimiento de los mandatos de género tradicionales, las expectativas sociales que se tiene del consumo femenino y la utilización del alcohol como mecanismo de afrontamiento aparecen como factores involucrados en el aumento en la prevalencia de consumo de alcohol en este sector poblacional.

Para Alonso et al. (2011), las mujeres adictas experimentan un estigma social más fuerte y destructivo que los hombres, lo cual les genera aún más estrés, así como estados emocionales afectivos negativos y baja autoestima. En este sentido, se menciona que “la mujer busca diversos mecanismos de regulación del estrés de la vida utilizando mecanismos de afrontamiento mal adaptativos, como el consumo de alcohol” (Alonso, Álvarez, López, Rodríguez, Alonso & Armendáriz, 2011, p.112).

Patricia Cravioto, Blanca de la Rosa y T. García-de la Torre (1998) señalan cómo con el propósito de disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés en las mujeres —provocados por la situación económica, la problemática familiar o laboral que viven de forma cotidiana— se ha optado con frecuencia por recetarles tranquilizantes o sedantes; el riesgo de esto es que en muchas ocasiones estas mujeres continúan usándolos sin supervisión médica o por más tiempo del indicado sin percatarse de las consecuencias que ello implica.

Para Alonso et al. (2011), un aspecto importante que ha sido documentado en el caso de las mujeres trabajadoras o que viven en condiciones especiales es la búsqueda de efectos placenteros o reductores del estrés, así como de la tristeza, la soledad y los estados depresivos, mediante el consumo de alcohol, mismo que es utilizado como un favorecedor de la socialización, sobre todo, en los grupos de trabajo donde las mujeres que se han incorporado buscan con esta conducta una mayor aceptación y liberación.

Por su parte, para Nan Van den Bergh (1991), Elizabeth Ettore (1996) y Romero Mendoza et al. (1996), las experiencias de las mujeres de estrés personal y subordinación social no son los únicos factores que deben de resaltarse en relación a la mujer y la adicción, pues el racismo, la clase social, los privilegios de ser joven, el heterosexismo y cualquier otro sistema de inequidad que erosione el poder de la mujer, su coraje, su integridad y su autoestima sirven para contribuir a sus problemas de adicciones, a perpetuarlos y a intensificar sus efectos dolorosos.

El papel de las relaciones y la codependencia en las mujeres juega un rol importante para el desarrollo de una adicción; como Ginette Degrott y Markus Gottsbacher (2003) establecen: “la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo de desconexión —en especial respecto del varón pareja— son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima, y son factores de riesgo para el uso de sustancias”.

Agurtzane Castillo, Juan Llopis, Montse Rebolida, Cesáreo Fernández y Teresa Orengo (2003) coinciden en que la pareja masculina adicta va a fungir como motivación al consumo, como efecto directo de ese consumo y también como un factor de recaída. Se ha señalado cómo la codependencia es un factor común en la vida de las mujeres adictas de una pareja masculina previa que actúa como motivación y también como facilitador del consumo inicial.

Por otro lado, Degrott y Gottsbacher (2003) sostienen que la mujer adicta, al igual que el hombre adicto, ha aprendido a desviar y a confluír su relación con el otro hacia una relación con la sustancia, construyendo una relación, al inicio, mucho más confiable y segura.

Al respecto se afirma que “entre otros motivos, la mujer adicta puede empezar a drogarse para llenar el vacío existencial que siente, o para disminuir la rigidez de los estilos de vida impuestos socialmente, pues —como dice Fritz Perls, el superyó es soluble en alcohol, y por supuesto también en otras drogas” (Degrott & Gottsbacher, 2003, p.4).

No es posible el abordaje de los factores de riesgo o motivación sin que se mencione el tema del maltrato y la violencia de género, pues como lo señalan Juan Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paolo Stocco (2005) las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de sufrir problemas como depresión, trastorno de estrés postraumático y al final, adicción. En consonancia, Mercedes Palop Botella (2000) establece que los abusos sexuales son un factor que puede favorecer la adicción a sustancias por dos motivos principales: por la identificación con grupos marginales a partir del estigma que se vive, o bien, como un mecanismo de enfrentamiento a ese suceso traumático. Por lo tanto, la violencia en sus diferentes formas, aparece como un factor de riesgo para que las sujetas desarrollen una adicción.

En términos de factores de protección, Palop (2000) menciona que algunos rasgos de la identidad de género han podido jugar un papel importante. Un ejemplo de ello es la consideración del riesgo como un valor tradicionalmente masculino, lo que ha orillado a muchas mujeres hacia dependencias más aceptables socialmente, como el consumo de benzodiazepinas. Para Reyna Gutiérrez, Jazmín Mora, Claudia Unikel, Jorge Villatoro y María Elena Medina-Mora (2001), el hecho de que las mujeres perciban el consumo de sustancias —excluyendo el alcohol y el tabaco— como algo peligroso, puede protegerlas de experimentarlas y usarlas de manera regular.

Francisco José del Pozo (2015) coincide en que algunos de los factores de riesgo o protección en el consumo en las mujeres adictas se relacionan con tres aspectos: el sexo biológico y las consecuencias orgánicas o biológicas diferentes que acarrea el consumo; la maternidad y la posibilidad real o futura de ser madres, y finalmente, las expectativas diferenciadas de género respecto a la conducta, los papeles socialmente asignados y el rol que de forma tradicional ha sido ocupado por la mujer, y por ende, las sanciones sociales derivadas de determinados comportamientos o actitudes que transgreden este rol de género.

Ante el aumento en la prevalencia del consumo de las mujeres, las y los diversos autores han explicado aquellos factores que las incitan o motivan al consumo, o bien, las mantienen alejadas de este. Resalta el tema del género como factor de riesgo y factor protector ante el abuso de sustancias. Por un lado, se ha expuesto cómo las mujeres, al ceñirse a su rol y expectativas de género, evitan el consumo de sustancias. Aunque también se ha señalado cómo el seguir con el rol de género en una sociedad patriarcal que actúa en detrimento de las mujeres, que las subordina y que se conjuga con otros factores de opresión, las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad ante el consumo.

LA ADICCIÓN EN LAS MUJERES DESDE LO BIOPSIOSOCIAL

La adicción en las mujeres es una realidad compleja que ha de ser comprendida desde la diversidad, pero donde también existen elementos comunes que permean la experiencia adictiva. En este apartado se busca dar cuenta de los factores diferenciales en el abuso de sustancias de las mujeres, desde un enfoque biopsicosocial. Ahora bien, es importante recalcar que los estudios que serán mencionados a continuación parten desde una perspectiva binaria tanto de sexo como de género, por lo que los resultados podrían no ser representativos de la vivencia de todas las identidades de género.

La primera particularidad del consumo en las mujeres parte de su condición biológica. En la bibliografía consultada se considera a la anatomía de la mujer como un factor de riesgo que la vulnera ante el consumo de sustancias (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Del Pozo, 2015, p.184; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.13). Su vulnerabilidad biológica es ejemplificada desde las diferencias entre hombres y mujeres en la capacidad de absorción y procesamiento químico de sustancias, después de controlar variables como peso y talla.

Por ejemplo, en el caso del alcohol se ha visto que a pesar de que la mujer consume lo mismo en cantidad que un hombre, en ella la concentración sanguínea de la sustancia es mayor, puesto que su composición corporal tiene un menor porcentaje de agua, y, por ende, el etanol se diluye en menor volumen de líquido (Barreda, Díaz-Salazar, de la Cuesta, López, Rodríguez, Sánchez & Zulaica, 2005b, p.18; Del Carmen & Permuy, 2017, p.16; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.193). Asimismo, además de absorber la sustancia con mayor rapidez, tiene una menor capacidad para metabolizarla, ya que su organismo produce menos enzima alcohol deshidrogenasa (Barreda et al., 2005b, p.18; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003, p.237). Encima, se ha encontrado que hay una mayor concentración de alcohol con la misma cantidad de consumo en la fase premenstrual (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003).

Maffia et al. (2011) mencionan que el cuerpo de la mujer tiene una diferente proporción de grasa y agua, además de distinciones químicas, hormonales y de metabolismo que inciden en los índices de absorción y el efecto de las sustancias, no solo del alcohol sino también de drogas como la marihuana y algunas benzodiazepinas. Las y los autores ejemplifican diciendo que las mujeres requieren de una menor dosis de tranquilizantes que los hombres para obtener los mismos efectos terapéuticos y experimentan hasta el doble de efectos secundarios.

Otra distinción que se ha hecho del consumo es que a pesar de que el número de hombres adictos sea mayor, “las mujeres adictas sufren los efectos indeseables de las drogas en un 50-100% más que los hombres” (Allen, 1994, citados en Pérez & Correa, 2011, p.213). Aunado a esto, es importante considerar lo que se ha llamado el “curso telescópico”, que se refiere al rápido desarrollo que tiene la adicción en las mujeres (Ávila, 1996, citado en Pérez & Correa, 2011). Rodrigo Marín-Navarrete, Ana de la Fuente, Gisel Cano, Luis Villalobos, Linda Bucay, Lorena Larios y Ana Ambriz (2015), en su revisión bibliográfica, atribuyeron a la predisposición biológica de la mujer el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias con menos años de consumo que los hombres (Marín-Navarrete, de la Fuente, Cano, Villalobos, Bucay, Larios & Ambriz, 2015; Piazza et al., 1989; Johnson et al., 2005).

En lo que se refiere a las consecuencias del consumo, en la literatura se observa cómo las mujeres sufren mayor riesgo para desarrollar daños hepáticos, cerebrales y cardíacos (Del Carmen & Permuy, 2017; Cravioto, De la Rosa & García-de la Torre, 1998). Cravioto et al. (1998) adjudican a las diferencias bioquímicas “del género” la mayor susceptibilidad a padecer cáncer de laringe, faringe, esófago e hígado, así como cirrosis hepática. Acerca de este último padecimiento, María Elena Medina-Mora y Estela Rojas Guiot (2003) agregan que su desarrollo surge a edades más tempranas que los hombres, a pesar de haber tenido un menor consumo.

Del Carmen y Permuy (2017), de acuerdo con su revisión bibliográfica, exponen que en comparación con los hombres, las mujeres con adicción al alcohol presentan tasas de mortalidad de entre 50 y 100%, debido a causas como enfermedades cardíacas, derrame cerebral, cirrosis hepática, accidentes y suicidios. Además, mencionan que aunque el riesgo de sufrir algún tipo de lesión relacionada a accidentes de tráfico o incidentes de violencia es similar

en ambos géneros tras consumir tres unidades de bebida, superado ese umbral, el riesgo aumenta con mayor rapidez en las mujeres. Del mismo modo, Maffia et al. (2011) refieren que las mujeres muestran una mayor tendencia que los hombres a mezclar las sustancias como psicofármacos y tranquilizantes con el alcohol, lo cual incrementa el riesgo de accidentes e intoxicaciones.

También se ha observado la incidencia del consumo en patologías como la osteoporosis, la infertilidad y el cáncer de mama (Del Carmen & Permy, 2017, p.16; Marín-Navarrete et al., 2015), en alteraciones del ciclo menstrual y / o en la respuesta sexual (Leal, Molina, Peralta & Sáez, 2020, p.26) y en el caso del consumo de tranquilizantes, disminución del deseo sexual (Maffia et al., 2011). Mireira Jané Checa (2004) añade que en específico, el consumo del tabaco afecta principalmente a las áreas ginecológicas y reproductivas.

En lo que concierne a la edad, Barreda et al. (2005b) mencionan que de forma independiente al sexo, las consecuencias del consumo, tanto inmediatas como tardías, son peores cuando el inicio de este se da a temprana edad. Sin embargo, mencionan que los datos de varios estudios apuntan a que sí hay una mayor afectación en el organismo adolescente de las mujeres.

En el ámbito de la salud mental, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) afirman que la comorbilidad entre el consumo y otros trastornos mentales representa una problemática de salud pública. En el caso de las mujeres, se ha visto una mayor proclividad que la de los varones a presentar trastornos de comorbilidad psiquiátrica como la depresión, la ansiedad (González, 2015; Dawson & Archer, 1992 citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Llinares, Santos, Albiach, Camacho & Palau, 2006), trastornos de estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Según la revisión bibliográfica de Texeira Santos et al. (2019), se ha visto que el consumo potencializa problemas de salud mental y viceversa, como la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y el trastorno antisocial de la personalidad. De la misma forma, en la investigación realizada por Marín-Navarrete et al. (2015), donde se entrevistaron a 100 mujeres alcohólicas, se observó que los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia fueron los de afecto y los trastornos de la personalidad, aspecto que según las y los autores concordó con los datos presentados en otros estudios. Al respecto, Medina-Mora y Rojas Guiot (2003) exponen que las mujeres alcohólicas presentan más problemas psiquiátricos y emocionales, y mencionan que con frecuencia las mujeres tienen una depresión previa, además de que por lo común, el consumo está ligado con un evento traumático.

Cabe mencionar que sería simplista adjudicar los problemas de salud que viven las mujeres con adicciones solo a sus particularidades biológicas. Barreda et al. (2005b) exponen que las investigaciones acerca de las consecuencias orgánicas del consumo de la mujer sugieren mayor vulnerabilidad femenina, sin embargo, las consecuencias del consumo no dependen solo de los efectos de la droga *per se* sino: “del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social” (p.18).

Por ejemplo, varios autores explican la comorbilidad del consumo con trastornos psiquiátricos desde la vulnerabilidad psicosocial que vive la mujer (Cravioto et al., 1998; González, 2015; Llinares et al., 2006; Teixeira Santos, Perruci, Priolli, Pires, de Souza, dos Santo & Pillon, 2019). Así pues, en el caso de la depresión se ha visto cómo factores de vulnerabilidad social, precariedad laboral y escasez de apoyo podrían ser elementos fundamentales en la explicación de la etiología del consumo de sustancias o de su mantenimiento (González, 2015; Llinares et al., 2006).

Cravioto et al. (1998) comprenden, desde el aspecto psicosocial, que la mujer alcohólica “se ve expuesta a un desequilibrio emocional que le ocasiona depresión, angustia, miedo, ansiedad, baja autoestima, accidentes y violencia por la falta de control de sus impulsos agresivos” (p.258). Además, las autoras exponen que el consumo de psicofármacos en las mujeres ha de ser abordado como un problema de salud pública, puesto que con frecuencia los tranquilizantes y sedantes les son recetados para disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés provocados por problemas económicos, familiares o laborales; sin embargo, pueden caer en el abuso de psicofármacos o en extender el tratamiento sin supervisión médica, a pesar de las consecuencias que ello implica.

Sobre esta misma línea, Fernando da Silva y Claudete Ferreira (2020) concluyeron que el consumo de sustancias como el tabaco, los tranquilizantes y cannabis se asociaban al “distrés mental”, término utilizado cuando la persona presenta síntomas físicos de tristeza o ansiosos que interfieren en sus actividades cotidianas, pero que no necesariamente cumplen los criterios para entrar en un diagnóstico de trastorno mental.

No obstante, el distrés mental es trivializado cuando los individuos, en especial las mujeres, refieren prácticas marginalizadas, como el consumo de alcohol u otras drogas. Se les criminaliza cuando en realidad, el consumo es comórbido a otros problemas ligados a altos niveles de vulnerabilidad psicosocial, así como al bajo nivel socioeconómico y educativo (Teixera Santos et al., 2019; Silva & Ferreira, 2020). En el estudio de Silva y Ferreira (2020) se observó cómo las mujeres alcohólicas que vivían en tal vulnerabilidad psicosocial presentaron consecuencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, como ataques de pánico y episodios de heteroagresividad, síntomas de abstinencia, como insomnio y agresividad, y síntomas depresivos, como soledad, ideación e intento suicida.

Resulta imprescindible comprender el tema de la mujer y las adicciones desde lo psicosocial; es en este ámbito en donde entra el género como un concepto clave para la comprensión de las condiciones y vulnerabilidad de las mujeres. Antes de ser adicta, la mujer fue socializada de acuerdo con las expectativas y roles sociales que por sus genitales le asignaron dentro de una cultura heteropatriarcal. En palabras de Josefa Gómez, Enrique Clari y Ana Saiz (2006): “El hecho de ser mujer condiciona y conforma expresiones de los consumos de drogas y de la problemática que acompaña a estos”. Si bien la adicción no tiene género en sí misma, este sí es un factor que influye en cómo se enfrenta en la vivencia de la adicción, y en su consecuente juicio social y terapéutico (Galaviz, 2015). A continuación, se explora cómo la mujer adicta padece el consumo desde la cultura, la transgresión de sus exigencias genéricas y el estigma social e internalizado.

Dentro de la cultura mexicana, el valor de la mujer está ligado de forma directa a la familia. Así, la mujer es considerada como el elemento crucial para la unión familiar, y desde el ejercicio de su maternidad satisface lo que parece ser su propósito existencial (Marín-Navarrete, Templos & Larios, 2011, p.137). Eulalio López y Manuel Pérez (2006) afirman que la preparación de las niñas está destinada al cumplimiento de roles como ama de casa, madre de familia y esposa. Desempeñarse de manera exitosa en ellos significa cumplir socialmente con lo esperado, y, por ende, ser una buena mujer.

Varios autores han expuesto que el problema del consumo en la mujer radica en la falta de cumplimiento satisfactorio de sus expectativas y roles de género asignados (Bishop, 1994, p.3; Gómez, Valderrama-Zurián, Girva, Tortajada & Guillot, 2008; Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, pp. 193-194). Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) mencionan que el consumo limita el pleno ejercicio de los mandatos culturales

como mujer. Asimismo, según Alison Bishop (1994), aunque en la mujer se acepten cierto tipo de dependencias, como a un hombre, al café, al tabaco o al azúcar, la dependencia a cualquier sustancia es mal vista cuando esta interfiere con sus roles de ama de casa, madre y trabajadora. La autora concibe que en realidad, el hombre teme el abuso de sustancias de la mujer, puesto que la mujer adicta: “evoca imágenes terribles de lo que es capaz de decir o hacer, liberada por el alcohol de su predecible manera de ser, de sus roles restringidos de esposa y madre” (p.3). Al respecto, Romero Mendoza et al. (1996) añaden que la mujer adicta representa una especial amenaza al rol femenino tradicional.

El consumo de alcohol en las mujeres es socialmente aceptado mientras cumpla con sus exigencias genéricas: que el consumo no sea en público, que controle no demostrar los efectos del alcohol, y en “algunos contextos sociales bien definidos”, también que controle el consumo de sus parejas (Romero Mendoza et al., 1996). En caso de no lograrlo o padecer de alguna toxicomanía, en el ámbito privado es vista como mala madre y esposa irresponsable; mientras que en el público, se considera que está fuera de control, pérdida y no es digna de confianza (Romero Mendoza et al., 1996; Gómez et al., 2008, p.1; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Se ha construido una imagen de “mala madre” en torno a las mujeres que consumen drogas, debido a estudios que si bien han concientizado acerca de los efectos de las sustancias psicoactivas y sus consecuencias durante el embarazo, daños graves al feto, así como el descuido y maltrato hacia los hijos (Romo, 2006, citado en Carrillo, 2012), también las han criminalizado y fomentado su estigmatización. Según Romo (2005), “el discurso público acerca del uso de ‘drogas’ se conforma en base a juicios condenatorios y estigmatizantes sobre el comportamiento de las mujeres” (p.72).

En el imaginario colectivo, la mujer adicta suele ser asociada con la prostitución, la desnaturalización de la maternidad, la agresividad y el vicio desmedido (Ortíz & Clavero, 2014); es decir, con la promiscuidad, la inmoralidad y la incapacidad de cuidar de la familia (Silva & Ferreira, 2020; Romero Mendoza et al., 1996). Condiciones impensables dentro de la feminidad, “desgracia” que ha sido descrita como: “la desviación de las desviaciones”, según lo recuperado en la revisión bibliográfica de Romero Mendoza et al. (1996). En resumen, se puede afirmar que la percepción social que se tiene de la mujer adicta es más negativa que la se tiene del hombre adicto (Ramírez & Luís, 2008, p.694).

El estigma de la mujer adicta es comprendido desde dos vertientes: como un rechazo social que surge de la percepción de que la mujer adicta ha fracasado como mujer y perdido toda respetabilidad en casi todas las áreas de su vida (Alonso et al., 2011; Gómez et al., 2008; Romero Mendoza et al., 1996). O bien, desde una doble estigmatización: por ser mujer y por consumir sustancias (Castillo & Gutiérrez, 2008; Gómez, Clari & Saiz, 2006).

Luciana Ramos (2001) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) han denunciado el sometimiento de la mujer a un estándar de doble moral social en el que se les rechaza por el mismo tipo de conductas que en los hombres son toleradas, como el consumo de sustancias. En palabras de Medina-Mora y Rojas Guiot (2003): “las normas de consumo son diferentes para los hombres y para las mujeres”, ya que existe una aceptación social tácita de que el consumo de drogas es una conducta masculina, y por lo tanto, la sociedad es más indulgente en el consumo de los hombres (Castillo & Gutiérrez, 2008.; Gómez, et al., 2006; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003).

Gómez et al. (2006) ilustran tales aseveraciones desde la percepción social que se tiene de la mujer cocainómana: “El estereotipo que domina es el de una mujer de clase social baja,

con una vida totalmente desestructurada tanto a nivel físico, como familiar y social. Esta imagen tan devaluada se corresponde con un rígido juicio moral que la coloca a un nivel muy inferior al que se les concede a los hombres adictos a la cocaína” (p.154). Según las autoras, en ellos, el consumo se ve como una enfermedad digna de lástima, en ellas, como vicio, irresponsabilidad, inadecuación y desviación.

A la mujer adicta no se le sanciona solo por sus conductas sino por la transgresión a la normatividad de género que sus conductas implican. Si bien, el adicto también es un rechazado social, la mujer que consume tiende a recibir un rechazo más contundente y destructivo que el de los hombres (Alonso et al., 2011; Gómez et al., 2006; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Del Pozo, 2015). Esto tiene como consecuencias más estrés, estados afectivos negativos y baja autoestima (Alonso et al., 2011).

En suma, las mujeres que viven una adicción enfrentan una serie de dificultades particulares al sistema sexo-género. Aunque el consumo sea en menor proporción, “presentan un índice de problemas desproporcionadamente mayor a su nivel de consumo” (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003, p.230). Según los estudios que resaltan la diferencia biológica, viven una mayor y más rápida destrucción en su salud, reflejada en patologías físicas. Según la lectura desde el género, las mujeres adictas experimentan el estigma y el rechazo de la transgresión del consumo. Y es así como la mayoría de las y los autores llegan a la conclusión de que la mujer adicta se caracteriza por su vulnerabilidad.

LAS BARRERAS EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO

A pesar de las consecuencias tanto físicas como psicosociales del consumo en las mujeres, su asistencia a programas de tratamiento es baja. Según los datos proporcionados por la Encodat (2017) (Conadic, 2017), 50.5% de los hombres drogodependientes han acudido a profesionales de la psicología para tratamiento, y 40.9% reportó haber asistido a grupos de autoayuda; situación que se da similar en hombres dependientes al alcohol, ya que 20.9% acudió con un psicólogo, y 23.1% asiste a un grupo. Las mujeres, por su parte, muestran porcentajes menores a los de los hombres; en la dependencia al alcohol, 13.2% acudió a ayuda psicológica, y 7.1%, a grupos de autoayuda; mientras que las mujeres drogodependientes asistieron en 29.1% y 3%, respectivamente.

Asimismo, es más probable que la mujer pida ayuda por problemas comórbidos, como trastornos mentales, que por su adicción a sustancias (Del Carmen & Permuy, 2017); o bien, “por problemáticas concretas como: multas por consumo en la calle, crisis de ansiedad, estados depresivos o episodios de tipo psicótico asociado al consumo de sustancias” (Barreda et al., 2005c, p.39).

En este apartado se abordarán los factores que están detrás de la baja demanda asistencial en las mujeres. Para ello, se retoma el concepto de “barrera para el tratamiento”, comprendida como “los fenómenos subjetivos, que pueden ser creencias o percepciones de la persona y / o fenómenos externos, como el sistema de salud, características de los programas o factores socioculturales y ambientales y / o cualquier aspecto que obstruya o restrinja la vía para recibir atención sobre un problema particular” (Romero et al., 2009, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Es decir, los condicionantes personales, sociales y culturales por los que las mujeres asisten en menor medida a instituciones y / o profesionales que puedan brindarle ayuda.

Dentro del ámbito personal, se concibe el estigma internalizado como una de las barreras “internas” o “personales” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) atribuidas a la propia mujer. Este estigma se ve reflejado en sentimientos de vergüenza, así como en el ocultamiento y negación de la enfermedad.

Bishop (1994) menciona que la mujer cuida su imagen ante la sociedad al tener actitudes y conductas que disfracen su adicción, por lo que en las primeras fases de la enfermedad se esforzará por mantener una imagen impoluta ante los demás, perfecta tanto en el ámbito doméstico como laboral. Sobre esto, Etorre (1998, citado en Barreda et al., 2005b) utiliza el término de “alcohólicas clandestinas” para referirse a las amas de casa con hijos, que han abordado la crianza desde el ocultamiento y la vergüenza de su consumo. El estigma internalizado implica que no solo han fracasado como mujeres ante la sociedad sino que lo han hecho ante ellas mismas.

Autores como Lidia Márquez y Andrés Lorenzo (2006) han hipotetizado que el no poder cumplir con las tareas de cuidado es algo que produce sentimientos de culpa y que reduce la autoestima en la mujer. Por su parte, Ortíz y Clavero (2014) interpretan que los sentimientos de culpa y vergüenza son experimentados por las mujeres al considerar el consumo como una conducta “impropia” de su sexo. Mientras que Josefa Gómez, Juan Valderrama-Zurián, Tamara Girva, Silvia Tortajada y Jorge Guillot (2008) comprenden la vergüenza y la culpa como resultado de las conductas que surgen al consumir o por los trabajos realizados para poder comprar la sustancia a la cual es dependiente.

También se ha visto cómo la identidad de género representa, por sí misma, una barrera tanto personal como social para el tratamiento, puesto que en la mujer recae la expectativa colectiva de su dependencia y poca autoeficacia. En palabras de Llopis et al. (2005): “los estereotipos sociales en el caso de las adictas se multiplican de forma que la credibilidad, la eficacia y las expectativas de éxito son prácticamente nulas, tanto a nivel de los familiares, la propia adicta, e incluso entre profesionales” (p.152).

La vergüenza, la culpa y la baja autoestima, ligadas al fracaso de los roles y estereotipos adjudicados a su género también están relacionadas con el temor al rechazo social y daño a la imagen propia. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) afirman que las condiciones sociales estigmatizantes “motivan que las mujeres experimenten más problemas y con frecuencia oculten su consumo, lo que dificulta una detección e intervención tempranas” (p.13). Entonces bien, aunque la normatividad de género “protege” a las mujeres de un posible consumo, su transgresión implica una amenaza de sanción social evitada a toda costa. Es así, como las mujeres pueden no reconocer el abuso de sustancias como un problema de salud mental (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), a pesar de las consecuencias adversas experimentadas a raíz de su consumo (Carrillo, 2012).

Es importante resaltar que las mujeres viven algo que se da en los procesos adictivos de manera independiente al género: la negación. Según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), con frecuencia las personas que abusan de sustancias “subestiman la cantidad, la duración del problema, o el impacto que las sustancias han tenido en la vida personal o en la salud. Por otro lado, se sobrevalora la habilidad de controlar el consumo o de abandonarlo a voluntad” (p.254). En la población femenina se ha hipotetizado que la negación eclipsa al reconocimiento de la adicción, en gran parte, debido al intento de mantener la aceptación de sus vínculos afectivos, tanto del entorno familiar como social (Márquez & Lorenzo, 2006); lo que a su vez determina el que las mujeres no busquen apoyo.

Martha Romero, Gabriela Saldívar, Lilian Loyola, Eva Rodríguez y Jorge Galván (2010), Gómez et al. (2006) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) coinciden en que existe un temor a no ser aceptadas por la pareja y amigos, por perder a los hijos, y por no contar con apoyo familiar. Romero et al. (2010) teorizan que lo mencionado obedece “al mandato de género de las mujeres de “vivir para los otros” [comillas del autor], a fin de poseer pertenencia e identidad, aun a costa de su bienestar”.

La falta de apoyo no se queda en “el miedo” de la mujer sino que es algo que trasciende la creencia y constituye barreras del tipo interpersonal, reflejadas en el poco apoyo por parte de la familia y pareja (Gómez, et al., 2008; Ortíz & Clavero, 2014; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), y comprendidas como consecuencia de barreras de tipo estructural, social y cultural (Gómez et al., 2006; Chait & Begoña Zulaica, 2005). Mencionan que la mujer adicta se caracteriza por la ausencia de relaciones sociales, ya que por su consumo, deja de frecuentar a amigos no consumidores. Además, si vive en una situación de maltrato “se produce el aislamiento de las amistades que ‘molestan’ [comillas de las autoras] a las parejas, provocando una mayor dependencia hacia estas y el aislamiento social” (pp. 107-108). Esto tiene como consecuencia que la mujer se encuentre en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que como afirman Teixeira Santos et al. (2019), las redes de apoyo tienen un rol fundamental en la búsqueda para tratamiento.

De manera análoga, en el tema de la maternidad se observa una conjunción de barreras interpersonales y estructurales, así como de motivadores para el tratamiento. Castillo et al. (2003) afirman que durante el embarazo, las mujeres decrecen su consumo o inician un tratamiento. Palop (2000) por su parte, analiza cómo en la maternidad las mujeres drogodependientes satisfacen sus necesidades más profundas, como la valoración social y necesidad de identidad; así, los hijos constituyen una motivación y responsabilidad para la madre. No obstante, Palop reconoce que la responsabilidad de las madres se desborda en el proceso terapéutico, ya que cuentan con poco apoyo de recursos disponibles y es complicado encontrar centros especializados en su problemática.

En este sentido, Barreda et al. (2005b) coinciden con Palop (2000) al expresar que aparte de la barrera por temor a la pérdida de la tutela, los hijos representan una dificultad para entrar a tratamiento debido a la falta de recursos adaptados. Las autoras profundizan explicando que en el caso de plantearse un tratamiento que conlleve el internarse en un centro de salud, la falta de apoyo y / o la separación física pueden significar dificultades irreversibles para las mujeres; ahora bien, en el caso de que se busque tratamiento ambulatorio, la mujer de todas formas vivirá el desafío de combinar el trabajo reproductivo con el tratamiento.

Esta situación se complejiza aún más al tomar en cuenta a las mujeres que trabajan, además de ser madres y desempeñarse en el ámbito reproductivo. En esos casos, se hace frente a las complicaciones de la doble jornada laboral, consistentes en encontrar un equilibrio entre las tareas de cuidado y su labor productiva (Cravioto et al., 1998; González, 2015). Según el estudio realizado en estudiantes universitarias consumidoras de tabaco (González, 2015), se encontró que la carga del trabajo doméstico, el cuidado de los hijos y / o las actividades productivas son elementos que aumentan su sensación de estrés, ansiedad y consumo de tabaco. Cravioto et al. (1998) mencionan que el uso de drogas puede ser provocado por la necesidad “de cumplir la doble tarea de seguir siendo parte fundamental en la integración de la familia [...] y además enfrentar situaciones de liderazgo, toma de decisiones, responsabilidades y demás problemas que antes solo eran del dominio del sexo masculino”.

La dificultad para desempeñar actividades productivas y reproductivas se considera como un problema de tipo estructural, enraizado en la desigualdad de género y reflejado en factores como horarios rígidos y de retribución (Chait & Zulaica, 2005; Gómez, et al., 2008). Chait y Zulaica (2005), en su revisión bibliográfica, encontraron que independientemente de la sustancia abusada, la mayor parte de las mujeres han vivido una historia laboral que se caracteriza por mayor inestabilidad, precariedad laboral, y peor formación con respecto a los hombres; aspecto que coincide los datos reportados por Ortíz y Clavero (2014) y Rodríguez et al. (2003). Del mismo modo, las mujeres suelen tener menores niveles de ingreso que los hombres, o bien, pueden depender del sustento económico de sus parejas (Belló et al., 2008, citados en Galván & Marín-Navarrete, 2011, p.164; Castillo, Llopis, Rebollida, Fernández & Orengo, 2003).

Finalmente, están las barreras estructurales y de programa. Según Castillo y Gutiérrez (2008), cuando una mujer pasa la barrera social que la protege del consumo, tiende a desarrollar un consumo de mayor gravedad al de los hombres, se ve expuesta a sufrir un mayor número de consecuencias adversas y cuenta con más dificultades para lograr su rehabilitación. Barreda et al. (2005a) retoman a Walters (1998) afirmando que “las mujeres se encuentran con más limitaciones derivadas del impacto diferencial de la transgresión”, en el acceso a los recursos que le permitan su recuperación.

Así pues, se ha denunciado una inadecuación de los tratamientos a las necesidades de las mujeres, puesto que han sido diseñados principalmente para las circunstancias de la población masculina (Meneses, 2002, citado en Gómez et al., 2006; Márquez & Lorenzo, 2006; Najavits et al., 2007; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Tanto la clínica como la producción académica se han centrado en su investigación en sujetos varones y en sus necesidades, obviando las particularidades de las mujeres (Barreda et al., 2005a; Maffia et al., 2011), o bien, se han considerado como meras desviaciones de los resultados en estudios hechos de manera exclusiva en hombres (Rekalde & Vilches, 2003, citados en Pérez & Correa, 2011). Al ocultamiento de la situación y necesidades de este sector poblacional, se le ha llamado, según Maffia et al. (2011), “invisibilización de las mujeres”.

Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) indican que el consumo en mujeres había sido un fenómeno con menor prevalencia que en los hombres, por lo que las prácticas de intervención homogeneizaban el tratamiento, “como si unos y otras tuvieran los mismos problemas” (p.83). Gómez et al. (2006) recuperan a Meneses (2002), quien afirma que el diseño de los programas preferentemente para varones es un punto clave para la comprensión de la baja demanda asistencial, puesto que ellas “presentan situaciones diferentes que requieren cierta especificidad en el tratamiento de las drogodependencias” (p.157).

Márquez y Lorenzo (2006) abordan esta misma cuestión denunciando una evidente masculinización en el diseño y aplicación de los programas de tratamiento. Teixeira Santos et al. (2019) añaden que la falta de representación de la mujer en los estudios científicos, así como la ignorancia de las diferencias de género en cómo se vive la adicción, han retrasado el desarrollo de programas específicos y eficaces para las mujeres, coincidiendo así con Maffia et al. (2011), quienes argumentan que la ausencia del enfoque de género ha entorpecido “el desarrollo de una asistencia diferencial al decantarse por una investigación científica y una clínica estereotipada, donde la mayoría de los sujetos estudiados son hombres y, por tanto la *norma*” (cursivas de las autoras).

Ortíz y Clavero (2014) puntualizan que la focalización en el problema de adicción masculino por parte de la investigación y los programas de tratamiento no niega la realidad del

abuso de sustancias en mujeres sino que “simplemente, como en otros ámbitos de lo público, no la ha hecho visible”.

Esta masculinización del tratamiento e invisibilización de las necesidades de las mujeres desemboca en la desconfianza a los tratamientos y la preocupación de las usuarias a que sus problemas y necesidades no sean comprendidas por el personal de salud (Barreda et al., 2005d, p.59; Márquez & Lorenzo, 2006; Fuentes, 2011, p.278; Galván & Marín-Navarrete, p.164; Medina-Mora, 2011, p.18).

Al respecto, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) mencionan que una razón por la que las mujeres no buscan ayuda es porque consideran que no recibirán el tratamiento adecuado a sus necesidades. La combinación de las tareas de cuidado con el tratamiento no se ve facilitada por características de los propios centros de rehabilitación, debido a la rigidez de horarios (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Gómez et al., 2008), o que las instalaciones no son adecuadas para ayudar con el cuidado de las y los hijos (Van Den Bergh, 2007, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Márquez y Lorenzo (2006) exponen que una de las razones por las que las mujeres con hijos no asisten ni permanecen en los programas de rehabilitación tiene que ver con la “incompatibilidad manifiesta que impide que puedan combinar proceso y cuidado familiar, por lo que muchas deben delegar en otros familiares en el mejor de los casos, o bien sufrir la retirada de custodia de sus hijos” (p.10). Esto, además de reforzar el temor ya mencionado de la pérdida de los hijos, crea desconfianza hacia las y los profesionales de la salud.

A esto se le añade el problema que los prejuicios profesionales representan para el acceso de las mujeres a programas de rehabilitación. Para empezar, la mujer desconfía de las y los profesionales por el temor a ser juzgadas como una mala madre o mujer (Barreda et al., 2005d). Chait y Zulaica (2005) exponen que en ocasiones se ha encontrado maltrato por parte de las mismas instituciones de salud cuando las mujeres con adicción a las drogas acuden por emergencias como una sobredosis, intentos de suicidio, maltrato o demandan una interrupción de embarazo. Por su parte, Gloria Galaviz (2015) agrega que de manera consciente o no, el género interviene al momento de realizar un juicio social y terapéutico. Lo mencionado resulta en especial problemático cuando se toma en cuenta que además de constituir una barrera para el acceso al tratamiento, los prejuicios contribuyen al sufrimiento de las usuarias y dificulta su adherencia al tratamiento (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Asimismo, se ha señalado el androcentrismo existente en la investigación científica, reflejada en discursos y preocupaciones que tienden a centrarse en los efectos sobre los familiares y otras personas, desplazando a la mujer del centro del problema y definiendo su importancia en función de los otros (Pérez & Correa, 2011); es decir, la producción académica está vinculada con la presencia de ciertos estereotipos de género (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Ejemplo de esto se encuentra en artículos como el de Darinel Boo-Vera, Jorge Martínez-Jorge y Jorge Montesinos-Balboa (2010) quienes relacionan el problema de la adicción en la mujer de forma directa con la disfuncionalidad conyugal y familiar. Asimismo, en la literatura médica consultada se abordan los problemas de salud que enfrentan las mujeres adictas, poniendo especial énfasis en los problemas de reproducción y ginecológicos (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Si bien estas problemáticas son reales y relevantes, los resultados o la importancia puesta en ellos podrían implicar el reforzamiento de los roles de género y el estigma de “mala madre” o “mala esposa” que vive la mujer adicta.

Con base en la literatura consultada, podemos observar que la adicción de la mujer termina por representar una paradoja: si en algún momento cae en el abuso de sustancias, vivirá una destrucción física de rápida evolución por sus condiciones biológicas, sociales y culturales, además de que llegará un momento donde será imposible cumplir con los roles y estereotipos de género dictaminados por una sociedad heteropatriarcal.

Al no cumplir, se vuelve una transgresora, una “mala mujer”, sujeta al rechazo, tanto social como interno. En el caso de que se supere la negación o el miedo al reconocimiento de la adicción, y decida asistir a tratamiento, se encontrará con mayores limitaciones y menores herramientas que su contraparte masculina, además del desencanto de los centros de tratamiento que no tienen en consideración sus necesidades y que no están exentos de los prejuicios profesionales. En otros términos: si consume, se le rechaza; si es rechazada, no se le brinda ayuda; si no se le brinda ayuda, no puede hacerle frente a su adicción. La mujer adicta está atrapada en un círculo vicioso dibujado por el sistema de género.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Si bien es complicado interferir en las barreras personales e interpersonales de las mujeres, sí se puede actuar desde el cambio de las barreras estructurales y de programa. Por lo mismo, existe una gran insistencia en programas de tratamiento centrados en necesidades específicas de cada población de mujeres a la que se atiende (Barreda et al., 2005a; Castillo et al., 2003; Castillo & Gutiérrez, 2008; Del Carmen & Permuy, 2017; Chait & Zulaica, 2005; Gómez et al., 2006; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Palop, 2000; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Castillo et al. (2003) hacen énfasis en que el diseño para cualquier tipo de aproximación —ya sea preventiva, terapéutica, o de investigación— debe de tomar en cuenta las especificidades de las mujeres; ya que al ignorarlas, se trabaja a espaldas del usuario, no se atienden sus necesidades y la perspectiva de éxito decrece. Aunado a esto, Castillo y Gutiérrez (2008) puntualizan que el adecuar el tratamiento supone el poder administrar mejor los recursos económicos y humanos. Esta perspectiva coincide con la de Martha Romero (2011) quien externa la imperiosa necesidad de desarrollar intervenciones diferenciadas, situadas en contexto y con base en las características de la población atendida y sus necesidades, tomando en cuenta factores como “el riesgo elevado a la comorbilidad psiquiátrica y la vulnerabilidad fisiológica, condición social y [...] su nivel de rechazo social expresado en el aislamiento y la culpa” (p.30).

Por su parte, Del Carmen y Permuy (2017) plantean intervenciones que presten especial atención a la psicopatología dual que viven las mujeres con adicciones. Además, consideran conveniente la creación de “protocolos de cribaje adaptados según el género con el fin de detectar en los servicios de atención primaria y salud mental a las mujeres con problemas de alcoholismo cuya queja principal y demanda es por síntomas ansiosos o depresivos” (p.21).

Del mismo modo, en 10 de los artículos consultados se hace explícita la necesidad del diseño de tratamientos con base en la perspectiva de género (Esquivel, Ortíz & Ortíz, 2012; Meneses, 2006; Galaviz, 2015; Márquez & Lorenzo, 2006; Najavits et al., 2007; Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Saldívar, Loyola, Rodríguez, & Galván, 2010; Romo, 2005; Ortiz & Clavero, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) afirma que el enfoque que se le dé al tratamiento debe atender cuestiones de género, puesto que las diferencias entre los sexos

provocan situaciones de desigualdad en cuanto al estado de salud, dando lugar a diferencia en el acceso y uso de la información, atención y los servicios sanitarios (citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Georgina Esquivel, Luz Ortiz y R. Ortiz (2012) mencionan que este enfoque permite hacer un análisis de la problemática de las mujeres, considerando sus condiciones de vida y subjetividad.

Desde esta perspectiva, Palop (2000) plantea la necesidad de que en los centros de tratamiento se aborden cuestiones que surgen desde la diferencialidad de género, como lo son el reconocimiento de nuevas formas de maternidad, la identificación y cuestionamiento de los estereotipos de género a los que están adscritas, el fomento de intereses más allá del mundo doméstico y el reconocimiento a su trabajo reproductivo. A su vez, Carmen Meneses Falcón (2006) propone sugerencias para los programas de recuperación, consistentes en “la presencia y cercanía de sus hijos durante el tratamiento, atender los traumas por abuso sexual y violencia, clima de confianza y seguridad reforzando el discurso femenino, incidir en la preparación e inserción laboral para romper la dependencia y subordinación de las mujeres”.

Por su parte, Galaviz (2015) también argumenta la necesidad de esta perspectiva mediante el análisis que hace acerca de la ineficacia de los programas en centros de rehabilitación de la ciudad de Tijuana. La autora revela que en estas instituciones se reproducen los estereotipos y estigmas asociados al género y que esta estrategia solo resulta útil para una mínima parte de las internas, es decir, para las “que logran interiorizarlos (estereotipos de género) y recobrar la sobriedad y funcionalidad social a través de ellos.” Al respecto, Romero Mendoza et al. (1996) añaden que es importante que la o el profesional de la salud no mida el éxito del tratamiento solo en términos del ajuste al estereotipo del rol femenino.

La perspectiva de género exhorta a la capacitación profesional para la intervención con mujeres adictas, en especial en temas como el tratamiento integral basado en la perspectiva de género, comorbilidad psiquiátrica, la violencia de género, el género y las adicciones, entre otros (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Así como el desarrollo de habilidades y actitudes que las y los profesionales de la salud deben tener presentes dentro de sus intervenciones, a fin de lograr su eficacia (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Puesto que sin ellas, se impide el poder brindar una atención adecuada.

Así pues, se apuesta por la creación de servicios y espacios especiales para las mujeres, “separatistas”, en donde las relaciones terapéuticas que se establezcan se basen en la confianza recíproca y confianza comprensiva (Barreda et al., 2005d; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Este elemento es fundamental, puesto que se ha visto que las actitudes del terapeuta y el mantenimiento de una actitud empática constituyen un predictor para la adherencia al tratamiento y el cambio terapéutico (Rogers, 1957, citado en Barreda et al., 2005d). Por lo mismo, es importante que se preste atención a los prejuicios y las actitudes de los terapeutas que entorpezcan o lleguen a imposibilitar el proceso de recuperación de las mujeres.

Además, se ha visto el éxito de los programas basados en la perspectiva de género, puesto que Lisa M. Najavits, Marshall Rosier, Alan Lee Nolan, Michael C. Freeman (2007) la implementaron en el tratamiento de mujeres opioide dependientes y en el transcurso de dos meses hubo una mejora significativa en el uso de la droga, conducta compulsiva-adictiva, mejora global y conocimiento de los conceptos de tratamiento. Así como una fuerte satisfacción hacia el programa, reflejado en un sentimiento de comprensión reportado por las participantes.

El fenómeno de la adicción en mujeres ha permanecido oculto, invisibilizado e ignorado. Es fundamental que el diseño de los programas de tratamiento, prevención y producción

académica tengan como principal eje a las mujeres a quienes están dirigidos. Las propuestas mencionadas por las y los autores reflejan un primer intento en la transformación de la atención a las mujeres con adicciones que vela por su bienestar y las sustrae de la condena social asociada con la adicción. La perspectiva de género, además de brindar una manera de comprender el fenómeno de las adicciones, aporta a la mujer lo que por décadas no tuvo: la posibilidad de recuperación.

CODEPENDENCIA

La mujer se relaciona con la adicción no solo desde su propio consumo sino desde el de los demás. Palop (2000) indica que la posición de las mujeres en las toxicomanías, de forma tradicional, ha sido la de madres cuidadoras, codependientes de sus hijos o parejas toxicómanas. Como guardiana de la moral, núcleo de la familia y principal figura “proveedora de cuidado”; se le hace responsable de la salud y del consumo de sus parejas o de cualquier integrante de su familia (Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

De forma consecuente, el tema de la mujer y las adicciones ha de abordar los efectos de la adicción más allá de la persona que consume. En este apartado, se busca hacer una revisión de lo que la literatura ha expuesto tanto de forma explícita como implícita acerca de la codependencia, así como de los términos que se han propuesto para comprender el fenómeno, su etiología explicada desde lo sociocultural y familiar, el papel de la pareja, y las consecuencias a la salud y bienestar que implican las conductas codependientes.

La codependencia, según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), es un fenómeno complejo que al igual que las adicciones puede ser analizado desde diferentes perspectivas teóricas, ya sea desde enfoques basados en evidencia científica que tienen una diferente denominación del término “codependencia”, hasta enfoques de grupos de autoayuda que se basan en la filosofía de los Doce Pasos.

De acuerdo con María Hernández y Margarita Villar (2008), el alcoholismo y la codependencia son la misma enfermedad, puesto que ambas “comparten características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control”, son socialmente aprendidas y tienen efectos sobre la salud mental tanto del adicto como de las personas que le rodean. Ahora bien, aunque en Romero, Medina-Mora & Rodríguez (2011) no se conceptualiza la codependencia como una adicción, sí se considera que es un fenómeno que presenta alta correlación con la “enfermedad de la adicción”, y por ello, debe de ser tomada en cuenta para el tratamiento.

Guevara (1993, citado en Romero, 2011) comprende a la codependencia como algo que padece la familia de un alcohólico; en cambio, utiliza el término de “co-alcoholismo” para referirse a los familiares que también presentan un problema de consumo de alcohol. Por su parte, Zerwekh y Michaels (1989, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) abordan la relación codependiente explicando que la dependencia es un elemento que la familia comparte con el adicto, ya que el adicto es dependiente de la sustancia, pero los integrantes de la familia son dependientes al adicto. Autores como Guevara (1993, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) sugieren el uso del concepto de “codependencia” para calificar el padecimiento que viven las y los familiares del adicto.

Otra forma de comprender este fenómeno ha sido bajo el término de “bi-pendencia” definido como “el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción [...] existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condicionan relevantemente el quehacer del afectado y probable-

mente de las personas involucradas”. Aunque por nuestra conformación social dependemos de las demás personas, la codependencia, según lo expuesto, se equipara con la adicción a las sustancias. De forma independiente al término utilizado, se le concibe como un padecimiento que “merma la salud integral de las personas que conviven y / o han convivido con una persona consumidora de sustancias” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). En los apartados previos se presentaron los factores alrededor del inicio y mantenimiento del consumo en las mujeres, así como de sus consecuencias, que han sido objeto de diversos abordajes. Por otro lado, la información referente a la etiología de la codependencia, así como a las problemáticas resultantes de esta, sigue siendo muy limitada.

En la literatura consultada, se teoriza la predisposición a conductas codependientes desde lo familiar y lo sociocultural. En el primer ámbito, la explicación toma dos vertientes, la primera es concebir a la codependencia como producto de la crianza en familias disfuncionales, caracterizadas por la sobreprotección o rechazo, hijos con carencias afectivas, dificultades conyugales y vínculo con algún familiar que abusa de sustancias (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Y la segunda lo explica más como un mecanismo de afrontamiento de la mujer ante el consumo de sustancias de alguno de sus familiares, que tiene como objetivo resarcir el daño provocado por el consumo (Roehling, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Hernández y Villar (2008) abonan a la discusión afirmando que la codependencia se relaciona a un sistema de conductas y creencias familiares que impiden la expresión emocional y afectiva, pero que también puede ser adquirida de manera incidental o inducida por normas institucionales.

En el ámbito sociocultural, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) revisan lo expuesto por varios autores mexicanos, quienes comprenden a la codependencia como un estilo relacional muy arraigado en la cultura, permeado por los roles de género. Históricamente, desde la conquista de México, la mujer fue responsabilizada del cuidado y bienestar de su familia. De igual modo, Degrott y Gottsbacher (2003) explican que la socialización de género mexicana prepara a los hombres para dominar, y a las mujeres para reproducir, esperando de ellas características de sumisión y de entrega. En palabras de Romero et al. (2010), se espera que la mujer viva para los otros. Su proyecto de vida está constituido por sus relaciones afectivas; sin embargo, el amor en las mujeres no es algo que resida en su naturaleza sino en la gran carencia de no tener otros proyectos que amar (Lamas, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Romero Mendoza et al. (1996) hacen la observación de que de forma independiente al consumo, “todas las mujeres compartimos los mismos mandatos culturales de ser las guardianas de la moral y los valores sociales” (p.2). Las personas que son socializadas como mujeres cargan con la internalización del cuidado y con una dependencia emocional que se verá reflejado en sus formas de vinculación con las demás personas (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Cabe mencionar que la codependencia también es vivida por los varones, sin embargo, los roles de género de las mujeres implican una mayor vulnerabilidad al desarrollo de conductas y relaciones codependientes, pues es la forma en la que se les ha enseñado a relacionarse con el otro.

Este otro toma muchas formas en la codependencia, en especial, la de la pareja y los hijos. Las madres o las esposas suelen ser las que piden ayuda en el momento en que algún familiar tiene un problema de alcoholismo (Ramos, 2001) y según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), debido a su papel de cuidadora y la responsabilidad asumida de ayudar al otro con su

adicción, experimenta un estrés que “va desde el sufrimiento por la salud y el daño que se hace el adicto, hasta los efectos negativos del consumo en la economía familiar” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.38).

Entre los efectos a la salud, se ha visto que los familiares y personas cercanas a usuarias y usuarios de sustancias psicoactivas poseen mayor vulnerabilidad a presentar problemas de salud y sufrimiento intangible a causa de entornos de estrés y desesperanza (Natera et al., 1999, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Además de que las mujeres resultan más afectadas cuando existe consumo de drogas o alcohol en el núcleo familiar, presentando enfermedades psicosomáticas, baja autoestima y depresión (Hernández & Villar, 2008; Degrott y Gottsbacher, 2003).

En términos de la relación con la pareja, autores como Hernández y Villar (2008) afirman que este fenómeno se manifiesta en el deterioro de la salud, de la relación afectiva y sexual y de la vida cotidiana, “hasta el punto de vivir por y para él”. Existe así un involucramiento obsesivo en donde se tratan de resolver los problemas de la otra persona, invirtiendo toda la energía en controlar la vida de los demás, perdiendo el control sobre la propia, confundiendo el amor con el sacrificio y sufrimiento (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Hernández & Villar, 2008). Además, lejos de pedir ayuda, la mujer codependiente toma papeles de “víctima y mártir, de perseguidora y salvadora, pues considera que solo ella puede salvar y brindar la ayuda al adicto, descalificando a terapeutas o centros de tratamiento” (Hernández & Villar, 2008, p.807). No es una adicción a la sustancia, pero sí una adicción a pretender controlar lo que socialmente le ha sido adjudicado.

A pesar del sufrimiento y deterioro vivido, la mujer codependiente teme que el vínculo entre ella y su pareja se dañe. Por consiguiente, se ha considerado a la pareja como una posible barrera para el tratamiento (Llopis, Castillo, Rebollida & Stocco, 2005; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). En Europa, según un estudio realizado por el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA) (2001), 29% de las mujeres con adicciones no recibían tratamiento debido a que sus parejas no se los permitía, y 48% de las mismas admitió no haber asistido a tratamiento porque este implicaba la separación de su pareja (Etorre, 1998, citado en Llopis et al., 2005). En otras palabras, y como ya fue mencionado en apartados anteriores, el temor a la pérdida del otro es un factor que impide que la mujer busque ayuda profesional (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Es así como la mujer vive una doble dependencia: al alcohol y a su pareja (Ortíz & Clavero, 2014).

En este sentido, se ha observado que el tener una pareja que abusa de sustancias es un factor determinante para el inicio del consumo en la mujer (Del Carmen & Permy, 2017; Castillo et al., 2003), además de ser un factor de riesgo para su recaída (Castillo et al., 2003). Palop (2000) hipotetiza que tal fenómeno puede estar ligado al deseo de “vincularse con la pareja más estrechamente, de ayudarles a salir, o de destruirse con ellos”, debido a la dependencia afectiva en la que fueron educadas. Desde la Gestalt, Degrott y Gottsbacher (2003) ilustran esta problemática como que “la necesidad de conexión y el miedo de desconexión —en especial respecto del varón pareja— son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima, y son factores de riesgo para el uso de sustancias” (p.4). Así, la dependencia que establece con su pareja, la podrá sustituir con facilidad por el consumo de sustancias con el fin de tener una relación mucho más confiable y segura.

La situación se complejiza al abordar el tema del maltrato. Según Hernández y Villar (2008), la codependencia a la pareja se expresa desde “la aceptación del engaño y maltrato de que son objeto las mujeres por parte de quien consume algún tipo de droga, perdiendo

su equilibrio emocional, alterando su forma de pensar, sentir y su comportamiento”. Ante la violencia, la mujer prefiere guardar silencio y ser tolerante, con el objetivo de evitar conflictos mayores, o bien, perder a la persona por la cual se vive. Sin embargo, el encubrimiento de su situación le provoca estrés, que a su vez, la vulnera ante el consumo (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Dicho de otro modo, la codependencia está presente tanto en el inicio del consumo, significado por, debido y gracias al otro; así como en el mantenimiento, puesto que aunque se viva un daño al bienestar integral, no se pide ayuda por el temor a la pérdida siempre presente.

A pesar de tal panorama, la realización de programas de tratamiento ha descuidado a las personas que rodean al individuo con adicción (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Esto, aunado al desconocimiento de lugares en donde puedan recibir ayuda de forma independiente de si el consumidor acude o no (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), hace que de las personas con conductas codependientes sea una población inatendida.

Si bien existe un creciente interés acerca de cómo las mujeres experimentan la adicción, la codependencia sigue siendo un término oculto e invisibilizado, aspecto que resulta problemático en tanto al vínculo tan estrecho que tiene con el consumo. Las adicciones no se limitan a la sustancia o al sujeto que la consume sino que están insertas en una realidad social compleja, en donde las personas, aunque no consuman, son de igual manera afectadas y se enfrentan con el sufrimiento de la adicción.

LA VIOLENCIA EN LA VIDA DE LAS MUJERES ADICTAS

El presente apartado pretende hacer un recorrido por la violencia y su relación con la adicción en mujeres. Se hace un despliegue de lo que las y los autores han afirmado acerca de la violencia como un factor que determina y acompaña el desarrollo y las características de la adicción en las mujeres adictas. Para su estudio, las formas de violencia en algunas ocasiones serán referidas como maltrato. Este apartado traerá al diálogo el consumo de drogas en mujeres y su relación con la violencia sexual, la violencia doméstica, la violencia laboral y para finalizar, una propuesta de rehabilitación con una urgente perspectiva de género.

A pesar de las divisiones temáticas, las violencias presentadas están relacionadas de manera intrínseca, pues se sustentan en violencias del tipo cultural y estructural. Asimismo es importante señalar que la violencia ha de ser abordada desde la integración del género con factores de clase y de raza. Las diversas violencias que viven las mujeres trabajadoras sexuales, las mujeres migrantes y las mujeres en prisión dan cuenta de ello. Pues si el ser una mujer adicta conlleva factores de mayor vulnerabilidad frente a la violencia, el pertenecer a grupos aún más marginados y desfavorecidos socialmente aumenta el grado de vulnerabilidad. No obstante, se ahondará en las violencias vividas por estas poblaciones en apartados posteriores.

Hecha esta aclaración, respecto a las formas de vulnerabilidad y la violencia sufrida por las mujeres adictas, Llopis et al. (2005, p.141) señalan que “en la concurrencia de ser una mujer adicta la víctima de la violencia, es donde con mayor claridad se observa que la llamada violencia de género o doméstica no es más que un eufemismo de la evidente violencia machista”.

Para Chait y Zulaica (2005), el hecho de ser mujer y consumir drogas son dos factores de riesgo para la violencia, aunque dependiendo de las distintas sustancias consumidas será la situación de vulnerabilidad que enfrentarán; sostienen que no es lo mismo la situación

de una mujer consumidora de heroína y cocaína intravenosa que la de una consumidora de cannabis, éxtasis y alcohol.

Las autoras mencionan que las mujeres que solicitan tratamiento de rehabilitación por un problema de abuso o dependencia de drogas tienen una mayor probabilidad de presentar maltrato en comparación con la población de mujeres en general. Llopis et al. (2005) coinciden en que en el caso de las mujeres adictas la incidencia de malos tratos es muy superior a la de la población femenina general. Además, respecto al factor de riesgo que supone una drogodependencia, Chait y Zulaica (2005) se preguntan: ¿las mujeres maltratadas tratan de neutralizar sus reacciones al trauma adormeciendo sus sentidos con alcohol y otras drogas, o es que las mujeres que usan alcohol y drogas tienen más tendencia a llevar una vida que les pone en mayor riesgo de ser maltratadas por los varones?

Aunque no se encontró un acuerdo común entre las y los autores ante la cuestión de si las mujeres adictas sufrieron primero los sucesos de violencia y con posterioridad el abuso de sustancias o viceversa, la literatura coincide en la evidente vulnerabilidad a la que están sujetas las mujeres adictas, y cómo la adicción y el maltrato son fenómenos multifactoriales. Para Chait y Zulaica (2005), las investigaciones parecen afirmar que tanto el maltrato como la adicción son síndromes, y no se puede determinar una única causa, ya que se entrecruzan factores de índole genético, social, familiar, laboral, educativo y emocional; incluso se puede encontrar una interacción entre las manifestaciones de la adicción y el maltrato.

Miller (1997, citado en: Llopis et al., 2005) sostiene que existe una relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías, entre las que se encuentra la frecuente aparición de una patología dual, en la que el consumo y adicción a diferentes sustancias se convierte en un determinante de la intervención. Además, en comparación con los varones adictos, se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes relacionados de forma directa con el inicio en el consumo de drogas entre las mujeres que tienen que ver con agresiones de índole sexual.

Violencia sexual y abuso sexual infantil

Dorothy L. Hurley (1991) señala que es muy frecuente la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos, ya que muchas de ellas refieren haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital del tipo violación o incesto. Maria Testa, Carol Vanzile-Tamsen y Jennifer Livingston (2004) agregan que los datos de los diferentes estudios realizados entre adictos ofrecen suficientes datos para que se tenga la evidencia de las dos vertientes en que las drogas y la violencia de género se interrelacionan: por un lado, el uso de drogas en mujeres parece estar relacionado de manera directa con la presencia de antecedentes de agresión sexual.

Además, el uso de drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento de agresiones sexuales y victimización física. En esta interrelación entre el maltrato y el abuso, la temporalidad resulta un factor determinante, ya que el abuso de sustancias puede aparecer como un antecedente o como un trastorno consecuente a la propia historia de abuso y / o violencia sexual (Llopis et al., 2005; Orte, 1998).

Palop (2000) señala que el porcentaje de mujeres drogodependientes que han sufrido abusos sexuales son significativamente altos (Kandall, 1996; Briere & Runtz, 1988; Singer, Bussey, Song & Lunghofer, 1995). Coincidiendo con estos autores, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) establecen que “la violencia, el trauma, el abuso sexual, las pérdidas y la

victimización son factores potenciales en la etiología diferencial del consumo de drogas en hombres y mujeres”.

Bajo esta misma línea, Carmen Orte (1998) comenta que el abuso de sustancias podría ser un antecedente que podría facilitar: la implicación de adolescentes en conductas de alto riesgo, una menor capacidad para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de violencia sexual, teniendo en cuenta la situación de debilidad personal y relacional creada a partir de una situación de abuso sexual inicial. A su vez, los abusos sexuales podrían favorecer la adicción a sustancias, ya sea por la identificación con grupos marginales a partir del estigma o como mecanismo de enfrentamiento a ese suceso estresante.

De acuerdo con Deborah L. Haller y Donna R. Miles (2004), el trauma infantil es un factor que predispone a las mujeres drogodependientes a desarrollar características de personalidad atípicas que son independientes de la adicción a las drogas, así como otros problemas psicológicos asociados al trauma infantil. Mencionan que las mujeres sobrevivientes de abuso infantil usan más alcohol, drogas recetadas y drogas ilícitas y experimentan más problemas de depresión, ansiedad y somatización (traducción de las autoras). Además, señalan que:

La prevalencia de trauma infantil es elevada entre las mujeres que abusan de sustancias, con un 33% de alcohólicas que reportan abuso físico, un 49% abuso sexual y un 23% abuso dual. Entre las mujeres usuarias de drogas intravenosas, el 45% reconoce abuso emocional, el 55% abuso físico y el 60% abuso sexual. Finalmente, el abuso de cocaína ha sido asociado con trauma infantil en abusadores perinatales de sustancias (p.271).

Degrott y Gottsbacher (2003) abonan en la relación entre el abuso sexual infantil y la drogodependencia al señalar que los antecedentes de ataques violentos contra la mujer son un factor de riesgo significativo para generar un determinado consumo de drogas. Algunos estudios resaltan el hecho de que las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas han sido, de forma reiterada, víctimas de abuso físico, emocional y sexual en su infancia y / o en su vida adulta, y han estado expuestas a la violencia en sus comunidades. Para este autor, la naturaleza del abuso destruye la confianza de las mujeres, dejando en su lugar sentimientos de baja autoestima y desesperanza.

Llopis et al. (2005) reiteran la incidencia que tiene la violencia, de cualquier tipo, ejercida en la infancia hacia las mujeres; en particular sobre las mujeres adictas, conlleva consecuencias que determinan muchas de las peculiaridades de su drogadicción, ya que termina logrando que la persona adicta tenga la percepción de sí misma como portadora de un “estigma” que la conduce a la identificación con grupos marginales.

Las y los autores agregan que la conducta de sumisión en la mujer drogodependiente es una de las consecuencias a nivel psicológico que pueden percibirse producto de los abusos sexuales sufridos en la infancia. También se puede observar un mantenimiento de la violencia sobre la mujer adicta, que si bien inicia en la infancia, continúa en la edad adulta a manos de su pareja o de familiares y conocidos.

Violencia doméstica

Ahora bien, la mujer adicta es vulnerable frente a diversas formas de violencia, no solo la violencia sexual. El maltrato sufrido en casa aparece como un detonador para el consumo

de sustancias y los comportamientos autodestructivos en el caso de las mujeres. El maltrato abona al desarrollo de adicciones, y a su vez, el consumo vuelve al sujeto más vulnerable al maltrato. Sin embargo, es importante recalcar que no porque desaparezca el consumo en una mujer adicta significa que el problema de la violencia doméstica al que se enfrenta también cesará. Como menciona Ramos (2001), no puede encontrarse una relación causa-efecto.

Como señalan Chait & Zulaica (2005), el maltrato sufrido predispone a la adicción a la víctima: las mujeres maltratadas pueden presentar, como consecuencia del maltrato, un comportamiento autodestructivo como la automedicación, el suicidio y el abuso de alcohol y otras drogas. De forma paradójica, este desarrollo de la adicción hace más vulnerable a la víctima, como es el caso de las mujeres que abusan de drogas, puesto que son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica. Incluso se ha planteado que una madre con abuso de sustancias es incapaz de protegerse a sí misma o a sus hijos como víctimas de maltrato.

Para Martha Romero, Eva Rodríguez y Carlos Campillo (1999), la violencia doméstica también aparece relacionado a las adicciones, pues mencionan que entre los motivos que tienen las mujeres para iniciarse en el consumo figuran los de índole personal: la curiosidad, el tratar de olvidar los problemas, la violencia doméstica, el maltrato, el tratar de sentirse adoptada y aceptada por el grupo de amigos.

Un factor importante que acompaña la violencia y el maltrato a las mujeres adictas reside en aquellas problemáticas que deben afrontar y permanecen ocultas. Romero Mendoza et al. (1996, p.3) mencionan: “Específicamente, para la mujer con problemas de adicciones temas fundamentales, tales como la tensión doméstica, la violencia en la familia, el conflicto con el rol sexual, el uso de drogas recreacional, la heterogeneidad de la mujer como un grupo social, la necesidad de tener una perspectiva sensible al género y una discusión de todos sus problemas permanece oculta”.

En el caso de México, un país con altos índices de violencia de género, “el uso de alcohol y otras sustancias en la familia de origen han sido reconocidos [...] como factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad a la violencia en las mujeres [...] Necesitamos comprender cómo se configuran las relaciones violentas, y determinar el papel que pueden jugar diferentes sustancias” (Ramos, 2001).

Violencia laboral

En torno a la violencia laboral sufrida por las mujeres adictas, María Magdalena Alonso, Catherine Caufield y Marco Gómez (2005) realizaron un estudio que permitió comprobar, de forma empírica, los conceptos de violencia laboral y consumo de drogas en una muestra de 669 mujeres que trabajan y residen en el área metropolitana de Monterrey. Como parte de las conclusiones, se encontró que existe una relación entre la violencia y consumo de drogas en sus formas psicofarmacológica y compulsiva económica (Alonso, Caufield & Gómez, 2005).

Para abordar esta problemática resulta importante entender el contexto y la precarización laboral, así como las dobles y triples jornadas que deben afrontar las mujeres, factores que influyen en el desarrollo de su adicción. Para Cravioto et al. (1998), es importante considerar el consumo de fármacos dentro de esta problemática, pues hasta hace poco no se contemplaba como un problema de salud pública. Algunos trabajos muestran que con frecuencia los tranquilizantes y sedantes son recetados a mujeres con el propósito de disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés provocados muchas veces por la situación económica y la problemática

familiar o laboral que viven a diario. Finalmente, el riesgo que ello conlleva es que en muchas ocasiones ellas continúan usándolas sin supervisión médica o por más tiempo del indicado, sin percatarse de las consecuencias que ello implica, como el desarrollo de una adicción.

María Magdalena Alonso, Flor Musayon, Helena Scherlowski y Marco Gómez (2006), en su estudio titulado “Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil”, analizan una muestra de 903 mujeres provenientes de México (Monterrey), Perú (Lima) y Brasil (Río de Janeiro). En los resultados del estudio, se observa que la proporción de consumo de alcohol en México fue de 11%; en Perú, de 53%, y en Brasil, de 45%. El consumo de drogas ilícitas en México fue de 5% y en Perú, de 6%. La presencia de violencia laboral fue de 16% en las mexicanas, 24% en las peruanas y 39% en las brasileñas. Sobre el tipo de trabajo, predominó el de tipo informal en México, 53.8%, y en Perú, 68.8%, mientras que en Brasil predominó el formal con 71.6% (Alonso, Musayon, Scherlowski & Gómez, 2006).

De acuerdo con los resultados de este estudio, en México la violencia laboral es un predictor significativo del consumo de alcohol. Al respecto, como se puntualizan las y los autores:

Los profesionales de la salud deben tener una comprensión ampliada de las relaciones entre trabajo, violencia y uso de drogas, donde el soporte educativo y de prevención de uso de drogas amplíe en las mujeres una conciencia crítica respecto a su condición social y política en sus propios contextos. Para los que viven en países de capitalismo periférico, hay que observar la determinación macroestructural que afecta los procesos de trabajo y las condiciones de producción y reproducción de la vida en (Alonso et al., 2006, p.162).

Entender y atender la problemática de las mujeres adictas y su tratamiento es un tema complejo, donde se debe considerar el contexto socioeconómico en el que se ve inmersa esta población. Es necesario enmarcarlo y abordarlo con un entendimiento de la violencia de género que las mujeres afrontan en el trabajo, en su hogar, en las calles, que se sufren desde la infancia.

Acción frente a las violencias

Chait y Zulaica (2005) nos muestra que “existe un gran desconocimiento sobre la actuación que se realiza desde los centros de atención de las drogodependencias (CAD) en el ámbito de la agresión a las mujeres”. Además, mencionan que una de las problemáticas a considerar es que cuando una mujer sufre de forma simultánea una adicción y maltrato, suele dar mayor importancia a su problemática con relación al consumo, dejando en un segundo plano su padecimiento de maltrato.

En términos de propuestas metodológicas de rehabilitación para un abordaje integral desde una perspectiva de género que comprenda las vulnerabilidades, Llopis et al. (2005) señalan la necesidad de conocer la realidad de la violencia de género que recae sobre las mujeres adictas para poder programar estrategias que aborden la violencia y sus consecuencias de la forma más eficaz posible y en el seno del tratamiento de la adicción. Para ello aparece como necesario que las mujeres adictas reconstruyan e imaginen su propia concepción de ellas mismas y se vivan como sujetos de cambio en su propia vida, para poder incidir en la doble etiqueta y marginación en la que han vivido, producto de su adicción y de las experiencias de maltrato y violencia que la han marcado.

Retomando a Ettore (1998, citado en Llopis et al., 2005, p.152):

Desde el punto de vista psicológico, emocional y social hay una gran labor a realizar por las mujeres etiquetadas con la doble imagen negativa de mujer adicta y maltratada [...] La mujer necesita enfrentarse a esas representaciones negativas, ver cómo ha sido desvalorizada y aprender que sentirse bien es un trabajo difícil y doloroso. Debe crear desde su interior sus propias imágenes de autoestima para sentirse a sí misma “capaz”.

Por su parte, Meneses (2006) ofrece algunas reflexiones y sugerencias para los programas de recuperación, como la presencia y cercanía de sus hijos durante el tratamiento, la atención de los traumas por abuso sexual y violencia, la generación de un clima de confianza y seguridad, reforzando el discurso femenino, la incidencia en la preparación e inserción laboral para romper la dependencia y la subordinación de las mujeres.

Galván y Marín-Navarrete (2011, p.166) mencionan que “los programas para la atención de la comorbilidad psiquiátrico–adictológica en mujeres demanda requerimiento extra que debe de contemplarse si se pretende asistir eficazmente a esta condición, ya que implica aspectos de trauma derivados de violencia física, sexual y / o emocional”. Resalta la importancia de abordar los traumas provenientes de las formas de violencia sufridos por las mujeres en el proceso de recuperación y de reinserción social de las mujeres adictas.

Barreda et al. (2005d) coinciden y destacan que el proceso de valoración y diagnóstico con las mujeres drogodependientes no se debe limitar solo a un primer momento, pues a pesar de conseguir la abstinencia podrían aparecer otros trastornos a lo largo del proceso, como la bulimia o, en el caso de las mujeres que han sufrido violencia, el trastorno por estrés postraumático, ya que en este último caso con la abstinencia aparecen los recuerdos de los malos tratos sufridos.

Algunas de las propuestas que plantea Palop (2000) —con esta mirada hacia el futuro sobre los tratamientos de rehabilitación para esta población y en particular, en miras de la reinserción social— invitan a trabajar sobre la elección de pareja y el reconocimiento de las relaciones abusivas y destructivas tanto pasadas como las que se pueden repetir en la actualidad (2024), facilitando recaídas o situaciones de violencia y malos tratos, pues es importante reiterar que el fin del consumo no implica el final de la violencia sufrida en los espacios, así como la ruptura de los patrones de conducta destructivos. Asimismo, se propone fomentar el pensamiento crítico y activo, que les permita desempeñarse en lo público, así como defender sus derechos. Es necesario trabajar en el reconocimiento de los logros ya obtenidos, y promover la no autolimitación en empleos o áreas tradicionalmente masculinas. Degrott y Gottsbacher (2003, p.10) sostienen que:

El fenómeno de las drogas y de la violencia no es un problema de mujeres, de adictos(as) y de delincuentes, sino —y ante todo— es responsabilidad del conjunto de la sociedad contrarrestarlo, responsabilidad de los legisladores, del gobierno, del poder judicial, de los medios, de los padres de familia, de las escuelas y universidades, de la sociedad civil: es responsabilidad de todas y todos nosotros(as).

En este sentido, para apostar por procesos de rehabilitación y reinserción social de mujeres adictas se muestra necesaria la corresponsabilidad social, desde los diversos espacios, y en particular desde las agendas y las posiciones de poder para abonar desde una perspectiva de género a la construcción colectiva de soluciones duraderas.

En ese mismo ánimo, es necesario, como señala Degrott y Gottsbacher (2003), capacitar a los proveedores de servicios de salud y a todas las personas en contacto con las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas, para reconocer el riesgo de violencia doméstica y el uso indebido y abuso de drogas; integrar un programa de atención específico que considere los derechos humanos de las mujeres; realizar programas que enfoquen el fenómeno de la codependencia, y sensibilizar sobre el hecho de que no solo se puede vencer sino que además se tiene el derecho a ello; ofrecer a las víctimas de violencia acceso a los sistemas judiciales y a soluciones justas y eficaces para la reparación del daño sufrido; ofrecer a las y los adictos espacios adecuados para su tratamiento, y ofrecer a quienes ejercen actos de violencia servicios de rehabilitación.

Según los abordajes aquí expuestos, si no se generan propuestas que respondan de manera adecuada de acuerdo a las necesidades específicas de esta población, con un entendimiento del complejo entramado del sistema heteropatriarcal y la violencia de género, se seguirá generando conocimiento sesgado y sin perspectiva de género desde los abordajes teóricos, y por ende, se mantendrá el desconocimiento y la falta de información; las mujeres adictas continuarán siendo revictimizadas y criminalizadas en las instituciones públicas y privadas que tendrían que brindarles ayuda; los traumas vitales en las historias personales de las mujeres adictas seguirán marcando el desenlace de su historia de destrucción adictiva, pero además, permanecerán en círculos de violencia en los diferentes ámbitos: familiares, laborales, políticos, sociales.

LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER ADICTA

Se expone que el desarrollo de la vida sexual de las mujeres adictas es problemático, pues muchas veces involucra prácticas sexuales de riesgo, tabúes, mandatos sexuales desde los estereotipos de género, falta de acceso a educación sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, dificultad en el acceso a servicios de salud, así como otros servicios de atención y ayuda, historias de abuso, sumisión, falta de consentimiento sexual, embarazos riesgosos, abortos y otras conductas de riesgo.

Uno de los principales problemas que acompaña la vida sexual de las mujeres adictas se relaciona con el estigma que las rodea, lo que ha contribuido a generar mayores complicaciones, como es en el caso de las mujeres adictas embarazadas que niegan su consumo para evitar ser juzgadas por la sociedad, pues “aún en la actualidad, las mujeres enfrentan el temor del estigma, por lo que suelen no admitir su consumo” (Carrillo, 2012, p.66).

Por su parte, Romo (2005) señala cómo se ha construido una imagen social de “malas madres” para las mujeres que consumen drogas durante el embarazo y causan daños graves al feto, o manifiestan descuido y maltrato hacia los hijos como parte de las consecuencias de la adicción. Al respecto, menciona que si bien numerosos estudios han contribuido a divulgar información y concientizar sobre el uso de drogas y sus afectaciones, también han estigmatizado a las mujeres adictas, por lo que estas niegan su problema (Carrillo, 2012, p.66).

El consumo de sustancias adictivas durante el embarazo es una problemática que ha sido objeto de diversos estudios. Como señalan Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), los efectos del consumo de alcohol en el embarazo sobre el / la recién nacido/a se encuadran bajo el concepto de “Espectro de trastornos por alcohol sobre el feto” (ETAF). Las condiciones que se incluyen, de acuerdo con la clasificación del Instituto de Medicina de Canadá modificados, son el síndrome por alcohol fetal (SAF) con exposición materna al alcohol confirmada, el sín-

drome por alcohol fetal (SAF) sin exposición materna al alcohol confirmada, el síndrome por alcohol fetal parcial (SAFP) con exposición materna al alcohol confirmada, defectos congénitos relacionados con el alcohol (DCRA), y los trastornos en el neurodesarrollo relacionados con el alcohol (TNRA).

Como refieren Mónica Flores-Ramos (2012) y Esquivel et al. (2012), debido al estilo de vida de las mujeres adictas —donde se afronta una mala alimentación, un pobre control prenatal, falta de atención médica y social, así como una alta posibilidad de presentar contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)— se pueden agravar los efectos directos del consumo en el desarrollo y la salud de la madre y del feto, como lo es un parto prematuro, desnutrición o presentar un bajo peso en el recién nacido.

Un factor relevante para destacar es que los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga utilizada, aunque muchas de las usuarias de drogas no consumen una sustancia única, lo que dificulta conocer de manera directa el efecto de una droga sobre las y los neonatos. En el caso del consumo de alcohol, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) reiteran que “el consumo de alcohol en el embarazo es un fenómeno frecuente que se asocia con consecuencias documentadas sobre la salud en el proceso de embarazo y parto en la mujer, así como defectos congénitos al nacer y alteraciones en el neuro-desarrollo del / a recién nacido/a”.

Jeanette Peña y Esmeralda Matute (2010) señalan que si bien los efectos teratogénicos del alcohol fueron descritos desde hace más de 40 años, muchas mujeres en el mundo continúan consumiendo alcohol durante el embarazo. De acuerdo a un análisis de archivo en el Hospital Civil de Guadalajara realizado por el doctor Juan I. Menchaca, donde se incluye el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas en las mujeres embarazadas entre 1991 y 1998, se encontró una prevalencia de 2.42%, la cual se mantiene en los años analizados. En el mismo estudio se señala que así como el consumo de alcohol y otras sustancias han aumentado en los años recientes entre las mujeres en general, la prevalencia entre las mujeres embarazadas se ha incrementado.

En el caso de las mujeres adictas a la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua, una ciudad fronteriza entre México y Estados Unidos, se ha encontrado que las usuarias aprenden a distinguir la calidad de la droga, la resistencia del cuerpo ante la droga, así como el cambiar de tipo de drogas en situaciones que ellas consideran no adecuadas, como sería durante el embarazo (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Una de las preguntas que para diversos autores sigue sin resolverse es si existe algún consumo de alcohol “seguro” durante el embarazo (Jacobson & Jacobson, 1994), pues hasta el momento la respuesta es una contundente negativa. La dificultad para responder esta cuestión reside en que el daño que puede causar el alcohol al feto en desarrollo está influido por otras variables tales como: la edad de la madre, el número de gesta, el estado nutricional y el metabolismo de la madre, el periodo de gestación en el que se dio la exposición, la variación en la vulnerabilidad de las diferentes estructuras cerebrales, el patrón de consumo del alcohol, la ingesta de otras sustancias tóxicas, entre otros factores (Maier & West, 2001; Peña & Matute, 2010, p.216).

Por su parte, Del Carmen y Permuy (2017) señalan que el consumo de alcohol también se ha relacionado en las mujeres con diversas patologías propias de su género como la infertilidad; además durante el embarazo, como ya se ha mencionado, la ingesta de alcohol genera diversas complicaciones entre las que destaca el síndrome alcohólico fetal, es por ello que se insiste

en la necesidad de revisar a profundidad las características del alcoholismo en mujeres para lograr la detección temprana de los problemas relacionados con este padecimiento, así como la derivación a las unidades de tratamiento especializadas y el desarrollo de intervenciones adaptadas a las necesidades particulares de las mujeres.

Un estudio epidemiológico transversal de una muestra de 50 mujeres adictas policonsumidoras —cuyas drogas principales de consumo son los opiáceos o los psicoestimulantes— realizado por Castillo et al. (2003) arrojó resultados importantes. Principalmente se señala que las mujeres adictas presentan características que las diferencian de manera sustancial de los hombres adictos, como lo es la precariedad económica y laboral, la elevada incidencia (muy superior a la esperada) de VIH, hepatitis, entre otras infecciones de transmisión sexual (ITS), porcentajes elevados de abortos y una alta incidencia de intentos de suicidio y malos tratos.

Aunado a ello, y según este estudio, el embarazo tiende a suscitar una repercusión positiva sobre la adicción, ya que en la mayoría de los casos puede provocar un descenso en el consumo o el inicio del tratamiento. Por otro lado, llama la atención que las mujeres drogodependientes presentan alta incidencia de abortos, que es diez veces superior a la de población general, así como una alta repercusión del consumo sobre su salud en especial elevada en VIH, hepatitis C y sobre todo enfermedades de transmisión sexual.

En torno al tema del aborto, la maternidad deseada y el maltrato, Llopis et al. (2005) señalan que “las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de sufrir problemas graves de salud, embarazos no deseados y abortos, así como graves psicopatologías: depresión, trastorno de estrés postraumático y adicción”. Vale la pena traer al análisis el tema del consentimiento, la sumisión y la codependencia, pues son factores importantes que rodean el desarrollo de la vida sexual de las mujeres adictas y la toma de decisiones sobre su propia vida, su capacidad reproductiva y sobre todo lo relativo a su salud sexual.

De alguna manera, para Llopis et al. (2005), la conducta de sumisión en las mujeres adictas está relacionada con la toma autónoma de decisiones en diferentes aspectos, incluidos los cuidados de salud y el uso de preservativos, decisiones que pueden estar atravesadas por sometimiento de la mujer que la coloca en riesgo en mayor o menor medida ante prácticas sexuales de riesgo. Esta conducta de sumisión se asocia con la codependencia, la cual, en palabras de Hernández y Villar (2008), conlleva al deterioro de la relación afectiva y sexual de la pareja, así como de la vida cotidiana y la salud.

Por otro lado, Ingrid Leal, Temistocles Medina, Eldreth Peralta y Rosa Sáez (2020) establecen que algunas investigaciones muestran que el consumo abusivo de drogas lícitas como el alcohol e ilícitas como marihuana, cocaína u otras puede asociarse a cambios biológicos y conductuales relacionados con la sexualidad y con el consentimiento. Son conocidos los estudios clínicos y preclínicos que muestran los efectos del consumo de sustancias sobre la regulación hormonal, que se manifiestan en alteraciones en el ciclo menstrual y / o en la respuesta sexual, también está documentada la influencia de los estrógenos en el consumo de drogas al interactuar con sistemas relacionados con la recompensa y el estrés.

Un factor importante que se debe resaltar es que la capacidad para negociar o consentir las relaciones sexuales pueden verse disminuidas cuando se está bajo el efecto de las drogas y / o alcohol, lo que expone a las adolescentes y jóvenes a mayor número de parejas sexuales, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como embarazos no deseados, situaciones abusivas, violencia y / o comercio sexual.

Leal et al. (2020) coinciden con otros en torno a la vinculación de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes con consumo de sustancias. Estos autores señalan que

algunas conductas como el tener sexo sin condón, con personas desconocidas, o en contextos de abuso o situaciones de violencia de pareja, se presentan con mayor probabilidad cuando se está bajo los efectos de alguna sustancia que favorece la desinhibición y / o dificultan la toma de decisiones.

Además, ellos destacan que las conductas relacionadas con decisiones reproductivas, por lo general no se toman bajo la influencia del consumo de sustancias, como por ejemplo la elección de un método anticonceptivo (MAC), que generalmente se realiza con la orientación de un proveedor de salud, en especial en el caso de uso de Implantes o DIUs, que requieren de un profesional capacitado para iniciar su uso.

Para efectos de este documento, vale la pena preguntarse qué tan generalizado resulta el acceso a orientación con un proveedor de salud en el caso de las mujeres adictas, pues si bien el estudio aquí citado menciona que el consumo de sustancias problemáticas se asocia más a la salud sexual que a las variables reproductivas, habría que cuestionarse cuántas mujeres adictas tienen la posibilidad económica, social y cultural de recibir un acompañamiento profesional en torno a la planeación reproductiva, ni condiciones sociales, culturales y políticas que favorezcan su autonomía corporal.

Resulta importante tomar en cuenta lo analizado para la atención oportuna, la generación y adecuación de tratamientos y el acompañamiento de mujeres drogodependientes, donde el pleno y libre desarrollo de su vida sexual puedan verse involucrados en la recuperación. De acuerdo con Márquez y Lorenzo (2006), una de las situaciones que en ocasiones deben enfrentar las mujeres adictas cuando buscan un tratamiento en las comunidades terapéuticas es decidir entre la maternidad y la recuperación, ya que no solo no pueden acceder con hijos a cargo sino que, en el caso de las mujeres embarazadas, estas deben decidir entre ingresar o seguir adelante su gestación.

Para Patricia Martínez (2009) y Elisabete Arostegui y Aurora Urbano (2004), esta imposibilidad aparece como otra de las causas de menor demanda de tratamiento en las mujeres adictas, pues no es nada fácil tomar la decisión de abortar, por mucho que se necesite la rehabilitación, y si lo hacen posiblemente se convierta en una decisión demasiado dolorosa como para rehabilitarse sin secuelas emocionales difíciles de sanar. Habría que preguntarnos y cuestionar los apoyos sociales, económicos, culturales y familiares que existen para sostener o impedir la recuperación de las mujeres adictas y su pleno desarrollo, dentro y fuera de un centro de internamiento.

De acuerdo con Palop (2000), para abordar el tema de la sexualidad es necesario hacer un recorrido por los mandatos sexuales recibidos desde los estereotipos de género, para poder ayudar a las usuarias a reconocer y responsabilizarse de su propio deseo sexual, así como reelaborar una imagen positiva de sí mismas y su sexualidad, dando espacio al propio placer. También es fundamental trabajar sobre el reconocimiento de relaciones abusivas y destructivas que podrían facilitar recaídas o situaciones de violencia y malos tratos, incluidos la violencia sexual y el nulo consentimiento.

Por su parte, Esquivel et al. (2012) hablan de la importancia de contemplar la salud sexual de las usuarias, los posibles cambios en la relación consigo misma, con su cuerpo, con los y las demás durante el proceso de rehabilitación; además, dentro de los programas específicos de salud dirigido a mujeres usuarias de drogas, se deben incorporar estrategias para prevenir padecimientos graves a la salud como el desarrollo de ITS, desde una perspectiva de género. Para Nancy Poole y Gaye Hanson (2008) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en su propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones,

encontraron que los temas de capacitación y las necesidades identificadas para la capacitación del personal de salud que trabajan con mujeres adictas, coincide, entre varios factores, en la necesidad de un tratamiento integral de adicciones dirigido a mujeres con perspectiva de género, donde se contemplen habilidades para prevención, reducción de daño, embarazo, síndrome fetal alcohólico y habilidades para proporcionar apoyo familiar.

POBLACIONES OCULTAS

Martha Romero, Eva Rodríguez, Ana Durand-Smith y Rosa Aguilera (2004), citando a Lambert y Wiebel (1990), definen el concepto de poblaciones ocultas como aquellas en las que sus miembros se caracterizan por ser personas en desventaja y que han sido privadas de sus derechos civiles. Según Heckarton (1997), estas poblaciones presentan dos características: que se desconoce su tamaño y límites de población debido a que no existe un marco muestral de ellas, y que son recelosas con su privacidad ya que algunos de sus miembros pudieron haber incurrido en conductas ilegales o estigmatizadas. Esta situación condiciona su cooperación, puesto que los individuos pueden negarse a participar o dar respuestas no confiables como forma de protección (citado en Romero, Rodríguez, Durand-Smith & Aguilera, 2004).

Ahora bien, las poblaciones ocultas no han de confundirse con las poblaciones vulnerables. Estas últimas, según Lambert y Wiebel (1990, citados en Romero et al., 2004), están en mayor riesgo de padecer ciertos trastornos que dependen del punto de vida del ciclo vital en el que se encuentra la persona; además de ellas, se cuenta con un registro, un censo y hay un conocimiento de sus necesidades. Por ejemplo, socialmente se reconoce como vulnerables a los niños, ancianos y discapacitados. En contraste, las poblaciones ocultas se refieren a:

A las personas sin hogar y los migrantes; a los enfermos crónicos; a los que han sido expulsados de escuelas; a los criminales; a las prostitutas; en algunas sociedades, aquellos que tienen una preferencia sexual diferente a la hegemónica; a los delincuentes juveniles; a los miembros de las bandas; a los que huyen de su hogar; a los niños y las niñas de la calle y otras “personas de calle”; hasta hace algunos años, las mujeres. En suma, todos aquellos de los que, por una u otra razón, se conoce muy poco (Lambert & Wiebel, 1990, citados en Romero et al., 2004, p.80).

Es así como además del género, se encuentran otras condiciones que, en su intersección, generan que ciertos grupos vivan situaciones específicas de mayor vulnerabilidad e invisibilización. En la investigación sobre las poblaciones ocultas, se conoce poco de las personas adictas, y aún menos de las mujeres adictas trabajadoras sexuales, presas, indígenas, migrantes, o narcotraficantes. Este apartado se realizó con el fin de hacer una reflexión en torno a cómo estos grupos de mujeres viven su dependencia a la sustancia desde sus situaciones particulares de vulnerabilidad y de violencia.

TRABAJADORAS SEXUALES

En la revisión bibliográfica solo un artículo se enfocó en la dependencia de sustancias de las trabajadoras sexuales. Rodríguez et al. (2011) afirman que históricamente, los temas más investigados en esta población se relacionan con tipos de prostitución, aspectos psicológicos, sociológicos y el VIH / Sida. No obstante, no hay mucho conocimiento acerca de patrones

de consumo, problemas asociados, consecuencias y estrategias de intervención. Esta afirmación concuerda con la experiencia empírica de la presente revisión de literatura, ya que solo hubo un artículo enfocado solo en el consumo de sustancias en trabajadoras sexuales.

Rodríguez et al. (2003) realizaron un estudio sobre el consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución en México, en la zona de La Merced; la zona se caracteriza por los altos índices de violencia, marginalidad, y pobreza, situación que hace a las mujeres vulnerables frente al abuso policial y a las agresiones físicas y emocionales ejercidas sobre ellas por los explotadores.

Los autores denuncian que aunque se obvia su vínculo con el consumo de sustancias, a las trabajadoras sexuales se les ha dado poca importancia “como personas, a sus derechos, a sus condiciones de vida en general y de salud en particular” (p.80). A pesar de que el abuso de las sustancias en este grupo poblacional sea un problema social y de salud pública, se les mantiene ocultas y en la indiferencia. Esta situación refleja de algún modo la visión predominante en los discursos de corte moral, legal y médico respecto de las trabajadoras sexuales.

En los resultados de su investigación, Rodríguez et al. (2003) concluyeron que el consumo es una estrategia de adaptación al medio en donde ejercen la prostitución, así como una forma de subsistencia. Por un lado, las sustancias, muchas veces ofrecidas por los clientes, les reditúan de forma económica; además de que representa beneficios como la desinhibición, relajación y el olvido temporal de sus problemas. Por consiguiente, el consumo representa una estrategia de afrontamiento ante el estrés y explotación a la que son sometidas las trabajadoras sexuales.

Según Graaf (1995, citado en Rodríguez et al., 2003) el tipo de consumo varía de acuerdo con el tipo de prostitución, así, las mujeres que se hacen de clientes en clubes o bares refieren un mayor consumo de alcohol, mientras que las drogas predominan en la prostitución callejera. De la misma forma, Romero y Quintanilla (1977, citado en Rodríguez et al., 2003) encontraron una relación entre la farmacodependencia y la prostitución, propiciada por el carácter prohibitivo, restringido y controlado por la autoridad y la figura masculina, el rechazo social de ambas prácticas, la disponibilidad de las sustancias en el medio, y que, dentro del ámbito de la prostitución, la farmacodependencia sea aceptada con facilidad. Rodríguez et al. (2003) coinciden en que esos factores sociales propician el consumo en las trabajadoras sexuales, empero, añaden factores personales que también condicionan el consumo, conformados por las características psicológicas, así como la actitud de rechazo o aceptación hacia la droga.

Como se ha desarrollado en este subapartado, las trabajadoras sexuales constituyen un grupo vulnerable, expuesto a la violencia, al rechazo social y a la indiferencia institucional (Rodríguez et al., 2003). En esa misma línea, Barreda et al. (2005d) afirman que las mujeres que han vivido de la prostitución se enfrentan a una doble marginalidad. En estas mujeres las experiencias de abuso y maltrato se entremezclan, y desde la perspectiva de estos autores, “no han aprendido a cuidarse o a respetarse. Tienen sentimientos arraigados de culpa y rabia, que no han podido elaborar” (p.61). Por ello, la intervención terapéutica, en principio, se vive con recelo como la posibilidad de un nuevo maltrato o, por el contrario, con una dependencia exagerada hacia el o la terapeuta.

Cabe mencionar que aunque vale la pena retomar la perspectiva de las autoras mencionadas, es importante resaltar que la vulnerabilidad social de estas mujeres es parte de la violencia de género producto del sistema en el que se ven inmersas y no de la cuestión única de “darse a respetar”; al simplificar un fenómeno tan complejo, y señalarlas como únicas

responsables, se puede incurrir en un discurso revictimizante. Además, por su condición, tienen “menos oportunidad de acceso a servicios especializados y de tratamiento en instituciones de salud, ya que no cuentan con ello y muy pocas llegan a grupos de autoayuda” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Por lo mismo, resulta fundamental ahondar y comprender desde una mirada no estigmatizante la situación de consumo de estas mujeres con el fin de proponer medidas que contribuyan a su bienestar integral.

MUJERES MIGRANTES

En el caso de las mujeres migrantes, es necesario analizar en las múltiples vulnerabilidades que deben afrontar, no solo por ser mujeres sino por su condición de pobreza y de movilidad. Además, notamos que es difícil encontrar literatura que plantee el consumo de drogas y su relación con el fenómeno migratorio (Sánchez, Pérez, Rodríguez, Arellanez & Ortiz, 2006).

Por lo general, cuando se aborda en la literatura a esta población, se analizan problemáticas como la violencia, depresión, angustia y malestar emocional asociado a la migración que se presentan cuando las mujeres se quedan solas, pues en ellas recae toda la responsabilidad, atienden a las necesidades del hogar, así como a las contingencias que surjan, los problemas de salud y la educación de los hijos y el bienestar de la familia (Romero et al., 2004).

También aparecieron variables del proceso migratorio asociadas al abuso de sustancias, como lo son “la dificultad en el manejo del lenguaje; diferencias culturales, étnicas y económicas; discriminación; pérdida de redes sociales; separación de la familia; cambio de valores en lo relativo a los roles sociales y pérdida de identidad” (García, 2001 & Timothy, 1996, citados en Sánchez, et al., 2006, p.134)

Ricardo Sánchez, Verónica Pérez, Solveig Rodríguez, Jorge Arellanez y Rosa Ortiz (2006), en un estudio cualitativo, señalaron características diferenciales entre mujeres y hombres migrantes; encontraron que las mujeres empiezan con el consumo a más temprana edad, que los pares son los que le ofrecen las sustancias, y que ya en la etapa adictiva, las mujeres buscan formas legales, como un trabajo, o no legales, como el robo, prostitución y venta de drogas, para poder sostener su consumo (Sánchez et al., 2006). Consecuentemente, su vulnerabilidad se convierte en una condena, puesto que la predispone al consumo, a desempeñar acciones que a su vez lo perpetúan, y a consecuencias que, según Sánchez et al. (2006), resultan devastadoras, puesto que se han traducido en la desintegración del grupo familiar, así como en la pérdida de tutela de sus hijos.

Las y los autores afirman que las sujetas de investigación “parecen vivir su problema adictivo como una conclusión inevitable de la adversidad que ha marcado su historia de vida, ante la cual han asumido una posición pasiva y no parecen reconocer el papel que su propio deseo ha jugado en ella”. Desde esta perspectiva, pareciera que el foco de análisis se centra en la consideración de que las mujeres no se han hecho responsables de las decisiones que han tomado en torno a su situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, para efectos de este trabajo se considera que si bien es importante recalcar la capacidad de agencia de las sujetas, también se deben subrayar los factores que han mermado el desarrollo de su capacidad de agencia, al ser un grupo vulnerable, marginado, que enfrentan mayores problemáticas e impedimentos sociales, económicos y culturales, así como historias y desarrollos de traumas ante las formas de violencia que deben afrontar, factores que imposibilitan el acceso oportuno a atención médica y psicológica, así como a formas de

tratamiento. Todos estos factores alejan a la sujeta de poder ejercer una verdadera autoría, como los autores le demandan, en la búsqueda de una responsabilidad sobre su consumo.

Acercarse a la problemática de la mujer migrante con dependencia a sustancias es una tarea compleja en tanto que su consumo no es un fenómeno aislado sino que “se relaciona con otros factores como violencia, depresión, pobreza, etcétera” (Rodríguez, Vega & Gutiérrez, 2011, p.88). Por lo que es imprescindible que las propuestas de tratamiento y posibles líneas de investigación surjan de las necesidades de esta población en específico y consideren todo el panorama en el que está inserta; desde una posición crítica, cautelosa de no ser estigmatizante, pero sí propositiva.

MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

El abordaje del tema de las mujeres en prisión y el consumo de drogas implica la reflexión y el análisis de las creencias, mitos y prejuicios en torno a este grupo de la población (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Según el Instituto Nacional de las Mujeres (citado en Carrillo, 2012), 70% de la población penitenciaria mexicana es encarcelada por delitos contra la salud. Degrott y Gottsbacher (2003) afirman que en México 60% de los delitos cometidos por mujeres están vinculados al narcotráfico y 40% restante corresponde al fuero común; y citando a Torres, mencionan que así como se ha presentado un aumento en el consumo de drogas legales e ilegales, también se ha manifestado un incremento en la relación droga-delito.

Llama la atención el alto porcentaje de mujeres encarceladas por su relación con el crimen organizado. Para Edith Carrillo (2012), el papel que ha jugado el estado mexicano representa una respuesta importante ante esta dinámica. La autora analiza la manera en que la ofensiva del estado contra el narcotráfico ha incidido en el orden de género de procuración de justicia, cuestión que se observó en el incremento de encarcelamientos de mujeres por delitos contra la salud al ser consideradas agentes significativos de la cadena delictiva del narcotráfico.

El resultado de esta ofensiva fue el endurecimiento de las penas imputadas, la criminalización de estas mujeres, la negación al ejercicio pleno de sus derechos, así como la negación de los beneficios de preliberación que establece la ley, pese a que ninguna de ellas tuvo una participación central en la cadena del narcotráfico. Estas mujeres han sido juzgadas bajo el imaginario del narcotraficante masculino, enemigo de la sociedad, no obstante que son los últimos eslabones del crimen organizado, víctimas de violencia y pobreza (Carrillo, 2012).

En el binomio de mujer y delito es importante considerar factores contextuales que las vulneran ante las conductas delictivas. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) abordan a una muestra de mujeres de Ciudad Juárez, zona fronteriza que por su localización estratégica propicia el consumo, la venta y la compra de sustancias ilegales. Según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en las narrativas de las mujeres, el vender drogas es el último recurso para sostener el autoconsumo, tras haber perdido sus trabajos y el apoyo familiar. Encima, es una práctica respaldada, reforzada y muchas veces introducida por sus parejas.

Carrillo (2012), dentro de su investigación realizada en el Centro Femenil de Readaptación Social de Jalisco (CRFJ), notó que en su muestra de 23 mujeres, el consumo estaba relacionado con su estancia en prisión, ya sea por posesión, venta, intento de introducción de drogas a otro centro penitenciario, transporte de drogas y formar parte del narcotráfico. Aunque solo 35% de ellas era consumidora, la mayoría refirió que en su entorno, la droga “era un elemento de vida cotidiana, visible y fácilmente identificable por los policías” (Carrillo, 2012,

pp. 63–64). De igual modo, el consumo no termina en la cárcel, puesto que de no encontrar manera de ingresar las sustancias, se puede recurrir al abuso de consumo de medicamentos psiquiátricos controlados (Carrillo, 2012).

Cabe mencionar que la cárcel no fue valorada como un lugar violento sino como un “espacio de cobijo de los graves peligros en sus barrios y de los conflictos en los espacios de venta de droga, así como de la rivalidad entre los grupos de narcotraficantes y los enfrentamientos con los policías” (Carrillo, 2012, p.65). Los relatos de vida de las mujeres privadas de su libertad en este centro penitenciario tienen como común denominador la violencia económica, de género e institucional.

Degrott y Gottsbacher (2003) afirman que las mujeres que transgredieron la ley, en la mayoría de los casos, provienen de hogares disfuncionales, con predominio de la violencia física y sexual. Este hecho también se replica en otros contextos hispanohablantes; Del Pozo (2015), en una muestra de mujeres exreclusas españolas, observó que 81% de estas han sufrido malos tratos psíquicos, 73% han sido víctimas de malos tratos físicos y 46% han sido víctimas de violencia sexual (Instituto de la Mujer, 2005, citado en Del Pozo, 2015, p.187). Asimismo, de acuerdo con Henderson (1998, citado en Villagrà, González, Fernández, Casares, Martín & Rodríguez, 2011, p.220): “Es frecuente que las mujeres encarceladas hayan sufrido episodios de violencia sexual y física, y que más de un 30% cumplan los criterios para un Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT), observándose también que la prevalencia de TEPT no difiere en función de variables como raza, edad o nivel educativo en las mujeres diagnosticadas”.

El problema del consumo conlleva el abordaje y reconocimiento de las historias de violencia que vivieron las mujeres, y los problemas de salud mental. En una investigación realizada por Patricia Villagrà, Ana González, Paula Fernández, María Casares, José Martín y Filomena Rodríguez (2011), en el Centro penitenciario de Villabona, se observó cómo más de la mitad de la muestra estudiada presentó un trastorno por abuso de sustancias, y 47.4% presentaba patología dual al consumo, con depresión, somatización, trastorno obsesivo compulsivo e ideación paranoide.

A pesar de lo expuesto, las mujeres privadas de su libertad presentan problemas para el acceso a tratamiento. Del Pozo (2015) denuncia que el tratamiento penitenciario de drogodependencia en España ha sido aplicado de forma tradicional para la mayoría masculina. Con base en los resultados de una muestra nacional correspondiente a 15% de la población de las mujeres reclusas, exponen que la baja asistencia a los programas de tratamiento se debe a la desinformación, desconfianza y percepción de discriminación de género en el acceso y permanencia de los programas. Romero et al. (2010), en su revisión bibliográfica sobre este grupo poblacional, mencionan barreras similares a las de Del Pozo (2015), refieren que a nivel institucional, las mujeres no asisten a programas de tratamiento en primer lugar por la desconfianza, seguida del desconocimiento de la existencia de estos.

Con base en lo mencionado, es posible afirmar que la problemática del consumo, y demás condiciones que merman el bienestar de las mujeres encarceladas, no están siendo atendidas. Romero et al. (2010) comentan que los antecedentes personales y las condiciones de reclusión de las mujeres en prisión en México son un reflejo de todos los problemas no resueltos del país, “como son educación y analfabetismo, acceso a la salud, vivienda e inequidad en los sistemas de procuración de justicia”. Asimismo, añaden que la situación socioeconómica desfavorable, el bajo nivel educativo, la estigmatización y la discriminación, así como las consecuencias físicas y psicológicas originadas a raíz del consumo, son factores que hacen

a las mujeres privadas de su libertad más susceptibles de incidir y prevalecer en su conducta adictiva.

De igual manera, las diferencias por género en la experiencia de la privación de la libertad en prisión y el acceso a servicios y actividades, por lo general muestran discriminación hacia las mujeres, demostrando peores condiciones, “ya sea al medir la proximidad de la familia y de los seres queridos, o el acceso a la salud, recreación, educación, estatus de la infección del VIH, distribución de drogas psicotrópicas o la probabilidad de ser violada” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Al igual que los otros grupos poblacionales mencionados, se debe de comprender la situación de las mujeres privadas de su libertad desde el hecho de que la cárcel es una extensión de los problemas del exterior. Cuando se ve al delito como una acción aislada y descontextualizada, se cae en el riesgo de la criminalización, medidas poco eficaces, además de la perpetuación de condiciones carcelarias que ignoran los problemas de salud mental y física presentados por estas mujeres. Resulta necesaria la creación de programas de tratamiento basados en la perspectiva de género, pensando a la cárcel como: “un espacio privilegiado de intervención para disminuir riesgos y daños por el consumo de sustancias adictivas” (Romero & Martínez, 2011, p.108).

MUJERES INDÍGENAS

En la literatura consultada solo hubo una mención acerca del abuso de drogas en poblaciones indígenas. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en no más de un párrafo, mencionan que hay pocos estudios relacionados al uso de drogas de estas poblaciones, y citan los datos obtenidos por la Encuesta Estatal de Adicciones de Yucatán, realizada en 2005. En ella, se reportan que 0.39% de la población encuestada aceptaba que había utilizado alguna vez inhalables. Los autores especulan que al tomar en cuenta que 30% de la población del estado es hablante de Maya, se podría sospechar que cerca de 12,000 personas indígenas han consumido alguna sustancia inhalable de manera deliberada.

El hecho de que esta población haya aparecido una sola vez en la revisión de 74 artículos es un indicador de la invisibilización a la que están sujetas las mujeres indígenas que consumen. Sin la información suficiente, el diseño de programas de tratamiento o medidas que resulten benéficas para la recuperación de esta población se ve imposibilitado, y ellas, olvidadas.

En conclusión, en todas las poblaciones ocultas se evidenció la urgencia de generar propuestas de tratamiento y de rehabilitación tomando en cuenta sus necesidades particulares, así como las formas de violencia y vulnerabilidad que afrontan. Desde esa perspectiva, es necesaria la recopilación y el estudio de esta problemática, pues sin las investigaciones pertinentes no pueden generarse proyectos, políticas públicas y propuestas que atiendan de manera integral a estas poblaciones.

CONCLUSIONES

Tras este diálogo documentado se evidencia la urgencia de abonar a la construcción de conocimiento especializado y contextualizado para el tratamiento y atención a mujeres que viven alguna adicción. Se muestra que el género es un factor que determina el inicio, desarrollo y posibilidad de tratamiento y rehabilitación.

Resulta imperativo generar propuestas que respondan de manera adecuada a las necesidades específicas de las mujeres adictas. Para ello, se necesita comprender desde la complejidad el entramado de violencias culturales y estructurales que son alimentadas por el sistema patriarcal. Solo desde la perspectiva de género será posible el diseño de estrategias de prevención y tratamiento hacia las adicciones, que no perpetúen las relaciones de dominación y sumisión que han actuado en detrimento de la mujer; que reconozcan que no hay un sujeto universal de “mujer”, y que el género ha de ser leído en conjunto con temas de clase social, raza, edad, grupo étnico, etcétera; que cesen la reproducción de la violencia de género dentro de los espacios institucionales, académicos, y de atención y tratamiento a personas con adicción; y que apuesten por el desarrollo de la capacidad de agencia.

Destaca la importancia del acompañamiento a las mujeres con historias de vida fuertemente marcadas por la violencia física, psicológica, sexual e institucional, pues se ha evidenciado su relación con el consumo y abuso de sustancias, así como con relaciones familiares y de pareja que resultan base para el mantenimiento tanto de los abusos como de la adicción. El fenómeno de la codependencia es fundamental para la comprensión holística de las adicciones, sin embargo, se ha observado que más allá de los esfuerzos de la sociedad civil, hay muy poca información acerca del tema desde la *doxa* académica.

Se insiste en el pleno conocimiento de las aristas que componen el fenómeno de la adicción en las mujeres para pugnar por el acceso a servicios de salud, de atención y tratamiento, no masculinizados, no estigmatizantes, y de calidad. Se reitera como necesaria la recuperación y el estudio de las adicciones en diversas poblaciones de mujeres, puesto que el desconocimiento de las realidades imposibilita la generación de políticas públicas pertinentes y eficaces.

Para finalizar, es importante reconocer las limitantes del presente diálogo documentado. La mayoría de los textos consultados parten de una visión binaria del género. Al contrastar diferencias entre las adicciones en “hombres” y “mujeres” (cisgénero), se corre el riesgo de invisibilizar las experiencias de la comunidad LGBTI+, y en particular, de las personas trans, no binarias e intersexuales. Por lo que se considera indispensable abrir el diálogo para la comprensión de las adicciones desde estos grupos poblacionales.

REFERENCIAS

- Alonso, M. M., Álvarez, J., López, K., Rodríguez, L., Alonso, M. T. & Armendáriz, N. (2011, 18 de agosto). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114. <https://bit.ly/2TF9MNs>
- Alonso, M. M., Caufield, C. & Gómez, M. (2005, noviembre-diciembre). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, NL, México. *Latino-Americana de Enfermagem*, 13(número especial), 1155-1163. <https://era.library.ualberta.ca/items/9985c76a-7b0c-4980-87ce-489a73de6d96/view/0084a4d2-f8db-45e4-ae2f-90e35f0b3fb1/v13nspe2a09.pdf>
- Alonso, M. M., Musayon, F., Scherlowski, H. & Gómez, M. (2006, abril). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 155-162.
- Arostegui, E. & Urbano, A. (2004). *La mujer drogodependiente: especialidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto.

- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005a). Aspectos diferenciales de la mujer adicta. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 9–13). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005b). Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas en la mujer. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 15–36). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005c). Perfiles de mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 39–41). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005d). Aproximación a un modelo de intervención. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 45–61). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Bishop, A. (1994, 1 de marzo). La mujer y la adicción al alcohol. *Addictus*, No.1, 23–26.
- Boo-Vera, D., Martínez-Torres, J. & Montesinos-Balboa, J. (2010, abril-junio). Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 11(2).
- Briere, J. & Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child abuse* (pp. 85–99). Sage.
- Castillo, A., Llopis, J., Rebollida, M., Fernández, C. & Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y Drogas*, 3(2), 37–60. <https://bit.ly/2SlfB2h>
- Carrillo, E. (2012, enero-abril). ¿Vinculadas al narco?: Mujeres presas por delitos contra la salud. *Desacatos*, No.38, 61–72.
- Castillo, P. & Gutiérrez, A. (2008, septiembre-octubre). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(5), 351–359.
- Chait, L. & Zulaica, B. (2005, junio). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*, 7(2), 104–113. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74515-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74515-3)
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016–2017*. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Cortaza, L. & Villar, M. (2008). Surge en mí otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 693–698.
- Cravioto, P., De la Rosa, B. & García-de la Torre, T. (1998). Las adicciones en la mujer. *Gaceta Médica de México*, 134(2), 257–260.
- Cravioto, P., Medina-Mora, M., Peláez, I., Robles, R. & Romero, M. (2011). El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 221–250). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Degrott, G. & Gottsbacher, M. (2003). Mujeres y drogas: un enfoque gestáltico. *Revista LiberAddictus*, No.69, 1–13.

- Del Carmen, M. & Permy, B. (2017, 1 de enero). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57482>
- Del Pozo, F. J. (2015). Prevención y tratamiento en el ámbito penitenciario: las mujeres reclusas drogodependientes en España. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, No.26, 173-199. https://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2015.26.07
- Esquivel, G., Ortiz, L. & Ortiz, R. (2012, abril-junio). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47-58. <https://bit.ly/3pHO2wr>
- Ettorre, E. (1996). ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer. En S. Wilkinson & C. Kitzinger, *Mujer y salud, una perspectiva feminista* (pp. 97-114). Paidós Contextos.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., Bretón, M., Oliva, N., Bustos, M. & Brambila, M. (2011). Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 193-220). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Flores-Ramos, M. (2012). Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 26(3), 169-171.
- Fuentes, P. (2011). Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 266-290). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Galaviz, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.722>
- Galván, J. & Marín-Navarrete, R. (2011). Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelos de tratamiento. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 160-178). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Gómez, J., Clari, E. & Saiz, A. (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia*, 6(2), 151-163.
- Gómez, J., Valderrama-Zurián, J., Girva, T., Tortajada, S. & Guillot, J. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones*, 20(3), 237-244.
- González, J. (2015). *Factores estresores y de ansiedad en el consumo de tabaco en estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social en UNAM*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina-Mora, M. E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24(6), 55-61.
- Haller, D. L. & Miles, D. R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 269-286. <https://bit.ly/3coLAWj>
- Hernández, J. & Galván, J. (2011). La mirada hacia el consumo de alcohol y drogas en las jóvenes en cuatro décadas de investigación. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 71-82). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

- Hernández, M. & Villar, L. M. (2008, diciembre). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Escola Anna Nery*, 12(4), 807–812. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400028>
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol, and incest: an analitical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253–268.
- Jacobson, J. L. & Jacobson, S. W. (1994). Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development, where is the threshold? *Alcohol Research & Health*, 18(1), 30.
- Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*, 16(2), 131–159.
- Kandall, S. R. (1996). *Substance abuse and shadow. Women and addiction in the United States*. Harvard University Press.
- Leal, I., Molina, T., Peralta, E. & Sáez, R. (2020, febrero). Salud sexual y salud reproductiva en mujeres jóvenes con consumo de sustancias en Chile según datos de la VIII encuesta nacional de la juventud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(1), 24–35. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100024>
- Llinares, M., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I. & Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones*, 18(4), 371–376.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5(2), 137–157.
- López, E. & Pérez, M. (2006). Alcohol y mujeres. *Liberaddictus*, No.93, 9–11.
- López, M. C. (2005). Valoración e intervención en las diferentes áreas. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp.49–79). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Macleod, C., Matebese, S. & Tsetse, N. (2020). “I drank because i wanted to deal with the frustration”: explaining alcohol consumption during pregnancy in a low–resource setting–women’s, partners and family members’ narratives. *Social Work*, 56(1), 88–96. <https://dx.doi.org/10.15270/52-2-792>
- Maffia, D., Colace, P. & Lerena, S. (2011, septiembre). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. *Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones*, 1–52.
- Maier, S. E. & West, J. R. (2001). Drinking patterns and alcohol–related birth defects. *Alcohol Research & Health*, 25(3), 168–174.
- Marín–Navarrete, R., de la Fuente, A., Cano, G., Villalobos, L., Bucay, L., Larios, L. & Ambriz, A. (2015, julio–diciembre). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 41–49. <https://doi.org/10.28931/riiad.2015.1.06>
- Marín–Navarrete, R., Templos, L. & Larios, L. (2011). Codependencia: una revisión de sus distintas aproximaciones en México. En M. Romero, M. E. Medina–Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 127–159). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Márquez, L. & Lorenzo, A. (2006). *Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género*. Asociación Êthos; Centro de día para la rehabilitación integral de las dependencias; Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales; Universidad de Barcelona.
- Martínez, P. (2009). Extrañándonos de lo “normal”. H. y Horas.

- Medina-Mora, M. E. (2011). Introducción. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 13-18). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rsafful, C., Gutiérrez, M., Moreno, M., López, M. & Rodríguez Ajenjo, C. (2011). *Mujeres y adicciones*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E. & Rojas Guiot, E. (2003). Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(4), 230-244. <https://bit.ly/3gpeHKp>
- Meneses, C. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos adictivos*, 8(4), 261-275. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097306751327>
- Najavits, L. M., Rosier, M., Nolan, A. L. & Freeman, M. C. (2007). A new gender-based model for women's recovery from substance abuse: results of a pilot outcome study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), 5-11. <https://doi.org/10.1080/00952990601082597>
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora, M., Solís-Rojas, L. & Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.
- Orte, C. (1998). Sexualidad, mujer y drogodependencia. *Revista de Proyecto Hombre*, No.26, 7-12.
- Ortíz, P. & Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, No.64, 121-144.
- Paéz, F. (2011). El consumo de drogas en el embarazo en México. Énfasis en el alcohol. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 117-126). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Palop, M. (2000). Mujer y drogas. *Papeles del Psicólogo*, No.75, 53-55.
- Peña, J. & Matute, E. (2010, enero-abril). Consumo de alcohol en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, entre 1991 y 1998. *Espiral (Guadalajara)*, 16(47), 211-229.
- Pérez, A. & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Poole, N. & Hanson, G. (2008). Improving treatment and support for Yukon girls and women with substance use problems and addictions. Government of Yukon.
- Ramírez, L. & Luís, M. (2008). Surge en mí otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 693-698.
- Ramos, L. (2001). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *LiberAddictus*, 1-9.
- Rodríguez, E., Gutiérrez, R. & Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. *Salud Mental*, 26(5), 73-81.
- Rodríguez, E., Vega, L. & Gutiérrez, R. (2011). Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de calle, migrantes e indígenas. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 83-100). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M. (2011). Reflexiones desde una perspectiva de género. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 19-36). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Galván, J., Martínez, M. & Rodríguez, E. M. (2011). Barreras a tratamiento que enfrentan las mujeres: una aproximación económica y ética. En M. Romero, M. E. Me-

- dina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 251-265). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Gómez, C. & Medina-Mora, M. E. (1996). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social* [Reunión del grupo de consulta de la CICAD sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia. Seminarios en el Cono Sur sobre la Mujer y las Drogas y la Familia y las Drogas, Montevideo, Uruguay].
- Romero, M., Medina-Mora, M. E. & Rodríguez, C. J. (Eds.) (2011). *Mujeres y adicciones*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand-Smith, A. & Aguilera, R. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con poblaciones ocultas. Primera Parte. *Salud Mental*, 26(6), 76-83.
- Romero, M., Rodríguez, E. & Campillo, C. (1999). Significados culturales de las adicciones: de la distancia a la búsqueda de trascendencia y sentido. *Salud Mental*, No.22, 138-144.
- Romero, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. & Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud mental*, 33(6), 499-506.
- Romero, M. & Martínez, M. (2011). Mujeres, prisión y drogas. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 101-116). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romo, M. N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres.
- Sánchez, R., Pérez, V., Rodríguez, S., Arellanez, J. & Ortiz, R. (2006) El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género. Un estudio exploratorio. *Región y Sociedad*, 13(35), 131-164.
- Sánchez, S. (2005). Actitudes del terapeuta y del equipo interdisciplinar en Mujer y adicción. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 45-48). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Silva, F. & Ferreira, C. (2020, 20 de febrero). Alcohol and other drug use, and mental distress in the women's universe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0268>
- Simonelli, A. & Calvo, V. (2003). Comunidades terapéuticas para madres drogadictas con hijos. *Adicciones*, 15(2), 165-176.
- Singer, M. I., Bussey, J., Song, L. & Lunghofer, L. (1995). The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work*, 40(1), 103-113.
- Teixeira Santos, J., Perruci, L., Priolli, N., Pires, Z., de Souza, J., dos Santo, M. & Pillon, P. (2019, diciembre). Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl. 3), 178-183. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0399>
- Testa, M., Vanzile-Tamsen, C. & Livingston, J. (2004). The role of victim and perpetrator intoxication of sexual assault outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(3), 320-329.
- Van den Bergh, N. (1991). *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Company.
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M., Martín, J. & Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226.

Familia y adicciones. ¿Lazos protectores o lazos adictivos?

MARÍA PEÑA GUTIÉRREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES MORALES PRUNEDA

La realidad latinoamericana, y en particular la mexicana, está marcada por la pobreza, la corrupción, la impunidad, las crisis económicas, la desigualdad social, la exclusión de amplios sectores sociales, la violencia desgarradora, así como la prevalencia y el aumento del alcoholismo y la drogadicción. La pandemia generada por covid-19, que comenzó en marzo de 2020, vino a agudizar los problemas ya existentes: durante la pandemia se generaron cierres de empresas y lugares públicos de educación, recreación, deportivos y de servicios. Asimismo, ante las medidas de confinamiento, se dio la convivencia forzada en las familias la cual ya de por sí era complicada en muchos casos dadas las características antes mencionadas. Los servicios de salud no han sido suficientes, por lo que las familias se han tenido que hacer cargo de solventar gastos médicos y funerarios que no se tenían contemplados; la mortalidad de padres y madres ha dado como resultado el aumento de niños y jóvenes desprotegidos.

Las instituciones mexicanas encargadas del “bienestar social” no han sido capaces de apoyar a las familias para resolver temas tan básicos como el empleo, la educación, la salud, la nutrición, el cuidado de los niños y adolescentes o de adultos mayores en las condiciones socioeconómicas del país. Las familias se viven solas para afrontar la responsabilidad del cuidado de sus miembros y señaladas como culpables cuando uno o varios de ellos presentan problemas de adicciones.

En el marco de esta coyuntura, se muestra que la familia ha sido considerada, desde hace tiempo, como “la célula de la sociedad”. Esta metáfora caracteriza a la función de la familia como un espacio de protección, cuidado, enseñanza de valores y de aprendizajes para vivir y convivir tanto dentro como fuera de él. Esa función que se le atribuye en el proceso reproductivo y de aprendizaje de los sujetos es una de las razones por las cuales la familia ha sido eje de señalamientos y cuestionamientos ante algunas problemáticas, como es el caso de las adicciones y la rehabilitación, pues se ha considerado que la familia es responsable de aquello que les sucede a sus miembros, máxime si tiene una consecuencia negativa, visible y que repercute en otros miembros de la sociedad.

Por su parte, las adicciones, en especial las relacionadas con el consumo de sustancias, han sido consideradas como un problema de salud física, psíquica, emocional y relacional que nace en el núcleo familiar. Por esa razón es que las indagaciones académicas han puesto mayor atención en la dinámica y en la estructura familiar para reconocer aspectos que favorecen o ponen en riesgo a sus integrantes frente a las adicciones, así como en su papel en la rehabilitación.

En este entramado de familia, adicciones y rehabilitación, un aspecto a considerar es el cambio en la función de la familia a lo largo del tiempo, pues consideramos que, así como la sociedad y los sujetos varían, también lo hace la familia y con ello su conformación y su dinámica al estar permeadas por acontecimientos económicos, sociales, culturales e ideo-

lógicos. Asimismo, el significado de familia se ha ido transformando y ampliando al incluir no solo a los miembros consanguíneos sino también a la llamada “familia electiva”. A ello se suma que las distintas disciplinas conciben a la familia de acuerdo con sus objetos de estudio, y eso ha dado como resultado una multiplicidad de maneras de entenderla con relación a las adicciones y la rehabilitación.

El objetivo de este capítulo es hacer un acercamiento al papel de la familia en el desarrollo y rehabilitación de las adicciones, a partir de la revisión de diferentes miradas sobre el tema. Se observa que los autores identifican una relación estrecha entre la conformación y la dinámica de la familia y el consumo de sustancias adictivas y que resaltan su importancia para dificultar o facilitar la rehabilitación. Así pues, lo que se presenta en este texto es producto de una revisión de diversas investigaciones sobre la familia, las adicciones y la rehabilitación.

Para llegar a esto, se muestra cómo el concepto de la familia y su función han cambiado a través de los siglos y lo que diferentes perspectivas disciplinares dicen acerca de ella. Así pues, la familia tiene una dinámica al interior y, al exterior, debe cumplir con una expectativa social que la coloca, como ente, en una situación delicada por ser considerada base de la sociedad. Por lo tanto, se ha supuesto que si la sociedad no está funcionando, de alguna manera la “responsable” es la familia.

Dada la revisión de la literatura sobre la familia, se han encontrado una serie de datos importantes que permiten dar cuenta del impacto que ha tenido la familia en la sociedad; así como de las adicciones, como un elemento influyente en la sociedad debido a las dificultades generadas en los grupos sociales y que causan desajustes que van desde lo emocional hasta la violencia descontrolada, tanto al interior de la familia como en las calles. Los autores identifican una estrecha relación entre el problema de las adicciones y el papel que juega la familia como primer núcleo de relación entre las personas y como primer círculo de aprendizaje del comportamiento y el desarrollo del ser humano.

La organización de este documento es la siguiente: iniciamos por mostrar la relación entre la familia, las adicciones y la rehabilitación, proseguimos con un apartado dedicado a la manera en que se entiende a la familia de acuerdo con la religión y algunas áreas disciplinares amalgamadas con algunos datos socioculturales que nos permitirán tener un panorama amplio de la concepción del término *familia* desde distintas perspectivas.

LA FAMILIA DE UN ADICTO, ¿ENFERMEDAD O CURA?

¿QUÉ SON LAS ADICCIONES Y CUÁL ES SU RELACIÓN CON LA FAMILIA?

En este apartado se presenta un esbozo acerca de lo que se ha entendido por adicciones y su relación con la familia desde distintos abordajes. El concepto de adicciones y el de familia han evolucionado a través del tiempo y es imprescindible partir de la manera en que se conciben en la actualidad (2024). El término adicciones está mayormente encauzado hacia el consumo de sustancias y a sus efectos en la salud física. Algunos autores, entre ellos Mercedes Delgado, Neyling Fúnez y Guadalupe Mendoza (2014) entienden las adicciones como el consumo intensivo de drogas, al grado que es difícil de controlar. Algunos organismos de salud han tratado de definir el concepto de droga para dar cuenta de sus efectos en el organismo humano.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975) la droga: “es toda sustancia que, introducida en el organismo, produce modificaciones en una o varias funciones de este” (citado en Costa, 2014, p.28). Otros organismos de salud, como la Asociación Americana

de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), se centra en los efectos neurofisiológicos de las sustancias, como se enuncia en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Pichot, 1995), de ahí que el DSM defina a las drogas como: “toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier mecanismo (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa) capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del consumidor, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico” (Costa, 2014, p.29).

Algunos autores como Tatiana Brusamarello, Mariângela Sureki, Dayane Borrile, Hellen Roehrs y Mariluci Alves Maftum (2008), Catia Ferrari y Magda Félix de Oliveira (2010) consideran que la droga es una sustancia psicoactiva que además de tener efectos en el organismo, también trae consigo cambios fisiológicos o de comportamiento, ya que altera el humor y el nivel de percepción de manera transitoria o permanente.

Un aspecto que considerar es que esta ingesta de drogas llega a ser considerada como un problema cuando el sujeto abusa de ellas y cuando hay una autoadministración de las sustancias fuera de la permisividad médica o cultural (Martínez, 2015). Por su parte, Delgado et al. (2014) consideran que la adicción a las drogas es un asunto individual e implica el uso constante hasta alcanzar un grado de necesidad muy fuerte y difícil de soportar y calmar.

Entre las drogas de mayor consumo que son aceptadas socialmente destaca el alcohol, sobre el que hay pautas culturales de consumo extensas, normalizadas y promovidas. Se considera como abuso de alcohol cuando la ingesta es mayor a la cantidad aceptada como normal por el grupo sociocultural (Ulloa, 2015). Autores como Ariel Gustavo Forselledo y Virginia Esmoris (1994) mencionan que debido a sus efectos a nivel psico-biológico relacionados con el consumo de alcohol desmedido, esta adicción ha sido considerada como una conducta de riesgo, así como un problema de salud mental. Según autores como Ana Beatriz Pedriali Guimarães, Patrícia Brunfentrinker Hochgraf, Silvia Brasiliano y Yara Kuperstein Ingberman (2009), esta conducta de riesgo y problema de salud mental nace, de manera fundamental, en la familia, ya que el sujeto que consume crece en el núcleo familiar. En estos términos, se considera que ante la presencia de un adicto en la familia, esta ha incurrido en una falta ante su función de proteger a sus miembros de cualquier tipo de problema y de riesgo (Gonçalves & Santos, s.f.).

Esta consideración que relaciona la adicción de un miembro con el déficit en las funciones de protección que le corresponden a la familia se da porque de manera frecuente se concibe a la familia como una institución social conformada por un sistema de creencias, valores y prácticas orientadas a formar sujetos para vivir en sociedad (Pandini, Ferreira, Paiano & Silva, 2016). Desde el punto de vista de Elvia Scott (2015), la familia tiene la obligación de satisfacer las necesidades afectivas y materiales de sus integrantes y además, tiene la obligación de enseñar buenas costumbres, hábitos de conducta y valores a sus miembros. En este sentido, Mariana Soledad Costa (2014) agrega que la familia es el lugar donde puede encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo entre sus miembros. Por su parte, Marcos Barrientos (s.f.) y Claudia Castelletti (2016) apuntan que una característica de la familia es el reforzamiento de los vínculos ya sea de consanguinidad o de filiación, entre sus integrantes.

A partir de esta información se muestra que la familia ha sido definida como una institución social que acoge al sujeto, lo cuida, lo protege y le proporciona lazos afectivos, que representa un espacio de intimidad donde las personas pueden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva (García, 2002), considerándose a la familia como un espacio de socialización primaria (Soares & Kochenborger, 2010).

Ahora bien, con relación a la adicción y la familia, la literatura revisada muestra dos grandes vertientes. Por un lado, hay autores que consideran que la adicción llega a la familia trayendo consigo consecuencias en la dinámica y en las relaciones de convivencia (Fundación Manantiales, s.f.). Mientras que, por otro lado, algunos autores como Forselledo y Esmoris (1994) sostienen que la familia, al no cumplir con su labor social atribuida, favorece el desarrollo de la adicción en uno de sus miembros, en especial cuando ya hay un adicto en la familia.

Por su parte Miguel Cristóbal Ulloa (2015) parte de una perspectiva en la que las familias, donde alguno de los progenitores consume alcohol, a este le antecede un patrón de interacción personal que normaliza el consumo entre sus miembros, facilitando que otros también lo hagan. Entre las características que presentan este tipo de familias sobresalen las dificultades para comunicarse y la presencia de límites difusos. Entre las acepciones que reciben esta condición en las familias, predominan los términos de “familia disfuncional” (Forselledo & Esmoris, 1994) y “familia psicotóxica” (Costa, 2014). Otro factor importante son las lealtades invisibles (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1994), las cuales se refieren al cumplimiento de aquellas leyes sistémicas que dictan la pertenencia al grupo familiar y a la repetición de ciertas pautas generacionales que pueden afectar la salud individual de uno o varios miembros.

A partir de esta dualidad entre la dinámica y la estructura familiar que puede favorecer o no el desarrollo de la adicción, se ha considerado a la familia como un factor de protección o bien, como un factor de riesgo para sus integrantes en función de las características de la comunicación y las relaciones intrafamiliares.

Autores como Delgado, Fúnez y Mendoza (2014) consideran que la comunicación consiste en una pluralidad de significados que llega a conformar una unidad compartida por un grupo, en este caso, el grupo familiar. Cuando no hay una buena comunicación, es decir, cuando hay fracturas comunicativas, comienza una fase de incompreensión e incomodidad entre los involucrados, y en casos extremos, favorece el consumo de drogas. En cuanto a las relaciones familiares, se pone de relieve la manera en que la familia establece relaciones entre sus miembros mediante el sentido de pertenencia, la convivencia y la comunicación intrafamiliar (Terezinha, Hamilton, Brands, Miotto, Cumsille & Khenti, 2015).

Se consideran factores de protección la comunicación efectiva y apropiada donde hay reglas, límites, mensajes claros y sin contradicciones (Forselledo & Esmoris, 1994). Autores como Cynthia Rowe (2012) y Gregoria Francisca Canales, Thelma Díaz de Paredes, Ana Carolina Guidorizzi y Carla Aparecida Arena (2012) mencionan que entre los rasgos que convierten a la familia en un factor de riesgo, se encuentran la presencia de conflictos familiares recurrentes, la distancia relacional, un déficit en la atención durante la crianza, débil clima emocional y una cultura de aceptación de consumo de drogas. En esta dinámica donde prevalecen los factores de riesgo se complejiza al vincularse con un proceso adictivo relacionado con la *codependencia* entendida como una enfermedad con síntomas como la obsesión, falta de límites, conductas inapropiadas y de rescate, control y deseos de cambiar a la persona adicta, dejando su vida para vivir la vida de otros (Fundación Manantiales, s.f.).

Independientemente del miembro de la familia que presenta alcoholismo, el estrés que genera se extiende a toda la familia, como lo demuestran los hallazgos de Peter Steinglass, Linda Bennett, Steven Wolin y David Reiss (2001), por lo que se propone que la atención en la familia alcohólica es indispensable para comprender el proceso, prevención y recuperación de sus integrantes, no solo del adicto.

Por otro lado, el estudio de la dinámica familiar como generadora de problemáticas individuales tiene ya varias décadas. Las particularidades de las interacciones entre los miembros de una familia son tan diferentes como los sujetos que las integran. Encontrar algunas similitudes entre los “juegos” (Selvini, Cirillo & Sorrentino, 1998) pretende ofrecer pautas para comprender, prevenir y atender las problemáticas. Mara Selvini, Stefano Cirillo y Anna Sorrentino (1998) incluían el abuso de opiáceos como uno de los trastornos a estudiar como producto de los “juegos psicóticos” en la familia.

Los vínculos o lealtades hacia la familia de origen es otro factor que está presente en la búsqueda del equilibrio entre el desarrollo de la autonomía de la persona y su necesidad de pertenecer, de ser aceptada por su familia. Ivan Boszormenyi-Nagy y Spark Geraldine (1994) mencionan que esto se remonta hasta tres o cuatro generaciones atrás. Cuando se logra ese equilibrio, la persona se puede desarrollar de forma saludable, de lo contrario, se podrán presentar tensiones que afecten a uno o varios miembros. La problemática de las adicciones es multifactorial, por ello, abordajes, como la visión familiar sistémica, ofrecen la oportunidad de mirar al adicto desde el interior de la familia como un sistema, sin individualizar.

Para concluir este apartado, es menester resaltar la perspectiva biologicista en la conceptualización de las adicciones y en la centralidad en el consumo de sustancias. Este es un referente importante que asume que la adicción es un agente externo que ingresa a la familia por medio de uno de sus miembros reconfigurando la dinámica intrafamiliar. Otra postura muestra que la familia tiene una participación fundamental en el hecho de que uno de sus miembros sea adicto. Tanto una como otra postura parten de considerar a la familia como una institución social encargada de cuidar, educar en valores al sujeto, protegerlo y brindar un ambiente de afectividad.

La familia ha sido considerada como una trinchera que debe contener al sujeto de los riesgos presentes en la sociedad. La comunicación y las relaciones intrafamiliares son percibidas como pilares que sostienen y contienen al sujeto frente a situaciones adversas, como son las adicciones. Cuando estos pilares no están fortalecidos, se presentan fracturas en las dinámicas familiares que facilitan que uno de sus miembros se haga adicto, máxime cuando uno de sus integrantes es consumidor, puesto que deja la “puerta abierta” al consumo de sustancias al legitimarlo, permitirlo y naturalizarlo, dentro de la dinámica familiar.

Asimismo, estas dinámicas adictivas se reproducen, sin existir el consumo de alguno de los integrantes, porque al interior de la familia hay quienes tienen conductas de *codependencia* que facilitan la presencia de las adicciones en uno o varios miembros de la familia. Por esa razón es que la familia ha sido considerada como un espacio donde prevalecen factores de protección o de riesgo frente a las adicciones.

LA FAMILIA: ENTRE LO HISTÓRICO, LO SIMBÓLICO, DE LA ETIMOLOGÍA A LA PSICOLOGÍA DE LAS RELACIONES FAMILIARES

La familia no es una institución rígida, por lo que es necesario desarrollar la manera en que es concebida desde distintas miradas disciplinares, pero también tomar en cuenta el contexto y las evoluciones por las que ha pasado y con eso, sus cambios a través de los años, ya que estos de alguna manera han determinado las relaciones familiares y los significados que de allí se desprenden.

La familia no siempre fue concebida como un espacio para la construcción de los lazos afectivos entre sus miembros. Por el contrario, la significación y atribuciones hacia la familia

se han ido modificando, a partir del entendimiento de la familia como una unidad biológica determinada por los parentescos y la legalidad que conllevan, los procesos sociales y culturales que la han marcado han ido cambiando sus objetivos y razón de ser.

Desde el judaísmo, por ejemplo en el Génesis (Biblia de Jerusalén, 1995, Gn. 2:24), ya se advierte que el hombre dejará a los padres para conformar su propia familia. La intención de esta sentencia bíblica es buscar perpetuar el “pueblo de Dios”, con el interés de perpetuar el nombre paterno y tener manos que trabajen, es decir, que la configuración de la familia entre los hebreos provenía de necesidades económicas y de organización social. Siguiendo con la propuesta judeocristiana, en el Evangelio de Mateo 19:6 y Marcos 10:9 (Biblia de Jerusalén, 1995), se habla de lo indisoluble del matrimonio y de su consigna indiscutible hacia la procreación, es decir, la formación de la familia, así, al tener hijos, se vería reflejada la bendición de Dios. Esta ideología entre lo sagrado y la familia ha tenido un impacto muy fuerte y sólido en la conformación de la sociedad y la cultura occidental, ya que la familia se veía como un “equipo” comunitario que alcanza objetivos, así como una institución sagrada.

Además, esta ideología ha hecho que se vean reflejadas, en las dinámicas de la familia, las imposiciones de los roles de género que llevan al desarrollo del control de los varones¹ sobre las mujeres. Por ejemplo, en la ceremonia matrimonial, el padre pasaba al nuevo miembro (esposo) el cuidado de su hija, como una especie de cambio de tutela. Desde esta perspectiva, ya en la Baja Edad Media se puede entender con mayor claridad que el vocablo familia provenga del latín *famulus*, cuyo significado es sirviente o esclavo. Se puede considerar que este término derivó en lo que hoy se conoce como servidumbre, criada, trabajadora doméstica (Pimentel, 2002). De hecho, el vocablo *famulla* se familiarizó en México gracias al programa televisivo en la década de 1970 de “La criada bien criada” (Cortés, 1969), entendido no solo en su acepción latina sino aludiendo a lo que tenía que ver con el patrimonio de un señor.

Aunque la familia como concepto y palabra tiene una acepción degradante, con el tiempo aparece un derivado de *famulus: familiaris* que hace referencia a la persona allegada a la familia, amigo de la casa. Otro término derivado es *fames* (hambre), y se entenderá como los familiares, aquellos que satisfacen el hambre en una misma casa.

Aun en la cultura azteca se maneja la misma intencionalidad de cuestiones económicas y de patrimonio. Por ejemplo, el término *calpuli* significa el lugar de la familia. Personas que compartían sangre y matrimonio. El *calpulli* derivó en el cacicazgo pues estaban juntos porque conformaban un grupo productivo y comercializaban algo que ese grupo fabricara o hiciera.

Así pues, el concepto de familia contendrá, en sus múltiples interpretaciones a través del tiempo y el espacio, la idea de organización económico-productiva. Es decir, el modo en que el hombre encontró un vínculo reconocido que le da un lugar en la masa de la sociedad. Este vínculo también se caracteriza por ser consanguíneo, pero más allá, es una agrupación que le ha dado al sujeto las condiciones para alcanzar un desarrollo psicológico.

A partir de esta consanguineidad y organización que representa la familia, nos encontramos con varios modos de entender su composición, aunque a través de la historia y la cultura ha permanecido como la norma el tipo de familia “conyugal y monógama”.

1. En el caso de México, y de acuerdo con Rogelio Díaz-Guerrero (1984), la supremacía del padre y la sumisión de la madre son características de la familia mexicana.

Autores como Mabel Bel-Bravo (2000) describen que en el siglo XVI y hasta el XVIII, la familia dejó de ser ese espacio de generación económica para convertirse en un espacio de intimidad, que servía como refugio del exterior, en el que la afectividad jugará un papel importante, esto es, que los hijos tendrán atención y las relaciones sentimentales entre las parejas se darán ya no como accidente sino que se tendrá la intención de querer, estimar y responsabilizarse por los miembros de la familia. Este mismo autor describe que todavía en la sociedad preindustrial, las familias seguían viviendo como organizativas-substitutivas: artesanas y empresariales, de talleres y trabajos domésticos (Bel-Bravo, 2000).

Los efectos de los cambios económicos del siglo XVIII hacen posible un fuerte empuje para que se dé la transformación hacia la familia moderna. A partir del cambio en los procesos económicos de los estados y el desarrollo de las ciudades, el aspecto campirano de la familia se vuelve diferente: “la familia se entiende como el pilar más importante del estado moderno o, si se prefiere, el estado como una suma de familias, correspondiendo a la autoridad del monarca su justo gobierno como el cabeza de familia el grupo doméstico” (Bel-Bravo, 2000, p.35). La familia se encuentra a sí misma como la célula en el que los cónyuges se reproducirán de forma biológica, pero también socialmente, y en donde se conformarán las pautas comportamentales que llegarán a la sociedad moderna: los esquemas burgueses, los valores y los aspectos educativos a resaltar.

Desde este momento, la familia se convierte en la puerta de entrada a la sociedad moderna, la cual tendrá la labor de consolidar el comportamiento del individuo que se comprometerá, de forma ideal, a actuar con rectitud, trabajo y dignidad para alcanzar los bienes tanto materiales como espirituales que se ostentaban como los salvadores de la pobreza y la ignorancia en las que había estado sumida la sociedad medieval.

La etimología no es la única disciplina que ha desarrollado el significado de la palabra familia. También la filosofía habla de la familia al considerarla tan vieja como la humanidad misma. Sí, pareciera que la familia, desde esta concepción, es naturalmente adherida al ser humano. Dígase como producto propio de los individuos y la razón está puesta en la procreación y las relaciones duraderas entre iguales. El primer “deber” del hombre sería perpetuar la especie, y esto resulta naturalmente irrenunciable, y el medio, para los griegos, es la familia o casa familiar que implica, como se vio en párrafos anteriores, el conjunto de hombres y bienes. Pero esto también se entenderá desde la visión de comunidad: un grupo de personas o individuos que comparten un interés común y están de acuerdo en vivir bajo las mismas reglas o normas. Asimismo, si se considera que desde la concepción griega, el ser humano tiende al bien, la comunidad, ahora familia, comparte un interés, vive de acuerdo con la normatividad establecida y busca, tiende hacia el bien.

Por su parte, la sociología considera que la familia es el primer órgano de modelado de los seres humanos. Una especie de centro de aprendizaje en el que los niños recibirán valores, lenguaje, comportamientos, etcétera, que les permitirán interactuar con la sociedad y sus instituciones, como la escuela, el estado, la religión, la economía, etcétera. La sociología reconoce que la familia es una unidad tanto económica como social. Desde esta perspectiva y puesta la mirada en las adicciones, al estructurar a la familia como unidad económica se constituye como unidad de producción y consumo: todos los miembros producen y aprovechan algo de los miembros y de su relación con el exterior (Zamudio, 2009).

De esta manera, la familia alcanza el estatus de ente seguro, en el que sus miembros se refugian y se solidarizan entre todos.² Por lo general, así como el padre es la autoridad máxima que toma las decisiones de la familia, la madre tendrá también un papel determinante en la distribución de los bienes y en la educación de los hijos, ya que será la transmisora–transformadora de los comportamientos adecuados de los niños hasta que salgan a la escuela y esta tome lo relacionado con el conocimiento, por decirlo de alguna manera, y la madre seguirá atenta a la formación de los hijos.³ Tal vez por esta distribución de tareas paterna y materna, se desarrolla una fuerte dependencia (codependencia) entre madre e hijos, la cual tendrá un efecto muy fuerte en las adicciones (Fundación Manantiales s.f.; Torres, 2007).

Así pues, la familia vista desde la sociología es un órgano estructural social que depende de los aspectos jurídicos y morales de la sociedad. Hacia su interior tiene normas (derechos y deberes), que se distribuyen entre sus miembros de tal manera que no a todos les corresponde lo mismo, esta situación hará que se conformen las jerarquías y estatus en sus miembros y así se determinarán los distintos roles de los integrantes de una familia. Lo anterior da como fruto los modos y tipos de relaciones afectivas y de intimidad que pueden ser sanas o insanas, funcionales o disfuncionales⁴ (Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman, 2003; Mosqueda–Díaz & Carvalho Ferriani, 2011; Costa, 2014), así como la injerencia de estas relaciones afectivas en las diferentes etapas del desarrollo de los sujetos como puede ser la adolescencia, donde el propio proceso de crecimiento psico–biológico–emocional y social los coloca en un estado de vulnerabilidad ante las adicciones (Serrano, Rodríguez & Louro, 2011; Torres, 2007).

Según los autores, la jerarquía tiene impacto en el proceso adictivo de los miembros de una familia ya que la falta de claridad y definición en este aspecto provoca que los hijos de estas perciban poca claridad o nula jerarquía (Mosqueda–Díaz & Carvalho Ferriani, 2011; Zamudio, 2009), por lo que se hace presente un sistema de premios y castigos que más que fortalecer las jerarquías al interior de las familias, las convirtieron en límites difusos, puesto que no hay precisión en las condiciones de la madre y el padre para sancionar conductas (Nuño & González, 2004; Pedriali Guimarães, Brunfentrinker Hochgraf, Brasiliano & Kuperstein Ingberman, 2009). A esta situación se suma la cuestión de género, el cual también tendrá su impacto en las adicciones, ya que las niñas se encuentran más desprotegidas que los varones (Pedriali Guimarães et al., 2009).

Siguiendo con las disciplinas que estudian a la familia, en párrafos anteriores se muestra que la visión jurídica de la sociedad también tiene su mirada puesta en ella. Existe la rama del derecho familiar que se compone de leyes que regulan el nacimiento de una familia, así como su disolución, y el cuidado del patrimonio de esta. También regula las relaciones que de ella emanen. De acuerdo con el Derecho, la familia es un ente privado, en consecuencia, el estado no puede intervenir en él. Será el estado vigilante de que no se trasgreden los de-

2. Siguiendo con Rogelio Díaz–Guerrero (1984), la familia mexicana se vuelve un centro de absoluta confianza de sobrevivencia, ya que todos comparten y están obligados a ser parte de su familia como solidarios hasta la responsiva legal en términos de préstamos de dinero, “empeños de palabra”, etcétera.
3. Rogelio Díaz–Guerrero (1984) habla sobre la fuerte relación afectiva que se establecerá entre la madre y los hijos y la enorme lejanía con el padre. Lo que será un factor muy importante para la complicidad y la codependencia entre un miembro de la familia adicto y la madre (Fundación Manantiales, s.f., Torres, 2007).
4. Como se mencionó, el autoritarismo del padre y la sumisión de la madre, características de la familia mexicana, reflejan y modelan relaciones de poder asimétricas enfermizas y enfermantas. Por ejemplo, los padres son más permisivos con el consumo de alcohol de los hijos varones (Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman, 2003).

rechos y obligaciones reconocidos, en los individuos que componen a la familia, a partir de la vincularidad creada.

La historia comparte con la filosofía la postura de que “así tiene que ser”: todo ser humano participa del núcleo primario de la familia y esto no quita el que haya “participaciones” casi nulas, al tomar en consideración a los infantes abandonados o las relaciones desgastadas dentro de los núcleos familiares. Pero lo que se puede decir respecto a la familia es que hay “un proceso histórico de transformación que señala cómo las sociedades la atraviesan” (López-Montaña & Herrera-Saray, 2014, p.65).

Si se considera que la familia es un sistema que construye la identidad y ofrece un sentido de pertenencia (Valladares, 2008) *de* y *en* los individuos, se puede considerar que la psicología tomó como objeto de estudio las relaciones familiares. Desde la propuesta sistémica, se observa que la familia es un sistema que ofrece los conceptos de límites y fronteras internas. Pero no solo como conceptos sino también como conductas que llevan a cabo los miembros de la familia; la capacidad para identificar las formas de comportamientos como aceptables o no queda claro en su práctica.

En la literatura recopilada se hace referencia a los límites, los cuales indican el “hasta dónde se puede llegar” en las relaciones: ¿qué se puede hacer?, ¿quién lo puede hacer?, ¿qué se dice?, ¿quién lo dice y en qué tono lo manifiesta?, ¿en quiénes radica el poder de la decisión familiar? Autores como Angélica Mosqueda-Díaz y Maria Carvalho Ferriani (2011), Ana Serrano, Nadia Rodríguez e Isabel Louro (2011) describen que en el abordaje sobre la familia y las adicciones, la falta de límites dentro del ámbito familiar será un caldo de cultivo para que fructifique el consumo, así como el tipo de conformación de la familia, las actividades económicas que realizan los padres, el tiempo dedicado a la atención de los hijos, en especial cuando se trata de la madre (Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero & Sierra de Jaramillo, 2015). Otro aspecto que considerar es el tipo de relación de codependencia que desarrolla la madre hacia los hijos con la intención de cuidarlos, vigilarlos y protegerlos para procurar su integridad física (Fundación Manantiales, s.f.; Martínez, 2015), que a la postre, la atención y el tiempo ligados a conductas de codependencia pueden favorecer las adicciones en los hijos.

Asimismo, algunos autores como Alma Rosa García (2002), Magaly Scott, Samuel Nohl, Bruna Brands, Hayley Hamilton, Denise Gastaldo, Maria Miotto, Francisco Cumsille y Akwatu Khenti (2015) sostienen que al interior de la familia se viven procesos emocionales, como la depresión, que inciden de manera directa en que los integrantes de la familia sean propensos a las adicciones, en particular al consumo de sustancias. En esta línea de pensamiento, se encuentran Carolina do Reis, Maria Guarsechi y Salo de Carvalho (2015), y Canales et al. (2012), los cuales consideran que el consumo se presenta con mayor ímpetu en la etapa de la adolescencia, porque es cuando están emocionalmente susceptibles a experimentar estados de ánimo más severos, a ello se suma que se trata de una etapa estudiantil donde los cambios fisiológicos se hacen presentes y donde la manera de relacionarse con los demás, en especial con los compañeros de la escuela, causa mayor impacto en su autoestima y configuración identitaria.

En esta urdimbre de relaciones interpersonales, dentro y fuera del seno familiar, se identifica que la comunicación es un factor relevante, pues su carencia constituye un riesgo, mientras que su fortalecimiento y claridad suele ser un aspecto de protección para los miembros de la familia frente a las adicciones. Aquí es importante considerar el siguiente postulado de las teorías de la comunicación que afirma que es imposible no comunicar.

Aún el silencio tiene tono y dirección. Tal vez el silencio sea el que diga más dentro de una familia disfuncional (Iraurgi, Sanz & Martínez, 2004). Entre mayor sea la comunicación, y que esta sea positiva, mayor grado de satisfacción tendrá la familia. Sin embargo, autores como Pedro Vargas, Mario Parra, Caterín Arévalo, Luisa Cifuentes, Jaime Valero y Margarita Sierra de Jaramillo (2015), Marina Muñoz y José Luis Graña (2001) confirman en sus estudios que entre más inadecuada sea la comunicación, habrá mayor ausencia de autoridad, y en consecuencia, no serán claros los límites entre los miembros y habrá mayor tendencia al consumo de sustancias adictivas.

En este sentido, autores como Saúl Mielgo, Daniel Lorigados, Alba Calleja y Pedro Cachero (2012) y Pedriali Guimarães et al., (2009) afirman que la presencia de lazos familiares conflictivos, poca comunicación y estilos de crianza que no están acompañados por la transmisión de valores entre los miembros de la familia constituyen nodos de riesgo latente ante las adicciones. A ello, Mabell Granados, Bruna Brands, Edward Adlaf, Norman Giesbrecht, Laura Simich y María Miotto (2009) suman que la comunicación, como factor de protección o de riesgo, suele recaer con mayor énfasis entre la madre y el hijo. Mientras que Marina Beatriz Fantin y Horacio Daniel García (2011) agregan que la comunicación deficiente en la familia se suma al contexto en el que desarrollan, incrementando el factor de riesgo ante el consumo.

Por otro lado, ante un miembro de la familia del adicto, los procesos comunicacionales y las relaciones cambian y parecieran caer en un círculo vicioso de incomunicación (Fundación Manantiales, s.f.; Forselledo & Esmoris, 1994). Esta imposibilidad relacional familiar va a crear un fenómeno muy fuerte que es el de la codependencia. De acuerdo con Sara Yépez (2019), la codependencia implica una falta de autorreflexión y autoconocimiento del miembro de la familia codependiente, y considera que en el mayor número de casos es la madre. De tal suerte que se conforma una relación entre adicto o adicta y la madre deficiente y enferma que “seca” su propia afectividad al centrarse en las necesidades del hijo o hija adictos. Así pues, la codependencia se puede definir como una sobreprotección, donde los codependientes desarrollan una relación en la que están implicados sentimientos simbióticos y de sobreprotección entre la rabia y el temor (Fundación Manantiales s.f.; Torres, 2007). En este mismo sentido, Lenin Torres (2007) menciona que otra de las consecuencias de la codependencia es el control o el intento de controlar la conducta compulsiva del adicto.

Es importante considerar el aspecto contrario del que habla José Martínez (2015), el que encuentra que una buena comunicación en los miembros de la familia genera satisfacción, las conductas de consumo son difíciles de aparecer y se facilita la disminución de consumo. En otras palabras, si de prevención se habla, la comunicación entre padres e hijos será determinante para la prevención y la disminución del consumo (Carcelén, Senabre, Morales & Romero, 2010; Fuentes, Alarcón, García & Gracia, 2015).

Por su parte, José García del Castillo (2003) apunta que la buena comunicación verbal entre los padres y los hijos llega a ser determinante como un factor de protección ante el consumo en alguno de sus miembros. En este sentido, Mario Zapata (2009) puntualiza que no se trata solo de una buena comunicación en la familia sino también de que sean capaces de establecer redes de apoyo que afiancen la red de protección contra las adicciones. Mientras que David Bruno Díaz, Nancy Leticia Castillo, José Luis Chacón, Sara Elisa Gracia y Carmen Fernández (2016) afirman que la comunicación en la familia debe estar acompañada de un apoyo afectivo y de información práctica que sirva como un medio de contención y de prevención ante las adicciones.

LA FAMILIA: DE LA MODERNIDAD A LA POSTMODERNIDAD

Por su parte, la antropología y la economía hablan sobre la familia de manera similar: es una estructura donde existen derechos y obligaciones mismos que están ligados a procesos productivos, de clase y de género (Soares & Kochenborger, 2010). Aunque esto prevalece en la mayor parte de la cultura, el siglo XX fue parteaguas en la conformación de la familia: la utopía de la modernidad fracasa de manera aparatosa, ya que en vez de que los seres humanos cuenten con beneficios en salud, trabajo, educación, remuneración justa, la brecha entre pobres y ricos se agudiza. Las epidemias siguen arrasando con la humanidad, y las guerras, en diferentes territorios, por “las justificaciones políticas” a saber de cada bando, muestran la enorme capacidad de autodestructividad del hombre. En la modernidad, la familia queda en el medio de esa espiral de auto destructividad y sobrevivencia humana.

Su estructura en la época moderna se puede entender a partir de una articulación político-económica donde la familia y la división sexual del trabajo son parte medular del sistema para allegar recursos económicos, de salud y de vivienda (Cavalcante, 2014). Para ello, se puso en marcha un estado de bienestar donde el hombre tenía la tarea de ser el proveedor económico por medio del trabajo remunerado, mientras que la mujer se encargaba del cuidado, la atención y protección de la familia. En este punto de la historia humana, la familia fue considerada como una institución social donde se llevan a cabo procesos de socialización, reproductivos, de cuidado, laborales, económicos e identitarios (Castelletti, 2016).

Ahora bien, aunque como estructura familiar se ha considerado como algo fuerte y seguro, en la vivencia familiar y social, el funcionamiento de la familia no redituó de la manera esperada. A partir del fracaso de la modernidad, las instituciones sociales más importantes como la iglesia, el estado, la escuela, la economía y la familia misma comienzan a ser cuestionadas por su ineficacia para solventar y dar sentido a las relaciones entre las personas. Los padres se divorcian y conforman nuevos tipos de familia; el estado queda expuesto con niveles de corrupción y burocratización que se vuelve incapaz de solucionar los problemas de la ciudadanía; la Iglesia —de cualquier credo— también queda expuesta por la rigidez de la normatividad que en otro tiempo fue útil para el control de los creyentes. En el siglo XX, la iglesia deja de tener el control sobre la vida de la población, pues el libre pensamiento se pregunta por la validez de las reglas impuestas o sugeridas. Por último, la educación en cuanto tal, también cae forma dolorosa en la ignorancia e indolencia ante el alumnado y los padres.

El siglo XX se reconocerá como un tiempo y cultura de una enorme pluralidad de creencias, gustos, pensamientos, posturas políticas, etcétera. El neoliberalismo como sistema económico y social genera un individualismo galopante que impide ver al sí mismo como persona y el otro es solo un objeto más de uso y desuso. Esto será un elemento muy importante para que los miembros de la familia consuman sustancias. Al respecto, Guillermina Natera, Jim Orford, Alex Copello, Jazmín Mora, Marcela Tiburcio y Richard Velleman (2003), estiman que, entre mayor cohesión familiar, menor son las posibilidades de consumo de sustancias. Esto tiene que ver con la capacidad de cooperación que se construye en una familia; el apoyo que pueden brindarse sus miembros y la riqueza de su afectividad. Su inverso será el conflicto y la falta de interés por los miembros de la familia. En síntesis y de acuerdo con los autores referidos, entre mayor individualismo, menor interés por el otro habrá, y la consecuencia es el aislamiento de las personas.

La utopía moderna que fracasa responde a “sucesos” concatenados en la sociedad, como ha sido la masificación escolar (Meneses, 1986). Por un lado, se consideraba como necesi-

rio acabar con la ignorancia y sus consecuencias en el ser humano. El costo de esto fue el que el acto educativo se “saliera” de la casa y fuera a una institución educativa, y por otro, se acomodaba a los alumnos como se podía “una tendencia eminentemente centrada en el maestro y sorda al clamor de las diferencias individuales” (Meneses, 1986, p.1). Así se fue conformando la estructura escolar a través de los años y la intervención de los gobiernos.

Otro “suceso” y debido, entre otras razones y motivos, a las continuas guerras del siglo XX, fue la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. La madre dejaba su puesto de cuidado de la familia e ingresaba al ámbito laboral como parte del presupuesto familiar para el sustento de la casa (Zamudio, 2009). El tercer “suceso” tiene que ver con las continuas crisis económicas que se dan desde la gran caída de la bolsa de valores de Nueva York en 1929. Para continuar con el neoliberalismo que surge desde la década de los setenta hasta la fecha (2024) y que es tan propio de la posmodernidad, con su acento en el individualismo.

En la posmodernidad, otro aspecto a considerar es el fatalismo, la depresión, la crisis de identidad y de valores, la ausencia de modelos, los medios de comunicación que desinforman y manipulan hacia el consumismo generalizado. En el ámbito religioso crece el escepticismo y la desconfianza ante las autoridades eclesiales. Vivir en esas condiciones actuales genera una fuerte necesidad de evasión (Serrano et al., 2011) y una tendencia a la búsqueda del placer a cualquier precio (Granados et al., 2009; Díaz, 2012). Dos de los aspectos más fuertes que conducen al consumo de sustancias.

A lo largo de la literatura analizada y descrita, ha quedado por sentado que la familia ha entrado a una crisis sobre su —de por sí utópica— función familiar-afectiva. En los siguientes párrafos se mostrarán las diferencias críticas que se han tejido entre la familia en la modernidad y la familia posmoderna. Estas diferencias se ilustran en la tabla 5.1.

De forma tradicional, la familia se ha propuesto como un refugio del exterior (García, 2002), un espacio de interés y preocupación por el otro que favorece la construcción de una identidad individual robusta y positiva (Forselledo & Esmoris, 1994). En contraste, autores como Forselledo y Esmoris (1994) advierten que en la posmodernidad la familia cede su fuerza y su espacio al mercado. El consumo y las cosas que los miembros de la casa puedan poseer será lo que les dará su identidad y, digamos, su lugar en el mundo.

Asimismo, los autores identifican que en la modernidad había una línea clara del ejercicio del poder y autoridad desde los padres (Vargas et al., 2015; Oliveira, Bittencourt & Carmo, 2008; Granados et al., 2009), en la posmodernidad la autoridad se encuentra difuminada, y el dios es una profunda dependencia al placer, en especial cuando se trata de productos o sustancias de fácil acceso, a bajo costo o de moda (Rodríguez, Brands, Adlaf, Gierbrecht, Simich & Miotto, 2009; Aguirre-Guiza, Aldana-Pinzón & Bonilla-Ibáñez, 2016). Las sustancias se procuran para conseguir un placer accesible en cualquiera de sus muy diversas presentaciones como son el cigarro, las bebidas alcohólicas y las bebidas energéticas, solo por mencionar unos ejemplos (Terezinha et al., 2015). Los autores hacen énfasis en el hecho de que la búsqueda de placer individual es un rasgo característico de la posmodernidad, y pareciera que en todas las cosas no hay límites para hacer o pensar lo que cada persona guste y quiera sin que haya oponentes ni morales ni de otro tipo (Fouce, 2000). Lo anterior se refuerza con la afirmación de René Pedroza (2017) al referirse a la sociedad posmoderna como: “hedonista, hiperindividualista y con identidades movedizas” (p.467).

El siguiente aspecto que desarrollar se refiere a los modelos a seguir en la época moderna. Pues bien, se identifica que los valores que era posible ver en las acciones de los individuos se volvían referentes importantes para los miembros de la familia. Hoy en día, dicen los autores,

TABLA 5.1. FUNCIÓN DE LA FAMILIA EN LA MODERNIDAD Y EN LA POSMODERNIDAD

Modernidad	Posmodernidad
La familia tenía un lugar central en la conformación de la sociedad.	La función de la familia cedió su paso al mercado.
La familia era la autoridad para sus miembros.	La autoridad es la búsqueda incesante de placer.
La familia proporcionaba constructos identitarios.	El consumo contribuye a la conformación identitaria.
La familia proporcionaba ejemplos a seguir.	La razón la tienen los expertos y los profesionales. Existen demasiadas voces de “verdad”.
La familia fomentaba la ética del trabajo.	Se fomenta la ética del consumo.
La práctica y la idea del cuidado era un asunto propio de la familia.	Se practica la individualidad y modelación del cuerpo.
La familia proporcionaba expectativas sobre proyectos de largo plazo.	Determinación de vivir al día.

imperan las exigencias del consumo, las cuales se convierten en la búsqueda de solo parecerse a alguien en la imagen, el acceso a tanta información —voces de expertos o seudoexpertos que aparecen en Internet—, hace casi imposible que se forje el interés de seguir a individuos por su probidad (Carcelén, et al., 2010). Más que nada, se desea la imagen proyectada, el dinero que se ostenta, etcétera. Así pues, se vuelve más importante y hasta más fácil —con todas las dificultades que esto conlleva— convertirse en un futbolista, basquetbolista, e inclusive narcotraficante.

Según la literatura revisada, un valor de suma importancia que se promueve en la modernidad es el trabajo. Pero no cualquier tipo de trabajo sino aquel que tiene que ver con una relación inquebrantable entre la actividad humana necesaria para subsistir y la ética o moral que el ser humano habrá que imprimir en tal relación. Esto es, que el ser humano es formado para trabajar y así, como fruto de su trabajo, obtener cosas que le proporcionen bienestar; ser responsable, puntual, leal, etcétera, como, por ejemplo, permanecer en un empleo prácticamente toda la vida.

El trabajo y los sueños de las familias iban de la mano, en la posmodernidad, eso se desvanece. Hoy se fomenta una ética de consumo en la que el objetivo es tenerlo y obtenerlo lo más pronto posible (Cavalcante, 2014). Por lo tanto, la permanencia, la fidelidad, ya no son conceptos que sean considerados como prioritarios por la mayoría de los trabajadores. Se busca el cambio y la rapidez. Por lo tanto, desde la propuesta de los autores, el trabajo se ha reducido a ser un medio para allegar recursos económicos y no un elemento que contribuye a la formación del carácter.

Se identifica que lo que se encuentra en la raíz misma de la familia moderna es el cuidado. Cuidar, tarea fundamental entre los miembros de la familia (Martins, Dos Santo & Pillon, 2008; McArdle, Wiegersma, Gilvarry, Kolte, McCarthy, Fitzgerald et al., 2001; Oliveira, Bitencourt & Carmo, 2008). En contraposición, en el andamiaje de la familia posmoderna se promueve el individualismo y los valores que van más relacionados con la imagen, lo que ocasiona una especie de orfandad afectiva que en muchos casos termina en el uso de sustancias.

Siguiendo con la modernidad, los autores proponen que dentro de las familias se forjaba lo que se conoce como “proyecto de vida”, un plan que dirigía la vida a largo plazo que se convertía en motor y motivación de los individuos. En la posmodernidad, en cambio, lo que impera es el día a día y una gran inclinación al presente continuo.

Así como el sentido de la dinámica familiar ha evolucionado a través del tiempo, el concepto de familia ha cambiado también. A través de los años, el núcleo familiar se ha visto condicionado por diversas influencias como la sociedad, la economía, los comportamientos culturales y la religión (Valladares, 2008). La familia ha mostrado patrones de comportamiento que en muchos casos han estado determinados por los modos de producción que ha tenido la sociedad en cuestión (Mosqueda-Díaz & Carvalho Ferriani, 2011). Desde esta perspectiva, la familia ha pasado de la concepción y organización tribal, donde se conformó como un grupo centrado en la supervivencia, a un grupo en el que los individuos, de forma ideal, pueden encontrar amor y seguridad que a fin de cuentas, les ayuda a construir una identidad con la que enfrentarán el mundo y la realidad. Las condiciones socioeconómicas que se han dado en la época denominada como postmoderna, ha traído cambios a la concepción de familia moderna, como grupo de protección y referente identitario y moral.

Dadas las características de la sociedad actual, algunos autores identifican que han proliferado dinámicas relacionales donde los padres presentan una fuerte necesidad de permanecer jóvenes, situación que en muchas ocasiones les dificulta cumplir la parte del rol paternal relacionado con el ejercicio de la autoridad y disciplina; en otras palabras, lo anterior tiene que ver con la capacidad de poner límites a los hijos que están creciendo y conociendo el mundo. Este afán de juventud, muchas veces tiene que ver con experiencias autoritarias de su propia crianza y con los modelos teóricos sobre educación en boga; se quieren hacer “amigos” de sus hijos en aras de alcanzar un rango de confianza en el que se platican “todo”. La falta de límites en equilibrio con la contención emocional se considera que puede favorecer cuadros adictivos en los hijos. Así lo ilustra el siguiente poema:

Amad como corresponde,
de suerte que el amor no impida
a los adolescentes apartarse de los vicios
teméis que a vuestros hijos
el aprender virtudes les dé frío o calor,
y los volvéis viciosos a fuerza de mimarlos;
después lloráis y lamentáis lo hecho
(Juan Luis Vives, 1492-1540).

Se puede observar que esta situación y su crítica no son nuevas, ya en el siglo XVI, el poeta Juan Luis Vives advertía del peligro de este tipo de crianza permisiva donde la prevalencia de la ley del menor esfuerzo junto con una intolerancia a la frustración produciría personas que no saben enfrentar las dificultades de la vida.

Los autores han abordado el tema de la crianza y su transformación desde la influencia de los medios masivos de comunicación, que en la sociedad actual han tomado un lugar preponderante. Estos, en muchos casos, pasaron de ser medios de entretenimiento familiar a suplir la presencia de los padres. Además, generaron una “flojera intelectual” en sus consumidores, pues los programas ofrecían respuestas de forma atractiva y tan real que por muchos son considerados como una caja de verdades incuestionables. Estas verdades incuestionables conformarán modelos contradictorios que dejarán indefensos a los televidentes sin la posibilidad de construir un juicio respecto a lo que ven o escuchan, y esto se ve cada vez más intenso en las redes sociales y el uso del Internet.

Otro aspecto que se ha considerado al abordar a la familia tiene que ver con el papel de la escuela. Los padres han delegado a la institución escolar los temas como el sexo, las drogas, la religión, la violencia, etcétera que impactan en la formación de los individuos. Desde la perspectiva de algunos autores, pareciera que la posmodernidad ha favorecido que las adicciones se fomenten; Ioseba Iraurgi, Mireia Sanz y Ana Martínez (2004) y García (2002) consideran que en la actualidad, la familia es un factor de riesgo al prevalecer una débil comunicación entre sus integrantes, y escasos recursos para manejar situaciones de estrés dentro y fuera del entorno familiar.

Un rasgo fundamental más en el desarrollo de las adicciones y el papel de la familia es que la madre, al ser en muchas familias la única proveedora económica del hogar, ha visto dificultada su tarea tradicional como transmisora de valores y cuidadora de los miembros de la familia (Oliveira et al., 2008), y esto contribuye a que los hijos estén en una condición de abandono afectivo y con falta de atención que los hace proclives a desarrollar adicciones.

En el proceso de modernización, la integración de la mujer al ámbito laboral, la tecnificación, la movilización por la búsqueda de empleos, la pobreza, entre otros, ha generado que la familia nuclear no pueda cumplir con la función de vinculación social, aprendizaje de convivencia, fuente de protección y reconocimiento que de manera tradicional se le ha asignado.

Gabriel Mendoza y Jorge Atilano (2016) afirman que desde edades tempranas, los jóvenes privilegian relaciones elegidas por afinidad que les proporcionan sentido de pertenencia y reconocimiento. Los niños y jóvenes se desvinculan con mayor facilidad de la familia nuclear para construir vínculos con quienes encuentran afinidad en ideales de vida, gustos, intereses y crean su propia identidad cultural. Ante esta tendencia, los autores identifican que el reto es redefinir el concepto de familia que trascienda el lazo consanguíneo, incluir a quienes se eligen en razón de la convivencia, protección, reconocimiento para favorecer el desarrollo de valores y procesos de vinculación hacia el “cuidado de la vida” (Mendoza & Atilano, 2016, p.220).

En sí, la familia ha evolucionado como concepto, pero esto ha sido partir de los valores, atribuciones, formas y características que han ido adquiriendo, dependiendo el lugar y tiempo desde donde se piensen y de las condiciones políticas y económicas que transforman las realidades sociales. Además de las modificaciones que la familia ha tenido como concepto y en sus prácticas, se le pueden agregar o modificar las atribuciones y funciones de esta institución, dependiendo de la perspectiva desde la que se parte, por lo cual en la pretensión de analizar y describir la relación que existe entre la familia y adicciones, es necesario analizar las diferencias, simbólicas y materiales, así como de perspectivas que describen a la familia, su significado, sus acciones, formas, entre otras cosas, de manera más específica.

DINÁMICA Y ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE LAS ADICCIONES

De acuerdo con lo descrito, en varios textos revisados se afirma que la estructura y la dinámica familiar se convierten en factores que influyen en el desarrollo de las adicciones en alguno de sus miembros. Estos factores presentes en la estructura de familia se distinguen desde diferentes niveles.

El primero es el de los tipos de familia del que se trate, donde principalmente nos encontramos con la familia nuclear y la extensa que es la que se deriva de los familiares directos de las parejas que conforman la familia nuclear (Soares & Kochenborger, 2010). Con esto se quiere manifestar lo amplio de las relaciones que puede presentar una sola familia. Así pues,

la familia es un grupo activo y dinámico de individuos que son producto de una cultura y esto permite que se entiendan y se conozcan los diversos modos de organización y relación que se dan al interior de la familia como las monoparentales, tradicionales, adoptiva, compuesta, homoparental.

Otro aspecto a considerar al identificar la estructura de la familia son los roles de género dentro de ella. En las configuraciones de los roles de género en la familia, muchas veces el manejo de poder y autoridad no siempre son claros (Delgado et al., 2014). ¿Quién manda en casa? Con esta pregunta no se sugiere un proceso autoritario —que no lo descarta— entre sus miembros sino quién o quiénes toman las decisiones mínimas para un buen funcionamiento de un grupo de individuos que están bajo un mismo techo. Si esto no se lleva con claridad, se vuelve un factor de riesgo para el desarrollo de las adicciones entre los miembros de la familia.

En cuanto a la estructura familiar, la posición de los miembros dentro de esta se ha identificado como otro factor, principalmente en los hijos que, por ser menores, pueden tener una relación de subordinación, de horizontalidad —fructífera o desorganizadora—, de cuidado y protección con los padres, etcétera. También influye el tipo de relación que tengan los hermanos entre ellos, según la posición que tengan dentro de la familia, si el mayor subordina o cuida al pequeño, etcétera. Esto que pudiera parecer banal, impacta en las relaciones afectivas de todos los miembros de la familia (Monroy, 2004). No solo las cuestiones afectivas quedan expuestas aquí sino también el grado de responsabilidad que tienen los hijos dentro y fuera de la casa.

Algunos de los factores de riesgo que los autores identifican son la disolución primaria y la reconfiguración familiar, es decir, que se dé una separación o un divorcio, o bien, una nueva unión, lo que repercute en las relaciones entre hijos y padres, y en el desarrollo y bienestar emocional de los hijos, principalmente (Ulloa, 2015). La disonancia entre las estructuras familiares es otro factor de riesgo si tenemos en cuenta que al conformarse una nueva familia después de la separación de los padres, los hijos entran en otro tipo de estructura, la cual lleva tiempo asumir y manejar (Díaz, 2012).

Por último, las diferencias individuales entre los miembros de la familia son otro factor de riesgo que influye según la estructura de la familia, pues esas diferencias individuales tienen que ver con la capacidad de la persona para enfrentar o no la vida y sus problemas, su forma de responder ante las contingencias y los resultados que obtengan. Estas diferencias entre las personas nos muestran que hay niños y niñas con menor fuerza para tolerar la ansiedad y la frustración (Pedriali Guimarães et al., 2009), que son más impulsivos y más sensibles. Por lo tanto, los demás los perciben como diferentes.

Respecto a la dinámica familiar que implica elementos relacionales y comportamentales, se han identificado una serie de condiciones como una mala comunicación y la difuminación de la autoridad entre padres e hijos que se convierten en caldo de cultivo para las adicciones (Mosqueda-Díaz & Carvalho Ferriani, 2011). Las dificultades en el proceso comunicacional tienen que ver con una falta de entendimiento importante entre sus miembros (Fantin & García, 2011).

Un elemento más de la dinámica familiar que se convierte en factor de riesgo es la dispersión de la atención entre los hijos, en especial si son muchos o se tienen demasiadas actividades, trabajos, etcétera (Vargas et al., 2015). El niño y la niña, como consecuencia de esta dispersión, sentirá soledad y que no tiene con quién acudir.

El desdibujamiento de los límites dentro de la dinámica familiar como factor de riesgo consiste en el ejercicio de la violencia, no necesariamente física. Existe la violencia emocional que puede generar un “síndrome de abstinencia emocional” (Yépez, 2019, s.n.). Lo anterior está íntimamente ligado a las relaciones de poder y su escasa visión del diálogo lo que provocará la “desnutrición emocional” (De Dios, 2019, s.n.) que terminará en un vínculo patológico. Refiere Yépez (2019) que para lograr una dinámica familiar armónica se requiere que en la familia se establezcan límites claros y amorosos, pero que no sean rígidos ni excesivos.

Se identifica que de forma tradicional, la madre ha sido responsable de la falta de cuidado, atención y bienestar de los integrantes de la familia (McArdle, Wieggersma, Gilvarry, Kolte, McCarthy, Fitzgerald et al., 2001). Desde la postura de algunos autores, a pesar de todos los pasos hacia la “liberación femenina”, parece ser que el pilar de la familia “tiene que seguir siendo la madre”, y que esta sea quien transmita valores, ofrezca afecto, apoyo, etcétera. Por otro lado, si el padre se encuentra entre la madre y los hijos de una forma dual y su comportamiento es errático, puede fomentar una relación simbiótica entre madre e hijos (De Dios, 2019).

LA CODEPENDENCIA. ADICCIÓN A LAS PERSONAS

Las deficiencias y dificultades provenientes de la estructura y la dinámica familiares tienen como resultado la codependencia, es decir, “la adicción a las personas” (Torres, 2007; Fundación Manantiales, s.f.; Yépez, 2019; De Dios, 2019; Oceánica, 2017). Entre los factores que favorecen el desarrollo de la codependencia está la sobreprotección de los padres hacia sus hijos. Los miembros codependientes en una familia son sobreprotectores de los adictos y conforman un escudo de ocultamiento, haciendo todo lo posible por controlar la conducta de la familia en el afán de “proteger” (Torres, 2007).

No asumir la responsabilidad de los propios actos y de la propia vida lleva al desarrollo de la codependencia. En una relación simbiótica, como es la codependiente, hay una especie de urgencia por evitar el conflicto y esto implicará que ante los miembros de la familia o del círculo social asumirá la responsabilidad propia del adicto en una serie de justificaciones y explicaciones que llegarán al absurdo y lo ilógico.

La racionalización de la conducta del adicto es una tendencia que responde a estas relaciones familiares codependientes. Al generar explicaciones y justificaciones se cae en un sistema de reforzamiento de la negación del adicto que afirma no tener ningún problema con sustancias adictivas. Esto provoca que el mismo adicto se obnuble ante la gravedad de su adicción.

Ante la no aceptación de la responsabilidad que le corresponde al adicto, sumado a las explicaciones o justificaciones, el codependiente termina siendo colaborador y cooperador del adicto y se convierte en cómplice en el consumo (Yépez, 2019; De Dios, 2019). Al ser cómplice del consumo, el codependiente desarrolla una conducta de servilismo y la absurda fantasía de que así rescatará al adicto. El codependiente termina situándose entre el rescate y la sumisión ante su familiar adicto (Oceánica, 2017; Fundación Manantiales, s.f.).

La presencia de un miembro adicto generalmente conduce a la disfuncionalidad de la familia, ya que sus relaciones y procesos comunicacionales se “enfermarán” progresivamente. La comunicación en estos casos es indirecta, no lineal, favorece el encubrimiento y la justificación de las relaciones codependientes (Martínez, 2015). Si con anterioridad ha habido dificultad para determinar las líneas de autoridad, ahora estas se muestran como confusas

y ambiguas, rígidas y con explosiones de injusticia para el resto de los miembros, ya que toda la dinámica gira en torno al adicto. Entonces los otros miembros se aíslan y se pierde el contacto social familiar.

FACTORES DE RIESGO QUE POTENCIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN LA FAMILIA

Los autores refieren a diferentes factores de riesgo en la familia ante el consumo de sustancias adictivas. El primer factor es el socioeconómico. La pobreza extrema es un elemento que juega un papel muy importante sea como realidad que se quiere evadir (Rodríguez, Brands, Adlaf, Gierbrecht, Simich & Miotto, 2009), sea como medio de subsistencia, y el consabido ingreso al narcotráfico para lograr la disponibilidad de acceso para el consumo, desde el tabaco hasta las sustancias más peligrosas por no ser socialmente aceptadas. Sin embargo, la sociedad está como adormilada ante lo fácil que al parecer es conseguir sustancias ilegales.

En cuanto a los aspectos educativos, entre los factores de riesgo se identifica el bajo nivel académico —asociado a la pobreza— de los padres y un rendimiento escolar pobre también; está la disyuntiva de millones de personas que viven en la pobreza: estudiar o trabajar; algunos, con un poco más de suerte, deciden estudiar y trabajar, pero la responsabilidad primera es hacia el trabajo, pues de ahí es que come la persona y / o su familia. Otro factor de riesgo es el ambiente escolar, que en sí mismo es un caldo de cultivo para las adicciones, ya que entre los estudiantes hay retos, modelos a seguir, etcétera, que facilitan tanto el acceso a las sustancias adictivas, como el “querer” hacer lo mismo o mínimo sentir una fuerte curiosidad por saber lo “que se siente”.

El hecho de que la escuela como institución sea ignorante o minimice los problemas de las adicciones, junto con la propia ignorancia de los padres, sumada a la negación de hablar sobre del tema, provoca que los jóvenes sean por igual ignorantes, faltos de autorreflexión y autoconocimiento sobre las adicciones, sus efectos y los líos graves que se generan tanto a nivel personal como colectivo (Gutiérrez, Contreras, Trujillo, Haro & Ramos, 2009).

En cuanto al ámbito sociocultural, en los últimos años ha habido una fuerte campaña en diferentes países del primer mundo, y por imitación, en los del tercer mundo, por legalizar ciertas drogas. Junto con esto, se presenta la legitimación del consumo de drogas legales (tabaco, alcohol) entre los integrantes de la familia (Nuño & González, 2004). Las nuevas representaciones sociales de la adicción, donde se ve a los adictos como personas *cool* y a la moda, facilitan la negación del problema. Esto está relacionado con la búsqueda de cosas nuevas, la curiosidad y el deseo de sentirse igual a los demás, lo cual puede resultar en el desarrollo de una adicción.

FACTORES DE PROTECCIÓN, REHABILITACIÓN Y FAMILIA

No todo es un panorama negro y de riesgo. Antes de hablar de los factores de protección que tiene la familia, se observa el papel preponderante de esta en el proceso de recuperación de un adicto o adicta:

- La familia provee de bienestar emocional (Natera et al., 2003; Martínez, 2015), que es fundamental para la recuperación del adicto y la adicta, ya que este bienestar emocional ofrece estabilidad y seguridad ante las situaciones críticas por el deseo de consumir.

- También se desarrollarán competencias sociorelacionales (Díaz, 2012) que permitirán que la familia tenga modos diferentes de comportarse, más efectivas, lo que alejará al adicto o adicta de situaciones comunicacionales ambiguas.
- De igual manera, se desarrollan habilidades para hacer nuevos frentes ante situaciones de riesgo (Quadros, Calcagno & Modernel, 2014).
- La conformación identitaria (Foselledo & Esmoris, 1994) y el fortalecimiento del auto-concepto (Mielgo et al., 2012).
- La reeducación para el mejoramiento de las habilidades comunicativas. Es decir, cómo aprender de nuevo el uso del lenguaje efectivo (Muñoz & Graña, 2001).
- El papel de la formación espiritual más allá de una religión en particular, es decir, como un soporte que permita el desarrollo del área espiritual del adicto / adicta y se fortalezca en un nivel superior (Zapata, 2009; Silva, Pimentel, Alves, Santos & Limeira, 2016).
- Ambiente de seguridad, esto implica que los adictos y adictas, al estar en un espacio que tiene mejores formas de relación, tendrán acceso a otras maneras de crecimiento (Mosqueda-Díaz & Carvalho Ferriani, 2011), y así se podrán disminuir situaciones de riesgo que puedan enfrentar con estrategias más efectivas.

Así pues, en la tabla 5.2 se muestran otros elementos de la estructura y dinámica familiares que diferentes autores identifican como factores de protección ante las adicciones:

De acuerdo con algunos estudios revisados (Mosqueda-Díaz & Carvalho Ferriani, 2011; Cavalcante, 2014), se han desarrollado acciones que han sido exitosas en el acompañamiento y tratamiento de las adicciones. Desde el ámbito familiar se ha visto que la reeducación familiar ante la codependencia es fundamental para que el adicto o adicta pueda enfrentar su adicción. Esto implica una doble reeducación, ya que la persona codependiente también tiene que entrar en un proceso que le permita modificar sus conductas codependientes.

También es muy importante que la familia muestre expresiones de apoyo desde lo afectivo. Es decir, las personas que consumen pasan por muchas cosas que en su mayoría son desagradables y que han dañado a las personas que se quieren, por lo tanto, es importante que este apoyo familiar tenga componentes de perdón y reconciliación para que el adicto / adicta se sienta aceptado / aceptada en la familia; pero esto no basta, es necesario ofrecer un apoyo práctico ante las contingencias de la vida y los procesos sociales y laborales a los que ahora se enfrentará el adicto o adicta.

En varios estudios (Martínez, 2001; Rowe, 2012; Muñoz & Graña, 2001; Carcelén et al., 2010) se ha encontrado la descripción de los aspectos que no facilitan la recuperación de los adictos. Por ejemplo, dejar que afronte solo la problemática que vive. De parte de la familia esto se podría entender por el cansancio y desilusión que provoca la situación en la dinámica familiar. Por hartazgo, cansancio y dolor la familia opta por dejar solo al miembro de la familia adicto / adicta.

En la familia se puede presentar la negación de la problemática de adicción de alguno de sus miembros, hasta que el problema explota y se dañan las relaciones familiares, sociales y la conducta autodestructiva del adicto o adicta llega a un punto en el que ya es casi incontrolable. El ambiente familiar —moldeado por la disciplina y la represión, es decir, como lugar que causa miedo y violencia— es fuente de riesgo para caer en las adicciones.

Es común encontrar, dentro del ámbito familiar, sentimientos de vergüenza, culpa, impotencia y confusión, así como una falta de herramientas para enfrentar la situación ante la sociedad y dificultades en el proceso de aceptación de que un miembro de la familia es adicto

TABLA 5.2 FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA FAMILIA FRENTE A LAS ADICCIONES

<p>Estructura</p>	<p>El número de integrantes de una familia definitivamente juega ese papel doble. Mientras que una familia numerosa es factor de riesgo, pues la atención se pierde entre tantos, un número reducido de hijos implicará una mayor posibilidad de atención a los hijos cuando estos lo requieran (García, 2002).</p> <p>El nivel educativo de sus miembros también tiene el doble papel. Es de esperarse que entre más alto grado de estudios tengan los padres, mejor capacidad comunicativa tendrán y mayor conocimiento sobre los riesgos del consumo (Ferrari & Félix de Oliveira, 2010).</p> <p>Por último, en lo estructural el dinero es un factor importante. La justa y equitativa distribución de la economía entre sus miembros es un factor de protección.</p>
<p>Dinámica familiar</p>	<p>La autoridad familiar recae de forma directa en el padre y la madre como el binomio que establecen con claridad las reglas de comportamiento familiar, los límites, la disciplina.</p> <p>Por la cultura en la que nos encontramos, esta responsabilidad recae, en su mayoría, en la madre, quien es la encargada de la cohesión, atención y reproducción social de sus integrantes.</p> <p>Un papel muy importante de la familia es el establecimiento y fortalecimiento de lazos de afectividad y emocionalidad de los miembros (García del Castillo, 2003). Es decir, la familia es el laboratorio de las relaciones afectivas exitosas.</p>

Fuente: elaboración propia con base en los textos revisados de Alma Rosa García (2002), Catia Ferrari y Magda Félix de Oliveira (2010) y José García del Castillo (2003).

o adicta. Los padres suelen ser indiferentes y faltos de interés para participar en programas tanto informativos como de recuperación del adicto o adicta. Esto redundante e impacta en la profunda ignorancia respecto a la importancia de participar en los procesos de tratamiento y, además, de reconocer los distintos tipos para elegir el que resulte más efectivo para la familia y el adicto o adicta. En la vida cotidiana, la familia lucha por evitar el consumo de las drogas que socialmente están admitidas y permitidas. Otro aspecto sociocultural que no ayuda se refiere a los mitos que hay respecto a los centros de atención para adictos.

CONCLUSIONES

Hablar de adicciones y familia implica tomar en cuenta una serie de condiciones, tanto internas como externas, para entender los factores de riesgo o de protección que la familia puede ofrecer a sus miembros frente a las adicciones. Para finalizar, se ofrecen algunas líneas que sirvan para la reflexión ante esta problemática y el papel de la familia en ella, según los textos revisados.

Las adicciones son un problema polifacético que implica una intervención integral. Quien consume es un individuo, sí. Un individuo que está en relación con la familia, la escuela, el trabajo, la religión, el estado, la salud. Por lo tanto, mientras las instituciones como tales no tomen en serio el problema de las adicciones, el adicto o adicta está en profunda soledad y los intentos que haga por salir adelante, serán precarios. Esto implicaría que no se conciba que el problema es solo del adicto o la adicta, si no de la sociedad.

Según refieren los autores revisados, los factores de riesgo ante las adicciones están relacionados con las dinámicas familiares desgastantes y *tóxicas*, con aspectos económicos y la distribución inequitativa de la riqueza y el trabajo, así mismo, con factores culturales, sociales y educativos. Por lo tanto se muestra que la adicción no es un problema de un individuo que “cae en las garras de las adicciones” sino un problema social que demanda atención y acciones que involucran muchas instancias sociales y políticas.

A pesar de lo anterior, los factores de protección efectivamente recaen con fuerza en la familia sin contemplar que esta es también producto de la sociedad y la economía y la vorágine del consumo. Por lo tanto, se considera que al no colocar a la familia como parte del problema y como una arista en una red mucho más compleja de elementos presentes en la adicción, el riesgo de consumo continúa. Lo anterior tiene como consecuencia que al centralizar los factores de protección en la familia se invisibiliza la necesidad de establecer acciones conjuntas entre instituciones, organizaciones y sociedad civil.

Entre las acciones que se llevan a cabo en la actualidad en torno a la atención y rehabilitación de las adicciones, sobresale la reeducación de la familia entendida desde el paradigma de la modernidad y no contextualizada en la época actual, situación que suele generar resultados fragmentados y de corto plazo en cuanto a la atención y recuperación del familiar. Algunas instancias que trabajan en la recuperación de los adictos se centran y enfocan en el comportamiento del adicto y en un proceso con base en la disciplina y el castigo; contrario a las relaciones de afecto, emocionalidad y seguridad que se reclaman en el entorno familiar.

Algunos autores conciben a la familia como responsable de detectar la adicción en sus miembros, sin considerar que el adicto es una expresión de la problemática en la familia. Los textos revisados muestran que la figura de la madre está presente como parte fundamental y responsable de la cohesión, la reproducción social y el cuidado familiar.

Se puede afirmar que, en el proceso de evolución de la especie humana, hubo dos determinantes constantes para alcanzar la supervivencia: unirse para conseguir seguridad y alimento ante las inclemencias del entorno, y unirse para reproducirse, no solo para perpetuar la especie, sino también para tener más manos y fuerza que permitieran obtener mayor seguridad y alimento para el grupo. Desde ese momento a la actualidad, el concepto de familia se ha construido, analizado, sintetizado por diferentes disciplinas como la antropología, el derecho, la sociología, la psicología, etcétera. De ahí que el concepto es revisado y repensado de acuerdo con los tiempos y la cultura que con sus procesos modifican tanto el rol como el significado de la familia.

El cambio en la función de la familia ha sido vertiginoso. El aprendizaje es indiscutible; sin embargo, la carga afectiva dentro del grupo familiar hace que este proceso de aprendizaje y, luego, el de socialización, sea muy accidentado y no siempre tenga el éxito que la sociedad espera.

Por otro lado, la sociedad no ofrece las mejores condiciones para que la familia sea caldo de cultivo de un proceso de aprendizaje y de socialización positivo por varias razones, una de ellas se refiere a los niveles de pobreza y desigualdad en los que nos encontramos. Otra razón son las dificultades comunicacionales que pueden tener los seres humanos. Los diversos tipos y estilos de familia también contribuyen a las dificultades que se manifiestan en problemas sociales como las adicciones. Con esto se quiere manifestar lo amplio de las relaciones que de una sola familia pueden surgir. Así pues, la familia es un grupo activo y dinámico de individuos que son producto de una cultura y esto permite que se entienda y se conozcan los diversos modos de organización que se han dado a través del tiempo.

La configuración familiar, la pobreza y el no tener acceso a oportunidades de trabajo, a la instrucción y al estudio de alguna manera, al derecho a una vida digna, se ha demostrado, son elementos muy importantes como factores de riesgo para el consumo de drogas, como lo afirman Mosqueda-Díaz y Carvalho Ferriani (2011), Martins, Dos Santos y Pillon (2008), y Natera et al. (2003). Pareciera pues que los miembros de las familias en tales condiciones se encuentran en un grado de indefensión que los “condenara” al consumo de sustancias y a la violencia.

Si se considera que la familia es el primer núcleo donde los individuos son moldeados, es decir, los niños perciben modelos de comportamiento, se establecen los procesos de aprendizaje y socialización que impactan en la formación de sus miembros y que marcarán los modos de comportamiento futuros que ostentarán en la sociedad y en su propia familia desde la primera infancia hasta la vida adulta, entonces estas determinantes tendrán una gran influencia para iniciar no solo el consumo de drogas sino su distribución en el mercado (Zamudio, 2009).

Dentro de la familia se construye una organización que tiene derechos y obligaciones entre sus miembros. Esta organización está influenciada por la ley de la sociedad, la economía y la religión. Además, la familia se convierte en un espacio en el que las personas aprenden a proteger, y a la vez, a veces, son cuidadas más allá del parentesco. Se da un clima de cohesión y seguridad o su contrario: la familia se vuelve un espacio en el que la hostilidad es el “modo” de llevar a cabo las relaciones (Iraurgi, Sanz & Martínez, 2004).

Este es el gozne donde conviene detenernos porque se ha considerado a la familia con funciones que con dificultad pueden realizarse hoy en día, debido a que en ella, en la familia, recaen obligaciones que no logran llevarse a cabo en el contexto de la sociedad actual, caracterizada por la precariedad en la calidad de vida, el consumo excesivo, el individualismo y el cortoplacismo en los distintos ámbitos de vida.

En consecuencia, la tendencia a concebir las adicciones de forma estrecha —al encasillarlas en el consumo de sustancias y al limitar sus afectaciones en el organismo a nivel biológico y psicológico del sujeto— conduce a una mirada lineal de la problemática que centra la afectación de la salud individual del adicto ocasionado por un ambiente familiar que además de considerar que no cumple con su función, puede ser un espacio de riesgo al colocar a sus miembros en una condición de vulnerabilidad ante las adicciones.

Asimismo, se deja de lado que la función de la familia está ligada a los vaivenes del contexto histórico-sociocultural y que, aun cuando las adicciones se presentan en los sujetos, es necesario mirar la problemática desde una posición que considere a la familia como ente que se reconfigura de manera constante, y que en la actualidad ya no logra sostener la idealización de la familia como un espacio de protección e intimidad para sus miembros.

La reflexión ética es básica para este trabajo. El preguntarnos por lo que guía nuestras acciones, nos lleva a revisar nuestros valores, mismos que pueden orientar la convivencia social, iniciando por la familia, lo que representa, entre otras muchas, una ventana a la esperanza, a la tolerancia, al respeto e inclusión por un bien común.

Se muestra que la familia se ha conceptualizado de distintas maneras de acuerdo con el objeto de estudio de las áreas disciplinares y posturas ideológicas que abordan la temática. Esta situación nos obliga a considerar a la familia como un ente que tiende a modificarse a lo largo del tiempo y que requiere de un abordaje desde distintos enfoques.

De unas décadas a la fecha, se ha considerado a la familia como una institución social responsable del desarrollo de las adicciones, sin reconocer que la estructura social favorece, legítima y brinda el acceso a un sinnúmero de productos adictivos y de condiciones para el desarrollo de la adictividad. Estas condiciones sociales se conjugan con condiciones presentes en la dinámica y la estructura familiar, ya sea para facilitar o repeler el desarrollo de la adicción, así como para dificultar o facilitar el proceso de rehabilitación.

La familia se puede ver como un intermediario entre el individuo y la sociedad, de la que a su vez forma parte. Concluimos que la adicción y la rehabilitación no son solo un problema de los individuos ni de las familias sino que también son un problema social que demanda

acciones conjuntas que involucren a la familia, así como a instancias sociales, económicas, políticas y civiles.

REFERENCIAS

- Aguirre-Guiza, N., Aldana-Pinzón, O. & Bonilla-Ibáñez, C. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Salud Pública*, No.19, 3-9. <https://bit.ly/3c9hben>
- Barrientos, M. (s.f.). *Intervención familiar en familias con un miembro con problemas de drogas*. CONACE. <https://bit.ly/34yDwoL>
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. & Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268. <https://bit.ly/3fBODMM>
- Bel-Bravo, M. A. (2000). *La familia en la historia*. Encuentro.
- Biblia de Jerusalén. (1995). *Génesis*. <https://bit.ly/3yLbMnD>
- Bolívar, J., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L. & Miotto, M. G. (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores: Guatemala. *Latino-Am. Enfermagem*, 17(especial), 824-830. <https://bit.ly/3c8ionF>
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1994). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Amorrortu Editores.
- Brusamarello, T., Sureki, M., Borrile, D., Roehrs, H. & Maftum, M. A. (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, 4(1), 1-19. <https://bit.ly/3fACZlm>
- Canales, G. F., Díaz de Paredes, T., Guidorizzi, A. C. & Arena, C. A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *CUIDARTE*, 3(1), 260-269. <https://bit.ly/3i68hCd>
- Carcelén, R., Senabre, I., Morales, L. & Romero, J. (2010). ¿Cómo puedo proteger a mis hijos de las drogas? Una experiencia de prevención de drogas en familia. *Comunicación Breve Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 92-97. <https://bit.ly/3vFI3dF>
- Castelletti, C. (2016). *Las asociaciones ilícitas de drogas: empresa, familia y relaciones de género* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3fCUEIZ>
- Cavalcante, O. A. (2014). *A participação da família no tratamento do usuário de drogas, a partir da análise das políticas de recuperação e tratamento de usuários* [Tesis de licenciatura en Política Social y Familia, Universidad Católica de Brasil]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/2TnlUm8>
- Chaves, E. & Guimarães, F. (2007). Familia e drogas: pratica e teoria a serviço da prevenção. *Psicologia: Teoría e Pesquisa*, 23(3), 357-358. <https://bit.ly/3c3D2nl>
- Cortés, F. (Escritor) (1969). *La criada bien criada* (programa televisivo). Telesistema mexicano.
- Costa, M. (2014). *Funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación* [Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Abierta Interamericana]. <https://bit.ly/3vFE4Ob>
- Delgado, M., Fúnez, N. & Mendoza, G. (2014). *La mala comunicación en la familia y su influencia en el consumo de drogas en los adolescentes del Reparto Felipe Santana (Sutiaba) de la*

- Ciudad de León [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio de la Universidad de Nicaragua. <https://bit.ly/3c7aF7M>
- Díaz, D. B., Castillo, N. L., Chacón, J. L., Gracia, S. E. & Fernández, C. (2016). Intervención de la familia al inicio del tratamiento, según la experiencia de jóvenes usuarios de drogas. *Revista Internacional de Investigación de Adicciones*, 2(2), 32-45. <https://bit.ly/3i3Iri7>
- Díaz-Guerrero, R. (1984). La psicología de los mexicanos: un paradigma. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(2), 95-104.
- Díaz, K. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Revista Av. Enferm*, 30(3), 37-59. <https://bit.ly/3iuuGka>
- De Dios, E. (2019). *Codependencia y familia* [ponencia presentada en el Seminario Familias, Dependencias y Adicciones]. ITESO.
- Familias APCLam (2011, 24 de mayo). La familia ante los problemas de drogas. *La educación en familia*. <https://familias.apoclam.org/>
- Fantin, M. B. & García, H. D. (2011, agosto). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*. 9(2), 193-214. <https://bit.ly/2ReknOM>
- Ferrari, C. & Félix de Oliveira, M. (2010). O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 44(1), 11-17. <https://bit.ly/3fHTT1D>
- Forselledo, A. G. & Esmoris, V. (1994). *Consumo de drogas y familia*. Asociación Uruguaya para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia. <https://bit.ly/3g1Vk9M>
- Fouce, J. G. (2000, diciembre). Frente a la posmodernidad. *Fundamentos en Humanidades*, 1(2), 55-77. <https://bit.ly/2SGXFz2>
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F. & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. <https://bit.ly/3uDUtkX>
- Fundación Manantiales. (s.f.). *Abordajes de las adicciones - Familia*. <https://manantiales.org/>
- García, A. R. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México* [Tesis de licenciatura, UNAM]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/2S2iHrP>
- García del Castillo, J. (2003, enero-junio). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 13(1), 143-163. <https://bit.ly/3fB3cjr>
- Gonçalves, E. & Santos, J. (s.f.). *Intervenções familiares no tratamento da dependência química*. <https://bit.ly/34yMawf>
- Granados, M., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L. & Miotto, M. (2009). Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(especial), 770-775. <https://bit.ly/3yV6UfQ>
- Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E. & Ramos, J. (2009, diciembre). Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *Anales de la Facultad de Medicina*. 70(4), 247-254. <https://bit.ly/3fz9gcu>
- Gutiérrez, D. & Hernández, D. (2015). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Apuntes Universitarios*, 5(2), 113-122. <https://bit.ly/34CqH5w>
- Iraurgi, I., Sanz, M. & Martínez, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185-195. <https://bit.ly/34wGVNA>

- Jesuitas por la Paz. (2017). *Reconciliación Familiar*. CIAS.
- Lazari, A. H., Hungaro, A. A., Okamoto, A. R. C., Suguyama, P., Marcon, S. S. & Oliveira, M. L. F. (2017). Famílias em território vulnerável e motivos para o não uso de drogas. *Enfermagem*, 19(11), 1-10. <https://bit.ly/34wOOTE>
- López-Montaña, M. L. & Herrera-Saray, G. D. (2014). Epistemología de la ciencia de familia-Estudios de familia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 65-77. <https://bit.ly/3fXb2D5>
- Martínez, F. (2001, octubre). Prevención familiar del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 263-279. <https://bit.ly/3uJF5Us>
- Martínez, J. (2015). *Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de los adolescentes* [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/34Ne9Zr>
- Martins, M., Dos Santos, M. A. & Pillon, S. C. (2008, marzo-abril). Percepciones de familias con bajos ingresos sobre el consumo de drogas por un miembro de su familia. *Latino-am Enfermagem*, 16(2), 1-7. <https://bit.ly/3vHKtII>
- Matos, S. (2017). *Participação da família no processo de tratamento do dependente químico*. <https://clinicajorgejaber.com.br/novo/2017/10/participacao-da-familia-no-processo-de-tratamento-do-dependente-quimico/>
- McArdle, P., Wiegiersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M. et al. (2001). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97(3), 329-336. <https://research.rug.nl/en/publications/european-adolescent-substance-use-the-roles-of-family-structure-f>
- McDonagh, D. & Reddy, J. (2015). *Drug & alcohol family support. Needs analysis report 2015*. Western region. Drugs task force. <https://bit.ly/2RX6pRu>
- Medina, R. (2014). *Cambios modestos, grandes revoluciones*. *Terapia Familiar Crítica*. Red Américas Psicología.
- Mendoza, G. & Atilano, J. (2016). *Reconstrucción del tejido social: una apuesta por la paz*. CIAS.
- Meneses, E. (1986). *Tendencias educativas oficiales en México 1911-1934*. CEE.
- Mielgo, S., Lorigados, D., Calleja, A. & Cachero, P. (2012). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Revista Psicología de las Adicciones*, Vol.1, 7-11. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/tratamiento%20marihuana%207.pdf
- Monroy, A. (2004). Intersecciones. *didac*, 4-5.
- Moraes, A. L., Daspett, C., Horta, J. & Macedo, R. M. (2016, noviembre-diciembre). Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. *Brasileira de Enfermagem REBen*, 69(6), 1024-1030. <https://bit.ly/3fYKx07>
- Moral, M. (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *Rev. SUMMA Psicológica*, 6(2), 155-176. <https://bit.ly/3c7bQUN>
- Moreno, C., Norman, D. & Palomar, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-151. <https://bit.ly/3fTH01E>
- Mosqueda-Díaz, A. & Carvalho Ferriani, M. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(especial), 789-795. <https://bit.ly/3yV9SRw>

- Muñoz, M. & Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87–94. <https://bit.ly/3fDbBTS>
- Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(especial), 114–120. <https://bit.ly/3vD41hq>
- Natera, G., Orford, J., Copello, A., Mora, J., Tiburcio, M. & Velleman, R. (2003). La cohesión y el conflicto en familias que enfrentan el consumo de alcohol y otras drogas una comparación transcultural México–Gran Bretaña. Universidad Católica de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, No.9, 7–16. <https://bit.ly/2TxfD7F>
- Nuño, B. & González, C. (2004, marzo). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, 46(2), 123–31. <https://bit.ly/3g1UXvQ>
- Oceánica. (2017). *Qué es la codependencia y cuál es su relación con las adicciones* [Blog]. <https://bit.ly/3yPgwsh>
- Oliveira, E., Bittencourt, L. & Carmo, A. (2008). A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (edição em português), 4(2), 01–16. <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38673/41520>
- Pandini, A., Ferreira, D. L., Paiano, M. & Silva, S. (2016). Rede de apoio social e família: convivendo com um familiar usuário de drogas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(4), 716–722. <https://bit.ly/3g4mr4m>
- Pedrali Guimarães, A. B., Brunfentrinker Hochgraf, P., Brasiliano, S. & Kuperstein Ingberman, Y. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de alcohol y drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69–74. <https://bit.ly/2SHWlfh>
- Pedroza, R. (2017, junio). Los cambios del vínculo amoroso en la posmodernidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 464–478. <https://bit.ly/3p8sKaZ>
- Pichot, P. (Coord.) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Instituto Municipal de Investigación Médica; Departamento de Informática Médica. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Pimentel, J. (2002). *Diccionario Latín–Español, Español–Latín*. Porrúa.
- Quadros, S., Calcagno, G., Netto de Oliveira, A. & Modernel, D. (2012, junio). Grupo de apoyo / soporte como estrategia de cuidado: importância para familiares de usuarios de drogas. *Rev. Gaúcha Enferm*, 33(2), 102–108. <https://bit.ly/3c8DS2h>
- Quadros, S., Calcagno, G. & Modernel, D. (2014). Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 8(3), 641–648. <https://bit.ly/3fRuiSo>
- Reis, C., Guareschi, M. & Carvalho, S. (2015, julio–septiembre). Discursos sobre família e fisconas internações compulsórias de usuários de drogas. *Revista de Psicologia Porto Alegre*, 46(3), 386–399. <https://bit.ly/2SNs9PN>
- Rodriguez, R., Brands, B., Adlaf, E., Gierbrecht, N., Simich, L. & Miotto, M. (2009). Factores de protección relacionados al uso de drogas ilícitas: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas a los usuarios de drogas, en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino–Americana de Enfermagem*, 17(7), 831–837. <https://bit.ly/3p7CkuF>
- Rodriguez, R., Brands, B., Adlaf, E., Gierbrecht, N., Simich, L. & Miotto, M. (2009). Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y

- personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(7), 796–802. <https://bit.ly/2RPPZup>
- Rowe, C. (2012, enero). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59–81. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>
- Sanz, M., Iraurgi, L., Martínez-Pampliega, A. & Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1), 39–48. <https://bit.ly/2Ts5omp>
- Schnorrenberger, A. (2003). *A família e a dependência química: uma análise do contexto familiar* [Tesis de licenciatura, Unidad Federal de Santa Catarina]. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1198.pdf>
- Scott, E. (2015). *La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas en los estudiantes del décimo año de educación básica del Colegio Fiscal Nocturno Comdte. Rafael Morán Valverde de la ciudad de Guayaquil-Ecuador* [Tesis de ingeniería, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3yQ2p60>
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Miotto, M., Cumsille, F. & Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol.24, 154–160. <https://bit.ly/3fRwQzW>
- Secades, R. & García, O. (2006, diciembre). La percepción de la gravedad del uso de drogas en las familias con hijos adolescentes. *Proyecto*, 27–38. <https://bit.ly/3fEh3pC>
- Selegim, M. R., Inoue, C., Teixeira J. A. & Félix de Oliveira, M. L. (2011, diciembre). Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciência Cuidado e Saúde*, 10(4), 795–802. <https://bit.ly/3fCP5KD>
- Selvini, M., Cirillo, S. & Sorrentino, A. (1998). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Serrano, A., Rodríguez, N. & Louro, I. (2011, abril–junio). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(2), 130–136. <https://bit.ly/3yKCP2e>
- Seyfrit, C. L., Crossland, C. R. & Hamilton, L. C. (1998). Alcohol, drugs, and family violence: perceptions of high school students in Southwest Alaska. *International Journal of Circumpolar Health*, 57(1), 459–466. <https://bit.ly/3wJSr4i>
- Silva, A. K., Pimentel, M. C., Alves, M. F., Santos, R. & Limeira, C. G. (2016, agosto). Configurações e dinâmicas familiares de mulheres–mães durante trajetória na dependência química. *Ciencia y Enfermería*, 22(2), 51–62. <https://bit.ly/2ReuFyo>
- Soares, M. R. & Kochenborger, H. B. (2010, julio–septiembre). Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicología Argumento*, 28(62), 261–271. <https://bit.ly/34NkOCV>
- Steinglass, L. A., Bennett, L. A., Wolin, S. J. & Reiss, D. (2001). *La familia alcohólica*. Gedisa.
- Terezinha, M., Hamilton, H., Brands, B., Miotto, M., Cumsille, F. & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudiantes universitarios: familia, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol.24, 125–135. <https://bit.ly/3gelgPV>
- Torres, L. (2007, mayo–junio). El adicto y la familia en recuperación. *Anudando*, Número de edición especial, 18–20. <https://bit.ly/34x9vi3>
- Ulloa, M. C. (2015). *El abuso del alcohol en la familia y la agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de*

- Ambato durante el período abril–septiembre 2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/2Rd1QIU>
- Valenzuela, E. (2006). Padres involucrados y uso de drogas: un análisis empírico. *Rev. Estudios Públicos*, No.101, 147–164. <https://bit.ly/3vD8LUg>
- Valladares, A. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1), 4–13. <https://bit.ly/3vEXnHC>
- Vargas, P., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J. & Sierra de Jaramillo, M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 166–176. <https://bit.ly/3c6GqhE>
- Vecino, C. (1991). *Características estructurales y dinámicas de familias con un hijo heroinómano. Estudio caso control de una población de un sector de Barcelona desde un enfoque sistémico relacional* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://bit.ly/3vDA8h5>
- Vives, J. L. (1944). *Instrucción de la mujer cristiana*. Colección Austral.
- Yépez, S. (2019, septiembre). *Codependencia y adicciones* [ponencia presentada en el Seminario Familias, Dependencias y Adicciones]. ITESO.
- Zamudio, C. (2009, enero). Los Pericos: un ejemplo de cómo las familias se vinculan al negocio del comercio de drogas al menudeo. *Sociedad y Economía*, No.16, 123–137. <https://bit.ly/3pfx6A>
- Zapata, M. (2009, julio–diciembre). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86–94. <https://bit.ly/34B28pQ>

La literatura de Al-Anon

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ

CASIMIRO ARCE ARRIAGA

BRENDA ALEJANDRA VÁZQUEZ VELÁZQUEZ

Existen muchos tratamientos para las adicciones: terapias y programas, profesionales, no profesionales, gubernamentales y de la sociedad civil. Entre estos últimos se encuentra Alcohólicos Anónimos (AA), una comunidad internacional de grupos de autoayuda que inició atendiendo la problemática del alcoholismo, y que en la actualidad (2024), atiende todo tipo de adicciones, entre estas, las emocionales.

Los grupos de autoayuda para alcohólicos y adictos cuentan con una amplia presencia y legitimidad alrededor del mundo en torno a la rehabilitación de las adicciones. Además de eso, de AA se desprenden los grupos de autoayuda de familiares y amigos de Alcohólicos (Al-Anon), que parten del reconocimiento de la urgencia de tratamiento de las personas cercanas a un sujeto con adicción. Con la misma presencia mundial y siguiendo los mismos principios de AA, los grupos de Al-Anon ofrecen contención a los familiares, parejas y amigos de las personas que padecen una adicción.

En el campo de la investigación y la creación de conocimiento, al abordar el tema de las adicciones, no basta con describir a los sujetos adictos, las causas o consecuencias de la problemática sino que es necesario incluir aquello que refiere a la recuperación, a la rehabilitación de las adicciones. Dentro de las causas y consecuencias de la adicción, así como de lo que implica la rehabilitación, el papel de la familia, los amigos y las personas cercanas del adicto es insoslayable. Se torna necesario generar alternativas que contengan a las personas que sufren los daños generados por la convivencia con un adicto, así como generar recursos para aprender a convivir con una persona con problemas de adicción.

El problema de las adicciones no es solo de la persona que vive la adicción, es un problema social y es un problema de la familia, al punto de que se habla de “contagio familiar”. La familia ha fungido como caldo de cultivo de la adicción en una relación directa con la dinámica familiar y la estructura, pero también cuando se detona la adicción en algunos de sus integrantes, todos los miembros de la familia se ven afectados de una u otra manera. No se diga cuando la persona con adicción es alguno de los progenitores, ello marca estilos de crianza, y la afectación toma matices particulares; probablemente sea detonante de cuadros adictivos en los hijos, de intentos de suicidio y / o problemas emocionales significativos.

El trato cotidiano y afectivo con adictos puede llegar a dañar de manera significativa el desarrollo y bienestar de sus cercanos, dado que este tipo de convivencia “cambia tu personalidad, tu carácter y tu vida cotidiana” (Álvarez, 2005, p.12). Es por ello que dentro de los procesos de tratamiento de las adicciones es importante reconocer y generar alternativas a las afectaciones específicas a los familiares, parejas y amigos de las personas con adicción.

Así pasó en los grupos de Alcohólicos Anónimos en sus inicios, cuando se dieron cuenta de que sus familias también habían sido afectadas, pero que también los habían afectado a

ellos. Es entonces cuando aparece la necesidad de abrir espacios para los familiares donde se trabajasen tanto la afectación a sus vidas, producto de la convivencia con un alcoholico, como sus propias problemáticas emocionales, que de una u otra manera jugaron un papel importante en haber sostenido relaciones de tanto malestar, así como su contribución a la dinámica adictiva misma.

Fue así como empezaron a congregarse los familiares, y que se fue elaborando literatura pertinente a sus características, necesidades y problemáticas. Así nace Al-Anon, cuyo enunciado de presentación dice así:

Los Grupos de Familia Al-Anon son una hermandad de parientes y amigos de alcoholicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza, con el fin de encontrarle solución a su problema común. Creemos que el alcoholismo es una enfermedad de la familia, y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación. Al-Anon no está aliado con ninguna secta ni religión, entidad política, organización ni institución; no toma parte en controversias; no apoya ni combate ninguna causa. No existe cuota alguna para hacerse miembro. Al-Anon se mantiene a sí mismo por medio de las contribuciones voluntarias de sus miembros. En Al-Anon perseguimos un único propósito: ayudar a los familiares de los alcoholicos. Hacemos esto practicando los Doce Pasos, dando la bienvenida y ofreciendo consuelo a los familiares de los alcoholicos y comprendiendo y animando al alcoholico (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

La revisión de la propuesta y la literatura de Al-Anon tiene el objetivo de reconocer y enunciar los aportes y trascendencia que tiene este tipo de comunidades en el entendimiento de la adicción y sus consecuencias, así como de las causas de la enfermedad, los efectos y las alternativas que tienen las familias, los amigos y las personas cercanas a un adicto.

En este sentido, se pretende describir de manera breve la historia, los aportes y la producción de literatura de la comunidad internacional de Al-Anon, en diálogo con la experiencia de una miembro activa de un grupo de familia Al-Anon, la madrina Aurorita, del grupo 22 de abril de Guadalajara, quien nos habla sobre la importancia de la literatura de Al-Anon para el funcionamiento de un grupo de autoayuda y para el proceso personal de sus integrantes.

AL-ANON, COMUNIDAD DE AUTOAYUDA

Los Grupos de Familia Al-Anon se derivaron de los grupos de Alcoholicos Anónimos (AA), que en sus inicios, por el año de 1935, que en su mayoría estaban conformados por hombres que asistían a las reuniones junto con sus familiares. Principalmente se trataba de padres de familia que iban acompañados por sus esposas, así ellas se enteraban de lo que ahí sucedía y de lo que era un grupo de autoayuda. Es por ello que se dice que los grupos de Al-Anon nacieron en el seno de AA (Perazzo, 2016). Debido a los conflictos que tenían con sus esposos alcoholicos y adictos, así como por sus problemas sociales y emocionales, estas mujeres optaron por generar un espacio propio, un diálogo propio, en donde conversaban entre ellas sobre sus propias implicaciones, experiencias y afectaciones por el alcoholismo de su esposo o familiar (Álvarez, 2005; Severiano, 2015).

Tiempo después se formalizaría la comunidad de familias, diferenciada de AA, fundada como tal en 1951 en Nueva York, por Lois Wilson, esposa del cofundador de AA, Bill Wilson. En estos grupos de familiares se descubrió que existe una relación entre las enfermedades y

los malestares que padecían las esposas y otros miembros de la familia a raíz del alcoholismo del familiar, pareja o amigo (Perazzo, 2016). En 1954 se crearon los servicios Mundiales de Al-Anon, donde se concretizó la organización y se constituyeron de manera formal como: “Al-Anon Family Group Headquarters Inc.” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020; Álvarez, 2005).

Al-Anon es una fraternidad de grupos de autoayuda sin cuota de pertenencia, ni filiación religiosa, institucional o política. Su propuesta está basada en el programa de los 12 pasos de AA, en donde sus miembros comparten su experiencia como familiar o amigo de un adicto o alcohólico, así como la esperanza en resolver sus problemas cotidianos para lograr convivir de manera armoniosa con su familiar o amigo adicto (Arias & Giraldo, 2017).

Los miembros del grupo de autoayuda pueden encontrar a otros iguales a ellos y con problemas comunes, lo que les permite sentirse pertenecidos a una comunidad, lograr expresar su sufrimiento, así como encontrar alternativas a sus padecimientos y mejorar su estado de ánimo. Al involucrarse en el grupo de autoayuda de Al-Anon se sigue los tres pilares sobre los que se sustenta la propuesta terapéutica: apadrinamiento formal, servicio y catarsis (Álvarez, 2005). El primero de los pilares, el apadrinamiento, consiste en que a los participantes, en el grupo de autoayuda, se les asigne un padrino o madrina que fungirá como guía y responsable de su proceso terapéutico, y que con el tiempo se ellos puedan convertirse en guías de compañeros de menos tiempo, proceso que forma parte del principio del camino de recuperación.

La segunda base de la propuesta terapéutica que utilizan en estas comunidades de autoayuda es la figura del “servicio”, que es una actividad voluntaria y sin remuneración que genera en las personas un sentido de confianza, productividad y utilidad hacia los demás (Perazzo, 2016). El servicio engloba toda la participación o acciones que se den en el marco de la recuperación dentro del grupo, que va desde asistir a las reuniones, subir a la tribuna a compartir su experiencia de recuperación, escuchar a los compañeros decir la suya, hasta hacer trabajo comunitario, captar miembros nuevos, llevar el mensaje a las escuelas, a las cárceles, a los hospitales, etcétera. Construir identidad es clave para que los miembros puedan generar confianza hacia la comunidad y dar un seguimiento a su proceso.

El tercer pilar de la propuesta terapéutica de Al-Anon es la catarsis, que tiene que ver con la exploración de los conflictos del familiar del alcohólico y su expresión emocional ante el grupo de autoayuda y el padrino o madrina. La expresión emocional que permite la catarsis moviliza el proceso terapéutico.

Es común encontrar testimonios de encargados de rehabilitación de personas con adicción que mencionan que uno de los principales obstáculos del proceso terapéutico de un adicto es la familia, la cual ha contribuido a la problemática adictiva y se encuentra involucrada en que se perpetúe, la mayoría de las veces, sin darse cuenta. Uno de los principales propósitos de los grupos de autoayuda de Al-Anon es ayudar a las personas a comprender la adicción de su familiar, pareja o amigo e identificar su propio papel en la dinámica adictiva, así como los efectos que ha tenido la enfermedad del familiar en ellos. Todo ello permite el desprendimiento emocional, que va a contribuir a desarrollar su vida de una forma más armónica y satisfactoria, sin preocuparse en exceso ni verse afectados por las conductas de la persona con adicción (Álvarez, 2005).

Dentro de estas herramientas y bases terapéuticas, derivados de los 12 pasos de AA, en Al-Anon, que tiene la particularidad de llevar a cabo el trabajo con los familiares de los adictos, se usan una serie de lemas que se utilizan como apoyo terapéutico de uso diario (Álvarez, 2005, p.18).

LOS LEMAS DE AL-ANON

Estos 16 lemas condensan la forma de entender la recuperación de los miembros de la comunidad de Al-Anon, y son utilizados para encarar la cotidianidad, así como la adicción de su allegado o familiar. En el sitio al-anon.org hay un apartado que muestra los lemas, desarrollados con citas de distintos libros de Al-Anon. Del libro *Cómo ayuda Al-Anon a los familiares y amigos de los alcohólicos*:

A diferencia de algunos principios y prácticas de Al-Anon cuyo aprendizaje y aplicación llevan un cierto tiempo, los lemas de Al-Anon son fáciles de aprender y recordar. Quizás los hayan escuchado cientos de veces antes sin tomarlos seriamente o ponerlos en práctica. Después de todo, son frases estereotipadas que se descartan con facilidad; pero es su simpleza lo que los hace tan poderosos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.65).

Los lemas son frases que la agrupación utiliza para sintetizar parte de los ideales y el programa y para enfrentar situaciones cotidianas que generan ira, frustración, tristeza u otros sentimientos negativos. Estos lemas son frases sencillas, por ello se hace posible y eficaz su utilidad en la cotidianidad.

Y están pues los lemas, que es una herramienta muy importante para la vida diaria, porque los lemas están como el “Vive y deja vivir”, el “Solo por hoy”, “Primero las cosas más importantes”, y pues si yo me siento en crisis o traigo un problema, pues recorro a un lema. Lo hago con calma, y pues no pasa nada. Eso para mí, los lemas, son una herramienta muy importante para mi vida diaria (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

A continuación, se explica más a detalle cada uno de los lemas de Al-Anon acompañados por fragmentos de la literatura que los abordan:

- ¿Cuán importante es?
- Hazlo con calma.
- Mantén un criterio abierto.
- Piensa.
- Progreso, no perfección.
- Sigue viniendo.
- Solo por la gracia de Dios.
- Un día a la vez.
- Escucha y aprende.
- Juntos podemos lograrlo.
- Mantenlo simple.
- Primero las cosas más importantes.
- Que empiece por mí.
- Solo por hoy.
- Suelta las riendas y entrégaselas a Dios.
- Vive y deja vivir.

“¿Cuán importante es?”

Este es uno de los lemas que se utilizan en la agrupación. El lema: “¿Cuán importante es?” pretende que las personas se cuestionen qué tan relevante puede ser aquella situación que les molesta. Es un lema que busca hacer que las personas analicen las cosas antes de actuar.

En el libro *Esperanza para hoy* se aborda este lema de la siguiente manera: “No es importante que haga comentarios sobre todo lo que escucho. Es importante que suelte las riendas y permita que los demás tomen sus propias decisiones” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.142). Mientras que en el libro *Valor para cambiar*, un testimonio anónimo plantea que este lema tiene que ver con dejar vivir, con desprendimiento emocional y con dejar de entrometarse en los problemas de los demás (Grupos de Familia Al-Anon, 2020.).

“Hazlo con calma”

Este es un lema que pretende recordar a las personas la importancia de la calma y la tranquilidad al actuar. Por ejemplo, en la convivencia con una persona alcohólica se puede tender a presionarlo y esto genera frustración y tensión. En el libro *Valor para cambiar* desarrollan este lema de la siguiente manera: “‘Hazlo con calma’ me indica no solo que debo aprender a aminorar la velocidad sino también a alegrarme. Hoy lucharé por llegar a una mayor aceptación de mi persona y por disfrutar del día independientemente de lo que haya logrado” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.93).

Esta cita nos indica que el lema “Hazlo con calma” no solo indica que bajes la velocidad al ritmo de la vida sino que se tiene que buscar disfrutar de la vida. Sin tener presión sobre las exigencias diarias y trabajando en la aceptación de sí mismo.

En el libro *¿Qué es Al-Anon?*, este lema se presenta describiendo que la mejora del estado de ánimo y la actitud ante la vida es un proceso lento, por eso es que las personas necesitan mejorar la actitud ante la vida, dejando de lado la prisa, lo cual puede llevar a la frustración, al no obtener los resultados de manera inmediata (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

“Mantén un criterio abierto”

Este es un lema que utilizan en el grupo para dar a sus miembros la sugerencia de que dejen de lado los prejuicios, ya que dentro y fuera del grupo esa persona se enfrentará con formas de vida o comentarios que será contradictorio con su propia forma de pensar. Es un lema que invita a los miembros a no juzgar a las personas ni al programa. “Mantener un criterio abierto” es un lema que invita a las personas a comprender antes de ser comprendidos.

En el libro *¿Qué es Al-Anon?* este lema se aborda de la siguiente manera: “Si tratan de mantener una actitud receptiva, podrán recibir ayuda. Llegarán a comprender que ninguna situación es tan difícil que no se pueda mejorar, ni ninguna desdicha es tan grande que no se pueda remediar” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.11).

Al mantener un criterio abierto no solo se sugiere a los miembros no juzgar ni tener prejuicios sino también mantener un criterio abierto que ayude a las personas a mantenerse en una actitud más receptiva, y así será más sencillo recibir ayuda, como darse cuenta de que los problemas no son tan graves como parecen.

“Piensa”

Este corto lema invita a las personas a pensar ante cualquier situación de la vida, a cuestionar sus propios pensamientos y acciones y a reflexionar si no fueron los pensamientos negativos lo que las llevó a esa situación. En el sitio web, al-anon.org ponen una cita sin el libro de procedencia, pero que busca ilustrar este lema de la siguiente manera: “¿Espero que en la vida todo me salga exactamente como lo quiero? Quizá me convenga considerar atentamente estas expectativas y ver si son conforme a la realidad en mi situación particular. Si estoy continuamente pretendiendo alcanzar la luna, voy a perder muchísimas cosas agradables aquí mismo en mi pequeño mundo” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

Esta cita invita a reflexionar sobre las expectativas y exigencias que podemos tener ante ciertas situaciones de la vida, las cuales pueden ser incompatibles con la realidad particular y el perderse en ese pensamiento o deseo recurrente puede llevar a que las personas se pierdan cosas agradables más accesibles y cotidianas. Pensar y reflexionar ante la vida, pero a la vez dejar de pensar en aquellas cosas que se pueden tornar inaccesibles.

En el libro *Un día a la vez* se hace mención al poder que puede llegar a tener la “Oración de la Serenidad”, la cual, para la agrupación y los miembros, puede llegar a ser “una medicina excelente para el descontento” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.298). Esta oración es una de las más importantes para el grupo, se le atribuye su creación a Reinhol Nieburhr, un teólogo y politólogo, y dice lo siguiente:

Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar; valor para cambiar las cosas que puedo; y sabiduría para reconocer la diferencia. Vivir un día a la vez; disfrutar de cada momento, momento por momento; aceptar la penuria y las penas como camino hacia la paz; tomar, como Él hizo, este mundo pecador tal como es, no como yo quisiera que fuera; confiar en que Él lo enderece todo si me entrego a su voluntad, a fin de estar razonablemente feliz en esta vida y supremamente feliz para siempre con Él en la vida por venir (Alcohólicos Anónimos, s.f., p.15).

Esta oración además de ser muy valiosa para la agrupación puede ser útil para desarrollar el lema de “Piensa”, con la cual piden serenidad y valor ante la vida, pero sabiduría para saber cuándo emplear la serenidad para aceptar o el valor para cambiar las cosas. Lograr, como la oración lo dice, una felicidad razonable ante la vida.

“Progreso, no perfección”

Este lema nos hace referencia a la necesidad que tienen los miembros del grupo a desarrollar un progreso en su proceso terapéutico, pero no con base en una exigencia de perfección. Ya que el progreso que se obtenga puede no reconocerse si se tienen expectativas bastante altas. En el libro *Esperanza para hoy*, a partir de la experiencia de un miembro, se nos describe que un solo error que se cometa en el día lo aleja de un ideal de perfeccionismo, por lo que menciona: “Ahora trataré de disfrutar de mi condición humana” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.335). Es decir, en lugar de enfocarse en los errores que se cometan y que puedan causar frustración ante un ideal de perfección, se recomienda enfocar su energía en disfrutar su condición como humano, el cual tiende a equivocarse para aprender.

De la misma manera en el libro *Cómo ayuda Al-Anon a los familiares y amigos de los alcohólicos*, a partir de la experiencia de un miembro, se describe la importancia que puede tener este lema: “Mi Madrina me recuerda amablemente: ‘Progreso, no Perfección’, lo que me alienta a valorarme” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.339). Este lema puede ser útil para elevar la confianza y valoración de los logros, así sean pequeños, en el desarrollo de bienestar y mejor calidad de vida de las personas.

“Sigue viniendo”

Este es un lema que invita a los miembros a darse cuenta de la importancia de vivir y dejar aquellas cosas que se creen prioridad por encima del proceso de recuperación en el grupo de autoayuda. En el libro *Muchas voces, un mismo viaje* se hace mención a que algunos de los miembros se rehusaban de asistir a las reuniones, pero al final de cuentas terminaban en el grupo por bastante tiempo. Pero ¿qué fue lo que hizo que las personas siguieran asistiendo? (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). Muchas pueden ser las excusas que las personas se pueden poner para no asistir al grupo, pero al final su necesidad de seguir viviendo y vivir mejor es lo que los mantiene en el grupo. En este mismo libro hacen uso de la experiencia de un miembro del grupo con este lema: “Me pidieron que siguiera viniendo. Les dije que tenía que regresar a aspirar la casa, que realmente no tenía tiempo —y que si tenían algo que decirme, que lo escribieran y yo lo revisaría—. Ellos sonrieron y me dijeron: ‘Solo sigue viniendo’. Intercambiaron abrazos —algo que no me gustaba ni quería hacer—. ¡Salí corriendo de ahí!” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.191).

“Sigue viniendo” puede ser un lema bastante simple, pero que invita a las personas a darle prioridad a su proceso dentro del programa de Al-Anon, así como a dejar los antiguos patrones de conducta y de pensamiento que les hacían daño y practicar aquellas acciones que se encaminen a su bienestar.

“Solo por la gracia de Dios”

Este es un lema que invita a los miembros a confiar en su poder superior para poder enfrentar aquello que esa persona considera complicado o hasta imposible de lograr, así como adoptar valores como el agradecimiento y la compasión.

En el libro *Valor para cambiar* se hace referencia a la importancia de estos valores que incluye este lema: “Cuando dedico un tiempo a la gratitud, percibo un mundo mejor. Hoy observaré los milagros que me rodean” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.282). Se postula que las personas que tienen gratitud pueden llegar a entender los milagros y cosas valiosas que le rodean, más allá del poder y razonamiento humano.

En el libro *En todas nuestras acciones* se hace referencia a cómo los momentos más complicados se pueden afrontar con agradecimiento, por el crecimiento que pueden significar las dificultades, apoyados en el Poder superior (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

“Un día a la vez”

Este lema sugiere una de las bases principales del programa que es vivir día a día reconociendo los logros diarios, con el fin de conseguir consuelo y un cierto sentido de autorrealización. Este lema invita a los usuarios a no vivir en el pasado ni en el futuro sino en el presente.

En el libro *Esperanza para hoy* describen, a partir de la experiencia de uno de los miembros, la importancia de la sabiduría de este lema: “Solo por hoy decido disfrutar de lo que me ofrece este día. Si no me gusta lo que se me ofrece, le pediré a mi Poder Superior que me ayude a mejorar mis actitudes” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.249). Este lema puede ayudar a las personas a aprender a disfrutar el día a día, a partir de lo que le ofrece su cotidianidad.

En el libro *Un día a la vez en Al-Anon* se hace mención a la experiencia de este lema en uno de sus miembros: “Siempre recordaré que hoy es lo único que me concierne, y que he de convertirlo en un día tan bueno como me sea posible” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.79). Ocuparse y posicionarse desde el presente ayuda a las personas a trabajar día a día desde sus posibilidades y llevarlo de la mejor manera posible.

“Escucha y aprende”

Este lema guía a los miembros a escuchar y a aprender de las experiencias de las otras personas, pero también invita a las personas a escuchar su interior, prestar atención y escuchar el entorno y a sí mismo y sus necesidades.

En el libro *Esperanza para hoy* se habla sobre la importancia de la escucha y el aprendizaje para la grupalidad, que tiene que ver con el compromiso, ante los compañeros del grupo, de desarrollar la voluntad de escuchar a los demás (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). En el libro *Cómo ayuda A Al-Anon a los familiares y amigos de los alcohólicos* se describe este lema de la siguiente manera: “El lema de Al-Anon ‘Escucha y aprende’, nos recuerda que, si tenemos la disciplina de permanecer en silencio y prestar atención a las palabras de otros, podemos aprender muchísimo sobre nosotros mismos y sobre el mundo” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.97). Escuchar la experiencia de los compañeros es una habilidad que permite aprendizajes útiles para la vida, más de la vida cotidiana.

“Juntos podemos lograrlo”

Este es un lema que potencializa la fuerza y unión del grupo como comunidad, pero también busca dar a las personas un sentimiento de comunidad y apoyo. En el libro *Esperanza para hoy* se describe la experiencia de una persona que es miembro de los grupos: “Nunca más tendré que hacer algo sola” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.181). Refiere al sentimiento de apoyo que pueden llegar a tener las personas en el grupo de autoayuda, al no sentirse solos ante las problemáticas.

“Mantenlo simple”

Este es un lema que puede resumir una de las bases principales del grupo en el libro *Esperanza para hoy*, lo describen a partir de esta cita: “En el lema ‘Mantenlo simple’, a veces la palabra ‘lo’ puede significar el programa mismo” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.74). En el libro *Un día a la vez en Al-Anon* refieren que “para aprovechar bien el programa de Al-Anon... ‘imanténgalo simple!’” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.143). Este lema sugiere a las personas que para aprovechar el programa de manera efectiva, es necesario mantener simple las actitudes, ideales y exigencias ante la vida.

“Primero las cosas más importantes”

Este es un lema que sugiere a las personas a aprender a definir prioridades, prioridades generales y prioridades que puedes tener en el desarrollo de cada día. En el libro *Esperanza para hoy* se invita a los miembros a cuestionarse sobre “¿Cómo puedo aplicar ahora ‘Primero las cosas más importantes’, para aclarar una tarea confusa?” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.73). Al aclarar la importancia de las cosas esto puede ayudar a las personas a realizar una tarea o enfrentar una tarea que pueda ser complicada o confusa. En el libro *Cómo ayuda Al-Anon a los familiares y amigos de los alcohólicos* se hace mención a que este lema puede ayudar a tomar decisiones más prácticas, así como aceptar las decisiones tomadas (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

“Que empiecen por mí”

Este lema invita a las personas a empezar por ellos mismos a desarrollarse, pero ante las críticas que surgen hacia otros, se les invita a concentrarse menos en las otras personas y empezar por sí mismos. En el libro *Senderos de recuperación* se habla de que aunque el problema es que muchos de los que necesitan el programa no lo quieren, no se puede hacer más que compartir las experiencias y la esperanza con el fin de ser un buen ejemplo del valor del programa de Al-Anon, practicando los principios de manera cotidiana (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

“Solo por hoy”

Este es un lema similar al de “Un día a la vez”, el cual invita a las personas a vivir y llevar su recuperación al presente y a los logros cotidianos, sin preocuparse por la mejoría futura, y dejando de lado el resentimiento del pasado.

En el libro *Valor para cambiar* se hace referencia a la experiencia de un miembro con este lema, ahí se describe cómo este lema puede ayudar a disfrutar la vida desde lo más cotidiano: “Solo por hoy buscaré maneras de disfrutar la vida —pararme en un jardín, intentar un nuevo pasatiempo, o llamar a un buen amigo—. Puedo buscar el humor. Puedo saborear el amor. Puedo explorar algo nuevo. Quizás solo por hoy pruebe pararme de cabeza para ver si me gusta la vista” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.274).

Esta frase también puede ayudar a las personas a tomar el valor para intentar cosas nuevas, ya que la experiencia sea buena o mala será solo en ese momento. En el libro *Alcoholismo, contagio familiar* se menciona que lo que se requiere para lograrlo es encontrar un momento de tranquilidad y reflexión (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). Si se asume la disciplina de los hábitos cotidianos y requerimientos del grupo bajo la actitud de “Solo por hoy”, esto puede ayudar a las personas a tener mayor paciencia y menor temor a poder mantenerse en el tratamiento a largo plazo.

“Suelta las riendas y entrégaselas a Dios”

Este es un lema que busca que las personas entreguen su vida y su voluntad al poder de un Poder Superior, confiando en los valores y fuerza que este les pueda dar ante las incapacidades humanas y la incertidumbre. En el libro *Cómo ayuda Al-Anon a los familiares y amigos de*

los *alcohólicos* se menciona que este lema ayuda a las personas a reemplazar la preocupación y sufrimiento por fe y serenidad (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). En el libro *Esperanza para hoy* se desarrolla este lema a partir de la siguiente manera: “Cuando suelto las riendas y se las entrego a Dios para que Él obre en mi vida, el péndulo que oscila entre el blanco y el negro de la obsesión y la indiferencia encuentra su equilibrio en los colores pacíficos de la serenidad” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.76).

Ante las situaciones de incertidumbre, con este lema se propone cambiar la rigidez y el estrés por un pensamiento desde la fe y la confianza en un Dios. La confianza en un Poder Superior puede permitir al familiar del alcohólico alcanzar estados de serenidad.

“Vive y deja vivir”

Este lema recuerda a las personas la importancia de aprender a vivir y convivir con las diferencias de los demás, sin tratar de imponer estilos de pensar o vivir la vida. En el libro *Alcoholismo, contagio familiar* mencionan que para los miembros del grupo “Nuestra única preocupación debería ser nuestra propia conducta, nuestro propio mejoramiento, nuestras propias vidas. Tenemos derecho a nuestras opiniones de las cosas y no tenemos derecho a imponerlas a otras personas” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.17). El programa busca otorgar a sus integrantes la habilidad y valor a las personas, de preocuparse y ocuparse por el mejoramiento de sus propias conductas y vida, a tener opiniones claras sobre la vida, pero a respetar y no imponer su forma de vivir o pensar a las otras personas.

Si la vida de las personas es ocupada, agradable o interesante, es decir, si se vive no se tendrá cabeza para juzgar las vidas ajenas. El ocuparse de sus propias vidas puede hacer que las personas dejen de desarrollar preocupaciones obsesivas por las otras personas.

En el libro *Esperanza para hoy* describen, desde la experiencia de uno de los miembros, la importancia de este lema el cual menciona: “Me ayuda a mantenerme en mi propio terreno de recuperación, en el que puedo hacer mucho bien, en lugar de derrochar el tiempo en el de los demás” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020, p.70). Este es un lema que puede ayudar a las personas a centrar su tiempo y preocupación en su propio bienestar y no en la vida de las demás personas.

Estos son los lemas que resumen la manera en que se concibe el camino de recuperación en la comunidad de Al-Anon, y que se usan como apoyo ante las situaciones que el familiar del adicto encara día con día.

Como ya se mencionaba, los Grupos de Familia Al-Anon se enfocan en la atención de los familiares, principalmente a las mujeres, hijas o esposas de los alcohólicos (Severiano, 2015; Álvarez, 2005). Sin embargo, no solo se trata de un grupo conformado por cónyuges sino por todas aquellas personas que tengan un padre, hijo, nieto, hermano u otro tipo de pariente o amigo con problemas de alcoholismo o drogadicción.

Al-Anon es una comunidad que desde sus comienzos ha tenido la pretensión de ofrecer esperanza y apoyo a los familiares o amigos de personas con problemas de alcoholismo (Arias & Giraldo, 2017), para ello utilizan los lemas derivados de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos y otras herramientas para consolidar y difundir su labor, como es el caso de los productos editoriales que la propia organización produce y que denominan como “la literatura”.

LA LITERATURA DE AL-ANON

Además del trabajo que se hace de manera cotidiana en los grupos de autoayuda, desde su fundación en 1951, los Grupos de Familia Al-Anon han producido y publicado más de 100 productos editoriales entre libros, librillos, revistas y folletos, los cuales tienen el propósito de ayudar a los familiares y amigos a recuperarse de las consecuencias de los problemas de adicción de otras personas cercanas y significativas a ellos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). Asimismo, se han publicado manuales y guías para la conformación y operación de los grupos de autoayuda y de tareas relacionadas, así como de la operación de Al-Anon como organización.

Como ya se planteó con anterioridad, los grupos de Al-Anon comparten con AA los Doce Pasos y las Doce Tradiciones, y alguna literatura que se utiliza en los grupos en ciertas ocasiones, “la demás literatura pues son experiencias de los miembros de Al-Anon, entonces en eso nos basamos pues, en las experiencias, cómo les funcionó, qué les ha funcionado, y de ahí aprendemos, de ahí he aprendido” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020). Además de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones, los grupos de Al-Anon utilizan algunos otros libros de AA, pero esta comunidad cuenta con literatura específica que se produce a partir de las características y necesidades de sus miembros y ahí se diferencia de lo que se comparte con AA.

La verdad, nosotros, así como Al-Anon no llevamos literatura de AA, es diferente nuestra literatura. Pero sí, en algunas ocasiones sí hemos tenido, algunos temas acerca de algún tema pues de AA, más cuando nos invitan, entonces pues ya sí vemos algún tema que vean en AA o algún libro, *El lenguaje del corazón, en el Libro grande*, pero más bien nosotros llevamos la literatura de Al-Anon (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

A pesar de que las bases y objetivos de estas dos agrupaciones pueden ser las mismas, la literatura que comparten estas dos comunidades son independientes una de la otra, y la literatura más utilizada por los miembros de Al-Anon es la literatura que es producida y distribuida por Al-Anon mismo: “sí es diferente, sí, cada uno tenemos nuestra literatura aunque el objetivo es el mismo, el sentirnos de alguna manera, pues bien, a pesar de estar con el alcoholismo activo” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

La literatura es un recurso que se utiliza dentro de las juntas de grupo, por ejemplo, los tres libros de *Reflexiones Diarias*, también la literatura se utiliza para compartir las bases y el funcionamiento del grupo como puede ser: “el libro de *Senderos de recuperación*, ahí vienen los pasos, las tradiciones y cómo se lleva a cabo cada mes un paso y una tradición” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020). Estos son unos de los principales libros utilizados en las reuniones, sin embargo, esta literatura no solo se utiliza en las juntas sino que muchos de los miembros lo utilizan de manera cotidiana:

[...] a mí me encanta el libro, los tres libros de *Reflexiones diarias*, porque así cuando en las mañanas al despertar hago mi oración, mi meditación y veo la reflexión del día, y ya me identifico, así como ando, si ando triste, si ando muy enojona, según la emoción que tenga. En el índice ahí busco, y ya pues me da la pauta para sentirme mejor en el día” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

Además de ser útil como un recurso de reflexión cotidiana, hay literatura sobre temáticas que ayuden a superar situaciones específicas, por ejemplo, llevar un proceso de duelo: “tanto las

pérdidas físicas, como materiales, sí, a mí me gusta mucho ese libro de *Abramos el Corazón*, porque pues a mí me ayudó mucho a poder aceptar la pérdida más que nada y enfrentar así tus sentimientos” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020). También se cubren temáticas sobre otros aspectos cotidianos e íntimos, como la vida sexo-afectiva con una pareja con problemas de alcoholismo:

Está este libro de intimidad sexual, porque pues para vencer los obstáculos de la intimidad con la pareja, porque yo así como familiar de alcohólico, pues mi pareja era alcohólico, y pues teníamos este, pues es muy difícil la convivencia con un alcohólico, entonces me ayuda mucho. Ahorita, pues ya soy viuda, pero en su momento recurrí mucho a ese libro para poder llevar la difícil situación de la intimidad sexual, y aparte tantos tabúes que hay en la niñez, en la juventud, y esto me ayudó, pues, a desinhibirme, verdad (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

Por lo cual se muestra que la literatura de Al-Anon, además de darle un sentido y dejar plasmada la ideología y las bases de la organización, es un recurso trascendental para los integrantes en el desarrollo de su vida cotidiana: “porque la literatura encierra mucha filosofía, mucha sabiduría y pues me encanta, porque, pues, me ayuda a aprender a vivir mejor, verdad” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020). Quizás estos textos no estén hechos por profesionales, dice la madrina, pero la sabiduría que contienen puede ser de gran utilidad para quienes recurren a leerlos:

[...] la importancia, porque son testimonios de seres humanos así, que han sufrido con la convivencia del alcoholismo, y pues lo que han hecho, lo que les ha funcionado, no sé si me di a explicar. Entonces son herramientas, pues, son herramientas de mucho valor para mi crecimiento espiritual, yo así lo veo, porque me levanta. Así, en crisis busco en mi literatura: “Ay, estoy triste”, “Ay, estoy enojada”, y buscar, así, en el índice de cualquier libro y me va a dar la pauta a seguir (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

Toda la literatura de Al-Anon pasa por un proceso de aprobación por un comité, la llamada “Literatura Aprobada por la Conferencia” (LAC) porta un sello con la leyenda: “Aprobado por la Conferencia Mundial de los Grupos de Familia Al-Anon”. Esa serie de mecanismos de legitimación institucional de la producción editorial tiene como finalidad garantizar que la literatura esté apegada a los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos de Servicio de los Grupos de Familia Al-Anon y de AA (Grupos de Familia Al-Anon, 2020). La literatura que se comparte dentro de los grupos de Al-Anon está compuesta, en su mayoría, por material impreso que se distribuye desde librerías oficiales, aunque mucho del material está digitalizado y disponible en la página web de la organización: al-anon.org.

Aparte de esta producción centralizada, han proliferado muchos y diversos libros de autoayuda y superación personal inspirados en la literatura de Al-Anon y de experiencias particulares de integrantes. Sobresalen los temas de codependencia, libertad, violencia, heridas de la infancia, desprendimiento emocional, sexualidad, emociones, entre otros. Es común que en los grupos se utilicen también algunos de estos ejemplares como complemento.

Por su parte, en el sitio web de los Grupos de Familia Al-Anon (al-anon.org) se presenta un catálogo de la literatura producida y validada dentro de la comunidad. Esta lista de textos viene acompañada por una breve descripción del contenido, y en algunos casos, por recomen-

daciones para su utilización. La producción literaria consta de tres libros que se recomiendan como lectura diaria, algunos otros libros de consulta general, los librillos, folletos y revistas; también se han producido algunos manuales y guías. A continuación, haremos un breve reseña de los principales materiales.

LIBROS DE LECTURA DIARIA DE AL-ANON

Aunque existen más de 100 textos validados por el comité de Literatura Aprobada por la Conferencia (LAC), tres son los libros que se recomiendan como lectura diaria tanto dentro de los grupos, como de manera individual entre los miembros de Al-Anon para enfrentar los retos cotidianos:

- *Un día a la vez en Al-Anon*. Este libro se compone de lecturas diarias para cada día del año, donde se relacionan los principios de Al-Anon con situaciones y dificultades de la vida cotidiana y se proponen sugerencias para enfrentarlas y así poder tener serenidad, consuelo y autorrealización (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Valor para cambiar. Un día a la vez en Al-Anon ii*. Este libro es complemento o compañero del anterior, ofrece una perspectiva ampliada de las situaciones de la vida cotidiana y propone soluciones sencillas que pueden tener grandes efectos en la vida de quienes las practican (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Esperanza para hoy*. Es una recopilación de reflexiones de diversos miembros de la fraternidad en torno a la enfermedad del familiar adicto y de su recuperación. Tiene la finalidad de que las enseñanzas de Al-Anon trasciendan fronteras y se universalice (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

LIBROS DE CONSULTA GENERAL

Estos son los otros libros que están dentro de la producción literaria de la comunidad de Al-Anon, los cuales también se plantean como herramientas importantes en el desarrollo del bienestar de los miembros.

- *Grupos de Familia Al-Anon*. Este es el primero de los libros de Al-Anon, que mantiene su texto original, y a decir de la editorial, permanece relevante y pertinente ya que expone los fundamentos de la propuesta terapéutica de Al-Anon y favorece la conexión con los legados de los pioneros. Este texto está compuesto por una introducción, acotaciones y un apéndice (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *El dilema del matrimonio con un alcohólico*. Se propone como un apoyo para el cónyuge para enfrentar las dificultades que surgen de su relación con la persona alcohólica. Discute los temas de la ira, la comunicación, el sexo, entre otros (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *De la supervivencia a la recuperación: Crecer en un hogar alcohólico*. En este libro se ofrecen relatos de los hijos adultos de Al-Anon, donde se explora los efectos a largo plazo que tiene criarse en un ambiente donde estuvo presente el alcoholismo, y se explica el aporte que Al-Anon puede tener en el proceso de recuperación de los familiares (Grupos de Familia de Al-Anon, 2020).

- *Descubramos nuevas opciones: La recuperación en nuestras relaciones.* En este libro algunos militantes de grupos de autoayuda para familiares de alcohólicos comparten la forma en que han mejorado algunas de sus relaciones a partir de poner en práctica algunas de las herramientas del programa. Además, hablan de cómo ha cambiado su estilo de vida desde que sus relaciones familiares han mejorado (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Senderos de recuperación: los Pasos, las Tradiciones y los Conceptos de Al-Anon.* Este producto editorial ofrece una guía completa para el estudio de los legados de Al-Anon. Los capítulos están dedicados a cada uno de los Pasos, Tradiciones y Conceptos que sustentan la propuesta terapéutica, en la pretensión de lograr una mejor comprensión de estos. Incluye diversos temas que invitan a la reflexión de la vida cotidiana del familiar, pareja o amigo del alcohólico (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Muchas voces, un mismo viaje: Grupos de Familia Al-Anon.* Aquí se hace una recopilación de testimonios y reflexiones de experiencias de los miembros y la hermandad en su conjunto en torno a los primeros sesenta años de Al-Anon. El libro tiene como foco dar cuenta de cómo ha sido la historia de crecimiento y recuperación de la agrupación (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de Al-Anon.* Se menciona en este tomo que los Doce Pasos y las Doce Tradiciones son los primeros legados de la organización de referencia, los cuales se desarrollan mediante ensayos, reflexiones personales e historias de los miembros de Al-Anon (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Cómo ayuda Al-Anon a los familiares y amigos de los alcohólicos.* Este es un libro que se considera fundamental en el programa de Al-Anon, ya que se dice que es ideal para compartirlo ampliamente con los recién llegados, como una motivación para integrarse. En palabras textuales: “Es como una forma de ‘devolver nuestra gratitud’” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *En todas nuestras acciones: Sacando provecho de las crisis.* En este texto algunos integrantes de grupos de autoayuda relatan experiencias que dan cuenta de la implementación de principios particulares de Al-Anon para enfrentar situaciones difíciles. Sobresalen algunos testimonios en torno a cómo enfrentar los problemas que surgen del abuso, la muerte, la violencia, la infidelidad y más (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Abramos el corazón, transformemos nuestras pérdidas.* Este tomo profundiza en el tema del dolor y la pérdida como dos elementos que están presentes en las personas que han sido afectadas por el alcoholismo de un familiar y cómo influyen estos elementos en la convivencia diaria. Algunos miembros de la organización comparten la manera en que aprendieron a reconocer y a aceptar estas pérdidas con la ayuda del programa de Familia Al-Anon (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *La intimidad en las relaciones alcohólicas.* Es una recopilación de historias personales de miembros de Al-Anon, en la que se comparte sobre la vida íntima —tanto en lo físico como en lo emocional y espiritual— de las relaciones afectivas afectadas por la enfermedad familiar del alcoholismo (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

LIBRILLOS DE AL-ANON

Los librillos de Al-Anon son productos editoriales de formato breve, que sirven como material de consulta para temas relacionados, en específico, tanto con los Doce Pasos como

con los Doce Legados. Algunos de los librillos son cuadernos de trabajo con ejercicios sobre temas de reflexión que se utilizan al interior de los grupos de autoayuda.

- *Plan detallado para progresar*. De manera básica, es un librillo sobre el Cuarto Paso de Al-Anon, contiene reflexiones y preguntas del examen de conciencia sobre los seis aspectos que se consideran más importantes sobre del crecimiento personal (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Viviendo con un alcoholico sobrio: Otro comienzo*. En este librillo se plantean los retos que se presentan a la familia y amigos a partir de la sobriedad de la persona alcoholica y de ella misma. Incluye testimonios de algunos integrantes de Al-Anon que hablan sobre la forma en que enfrentaron estos retos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Grupos de Al-Anon y Alateen en acción*. Es un texto que ofrece un plan para dirigir las reuniones de grupo, así como algunas recomendaciones e información para fomentar la unidad de la grupalidad (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Manual de Servicio de Al-Anon y Alateen*. Un libro de consulta indispensable, donde se integran diversos textos para guiar grupos de Al-Anon y Alateen (grupos de adolescentes) (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Cuando estoy ocupado me siento mejor*. Aquí, algunos integrantes de mayor experiencia comparten testimonios en torno a cómo el “espíritu de servicio” favorece el trabajo de recuperación, lo que tiene relación con el décimo segundo paso. Ofrece reflexiones sobre cómo el servicio eleva la autoestima y cómo disminuye la soledad y el miedo (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *En busca de la libertad personal: Los Legados en nuestra vida*. Un cuaderno de ejercicios para utilizar los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos del programa de Al-Anon en la vida diaria. Ofrece ejemplos que parten de experiencias de integrantes de mayor tiempo, así como cuestionamientos para fomentar la reflexión (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Cuaderno de ejercicios Senderos de recuperación*. Es un cuaderno de trabajo con preguntas y ejercicios en torno a los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

FOLLETOS DE AL-ANON

Los folletos son recursos que se utilizan principalmente para difundir el mensaje de la fraternidad de Al-Anon al público en general, así como a los recién llegados a los grupos de autoayuda. Ofrecen información concisa y clara sobre diferentes aspectos relacionados tanto con la comprensión de la adicción del familiar, como con las diferentes problemáticas de los familiares del alcoholico y del programa de recuperación y los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos del programa de Al-Anon. Normalmente se utilizan para lo que la agrupación llama “Informaciones públicas”.

De manera sencilla, la literatura puede ayudar al familiar del alcoholico a entender lo que es el alcoholismo y reconocerlo en su ser querido, así como la forma en que la adicción ha afectado su vida. "Como en el folleto 'Alcoholismo, un carrusel llamado negación', porque es ahí cuando de veras me doy cuenta de lo que es el alcoholismo, pues, cómo mi vida ha sido afectada por convivir así con el alcoholismo activo" (Madrina Aurorita, comunicación

personal, 2020). Estos textos dan herramientas para enfrentar el alcoholismo de los familiares: “incluso hay un folleto para la madre y el padre de un alcohólico para que reconozcan que es una enfermedad y qué hacer” (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020). Algunos folletos contienen información que puede servir para que las personas sepan si necesitan o no de un grupo como Al-Anon.

Cuando llega una persona nueva al grupo se les da un folleto de acuerdo a lo que ellas están viviendo, ¿verdad?, con su familia, con su pareja y se les da un folletito sobre qué hacer con respecto a la bebida del alcohólico, si tiene un hijo anexado, internado, lo que sucede luego del tratamiento. Sí hay varias para darles a los recién llegados para que conozcan si eso es para ellos (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

Ante la premura y gravedad de la situación de los familiares y de los adictos, los folletos pueden ser un recurso con un alcance más inmediato que un libro, por tener información sintetizada, con puntos claves que explican la información necesaria para reconocer la enfermedad de un familiar, saber qué hacer ante ella, y también reconocer las propias implicaciones y consecuencias en su vida. A continuación se reseñan algunos de ellos.

- *Al-Anon es para los hombres*. Ofrece algunas pistas para que los hombres identifiquen conductas relacionadas con el alcoholismo en otra persona (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Al-Anon, usted y el alcohólico*. Expone la ayuda que ofrece Al-Anon a familiares de alcohólicos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Alcoholismo, un carrusel llamado negación*. Habla del tema de la negación de la problemática adictiva tanto de parte del alcohólico como de los familiares (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Alcoholismo, contagio familiar*. Este es uno de los favoritos entre los integrantes de los grupos de autoayuda, pues contiene relatos personales, preguntas y respuestas alrededor de “Lo que debes y no debes hacer”, el lema “Solo por hoy”, “Lista para evaluar nuestra madurez” y los “Tres obstáculos al éxito en Al-Anon” (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Libre de desesperación*. Ofrece mensajes de esperanza a aquellas personas que se enfrentan al problema del alcoholismo, con el énfasis de que no es un problema que sea posible enfrentar solo (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Una guía para la familia del alcohólico*. Proporciona una visión clara sobre el alcoholismo y los problemas que trae a las personas cercanas, también incluye una explicación sobre las herramientas que ofrece el programa (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *¿Cómo puedo ayudar a mis hijos?* Incluye narrativas de padres de familia que comparten su experiencia de acompañamiento a sus hijos para entender el problema del alcoholismo (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Propósito y sugerencias*. Es uno de los primeros folletos donde se habla de los objetivos de la hermandad y las bondades de aplicar el programa para mejorar la vida (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Así que amas a un alcohólico*. Contiene recomendaciones sobre primeras acciones para modificar la actitud frente al alcohólico (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

- Tres opiniones sobre Al-Anon – Alcohólicos le hablan a la familia. Incluye una “Carta abierta de un alcohólico” y otros pequeños textos de integrantes de aa donde dicen por qué recomiendan Al-Anon a los familiares y amigos de personas alcohólicas (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *A la madre y al padre de un alcohólico*. Aquí hablan los padres de alcohólicos que responden a las preguntas más frecuentes que se hace un padre de alcohólico, para apoyar en el alivio de la culpa, la confusión, el miedo y la ira (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Los Doce Pasos y Tradiciones*. Contiene el listado de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *¿Qué hace USTED con respecto a la bebida del alcohólico?* Desmitifica algunas nociones erróneas que tienen los familiares de alcohólicos sobre el problema del alcoholismo (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Todo acerca del padrino*. Ofrece información básica sobre el apadrinamiento, cómo elegir padrino o madrina, cómo debe actuar un padrino o madrina (Grupos de Familia, Al-Anon, 2020).
- *¿Qué es Al-Anon?* Es una guía para las reuniones de Al-Anon (Grupos de Familia, Al-Anon, 2020).
- *¿Por qué el anonimato en Al-Anon?* Habla sobre el anonimato como principio espiritual (Grupos de Familia, Al-Anon, 2020).
- *¿Por qué debemos utilizar la Literatura Aprobada por la Conferencia?* Ofrece una reseña sobre la literatura de Al-Anon y su uso (Grupos de Familia, Al-Anon, 2020).
- *Relatos de Al-Anon de hijos adultos*. Hijos adultos de alcohólicos ofrecen relatos sobre la afectación del alcoholismo en sus vidas y sobre el aporte del programa (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *El alcoholismo y cómo nos afecta*. Toca los temas de la obsesión, la compulsión y la negación como elementos presentes en la conducta del alcohólico (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Las Doce Tradiciones de Al-Anon Ilustradas*. El Segundo Legado de Al-Anon descrito con simplicidad y humor para ayudarnos a entender los principios de las Doce Tradiciones ilustradas (Grupos de Familia, Al-Anon, 2020).
- *¿Bebe ella demasiado?* Presenta el tema de la afectación a los hombres por parte de mujeres alcohólicas (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Queridos mamá y papá*. Guía para adultos involucrados en la crianza de adolescentes afectados por el alcoholismo de un adulto (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Lo que sucede luego del tratamiento*. Información útil para profesionales (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *El Padrino o Madrina de Servicio*. Contiene sugerencias para las prácticas de servicio más efectivas (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Esperanza y compasión para los padres y los abuelos*. Incluye una serie de historias personales sobre los problemas que enfrentan los padres de alcohólicos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

REVISTAS

Las revistas buscan ser un medio de difusión de contenidos accesibles sobre la enfermedad del adicto y de las problemáticas de los familiares, así como de las alternativas que el progra-

ma de Al-Anon ofrece ante estas situaciones. Es material más actualizado. Los contenidos de las revistas de Al-Anon son diversos en cuanto a formato y mensaje. Mucho de lo que está escrito en las revistas tienen que ver con experiencias de miembros de la comunidad. Las revistas se pueden leer en línea y descargar de forma gratuita en formato PDF en la página de la organización (al-anon.org), pero en los grupos de autoayuda principalmente se consultan las versiones impresas. A continuación, se presentan reseñas de las revistas que conforman el catálogo en línea en español, hasta julio de 2021.

- *Al-Anon se enfrenta al alcoholismo*. Esta revista anual busca ser un medio accesible a los profesionales como a los recién llegados a la fraternidad, para facilitar el entendimiento de cómo Al-Anon puede ayudar a los familiares y amigos de los alcohólicos (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Alateen para ti*. Son pasajes traducidos de *Alateen Talk*, que es una publicación trimestral en inglés de los miembros más jóvenes de los Grupos de Al-Anon, y tiene el objetivo de compartir mensajes cortos y claros sobre temáticas que interesan a los jóvenes (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).
- *Al-Anon y Alateen en acción*. Son pasajes traducidos de la revista mensual *Forum*, que es un boletín que contiene comentarios, guías y noticias de los miembros de Al-Anon, del personal y voluntarios de la organización, así como de lectores de los diferentes productos de literatura de la fraternidad. Tiene la intención de generar unidad entre los diferentes miembros de Al-Anon, así como de ser un espacio donde se comparten experiencias de crecimiento espiritual (Grupos de Familia Al-Anon, 2020).

La literatura de Al-Anon es uno de los recursos de apoyo terapéutico más importantes que tiene la comunidad y también pueden ser de gran ayuda para el funcionamiento y consolidación de los diferentes grupos de autoayuda y de la organización en su conjunto. Son materiales al mismo tiempo informativos sobre la agrupación, sobre el alcoholismo y la familia del alcohólico, así como sobre la terapéutica y el funcionamiento de los grupos de autoayuda. Otro uso que se le da a la literatura tiene que ver con ser fuentes para transmitir información tanto dentro de la organización como a posibles nuevos integrantes.

CONCLUSIONES

La producción de literatura de Al-Anon es vasta y se mantiene actualizada a través de diversas propuestas editoriales que, a lo largo del tiempo, sostienen una constante reflexión y difusión del mensaje de la fraternidad, con un buen nivel de distribución de los materiales entre los diferentes grupos de autoayuda. Todo ello favorece la consolidación de la identidad de la agrupación y el sostenimiento de lo que ellos llaman “autonomía”, que tiene que ver con el funcionamiento y la fidelidad a la terapéutica.

Es posible darse una idea de la importancia de la literatura que producen y distribuyen los Grupos de Familia Al-Anon, para los miembros y la agrupación, con la cantidad de títulos y recursos que se muestran en el catálogo oficial de las producciones hechas hasta 2021. El testimonio presentado de una madrina miembro de un grupo de Al-Anon nos evidencia, desde una experiencia personal, la importancia que tiene dentro del grupo la literatura, pero, sobre todo, el papel que ha tenido la literatura en la búsqueda constante de bienestar y desarrollo personal, retomando sus palabras.

En general, todos los recursos literarios que se utilizan en esta comunidad son de gran trascendencia para los integrantes; la importancia de estos textos se demuestra en que están hechos a partir de experiencias personales similares a las que pasan los familiares, parejas y amigos de los alcohólicos y adictos. El “puente de comprensión” y empatía que genera esta literatura entre los integrantes de la agrupación es parte del éxito que tiene. El bienestar que puede generar la literatura de Al-Anon en las personas es tanto que de manera indirecta, se puede incluso desarrollar el hábito de la lectura, como fue el caso de la madrina entrevistada, quien relata que ella no acostumbraba leer y que estaba muy centrada en su problemática personal, pero con el tiempo su contacto con la literatura de Al-Anon convirtió a la lectura en un hábito placentero y de gran utilidad para su vida, según refiere la madrina.

Para mí fue muy difícil, muy difícil porque yo llegué ya grande al programa, y pues mi cabeza no daba para más. O sea, yo estaba muy enrollada en tantos problemas, y ¿qué quería yo andar leyendo? No tenía ni paz ni calma para leer. Pero poco a poco, poco a poco. Lo bueno es que se llevan a cabo los temas y ya aparte, pues se hace disciplina. Porque hay juntas de compartimiento, pues ahí sí tenía que leer, o a la ahora de compartir pues me agarraban en cero. Pero pues, poco a poco. Pero ya el día de hoy, pues sí me encanta, me encanta leer la literatura (Madrina Aurorita, comunicación personal, 2020).

A pesar del entorno y estado emocional que hacía complicado llevar la lectura recomendada en el grupo de autoayuda, la madrina encontró el gusto por leer, no tanto por la actividad en sí misma sino por el contenido y enseñanzas que recibía de esos libros, que además le dejaron un hábito que considera benéfico.

La trascendencia de la información que se comparte en esta literatura radica en la experiencia personal de dolor y recuperación en la cual están basados, que sirve como un recurso de esperanza y una herramienta para superar lo que los familiares, parejas y amigos del alcohólico han vivido y padecido. Asimismo, la empatía y sentido de pertenencia que genera esa información se consolidan al tratarse de experiencias comunes de quienes viven con una persona con adicción. Es por eso que para entender el papel de la literatura de los grupos de Al-Anon, es importante recurrir a la experiencia de quien conoce y ha utilizado estos recursos en su cotidianidad.

Además de la producción de literatura impresa y digital, los grupos tienen otras herramientas como son sus lemas, que son una manera accesible y efectiva de recordar y reforzar las enseñanzas y valores de la agrupación, y la literatura para enfrentar la vida cotidiana y encontrar serenidad y bienestar. Como pudo verse, en la literatura de Al-Anon se hace constante referencia a ellos, y es la literatura una de las principales herramientas que tiene esta comunidad para desplegar y difundir su propuesta terapéutica, así como ayudar en el enfrentamiento de las problemáticas cotidianas de sus integrantes.

Aparte de la labor cotidiana que se hace en las reuniones del grupo, Al-Anon produce una gran cantidad de literatura, libros, librillos, folletos, revistas y también manuales y guías que con diversos contenidos y formatos, son de gran trascendencia individual y grupal, pues la literatura cubre tanto la manera en que se deben llevar las juntas y reflexiones que se hacen dentro del grupo, como la forma en que se han de compartir los fundamentos y la ideología entre los miembros de la comunidad para llevar el mensaje a las personas que no son miembros del grupo.

De manera individual, esta literatura puede ser un apoyo cotidiano para las personas que acuden a ella para reflexionar sobre su vida diaria —la cual se ve afectada de manera directa por la adicción de su familiar o pareja—, así como para sobrellevar sus propias problemáticas emocionales y situaciones específicas de la vida —como pueden ser llevar un proceso de duelo, mejorar las relaciones sexo-afectivas y trabajar con sus traumas infantiles y múltiples problemáticas emocionales.

Los grupos de Al-Anon surgieron de la necesidad de quienes acompañaban el proceso de recuperación de una persona adicta, los familiares, las parejas y los amigos de los alcohólicos. La comunidad de grupos de familia Al-Anon ofrece un espacio donde se les trata de acuerdo a sus características y afectaciones. La literatura aporta herramientas que ayudan a entender la adicción de su familiar, a entender cómo tratarlo, qué hacer —no desde un punto de vista profesional sino a partir de la experiencia de otras personas que han pasado por situaciones similares.

La literatura de Al-Anon es un recurso que se ofrece a los integrantes de la fraternidad para enfrentar su presente, pero también su pasado, desprenderse en términos emocionales de las personas que sufren una adicción, trabajar en su propia sanación emocional y espiritual, y poder llevar una vida más tranquila y satisfactoria, llevando un proceso de tratamiento propio para sus problemáticas que contemple las necesidades e implicaciones específicas como familiar, pareja o amigo de un alcohólico o adicto.

La revisión de la propuesta, los lemas y la literatura de Al-Anon tuvo como objetivo reconocer y enunciar los aportes y trascendencia que tiene este tipo de comunidades en el entendimiento de la adicción y sus consecuencias, así como de las causas, los efectos y las alternativas que tienen las familias, los amigos y las personas cercanas a un adicto.

REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos. (s.f.). *Origen de la oración de la serenidad; un estudio histórico*. Oficinas de Servicios Generales. <https://bit.ly/3vG4Shl>
- Álvarez, F. (2005). *El alcoholismo en la sociedad: enfoque antropológico sobre grupos Al-Anon* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa]. <http://148.206.53.231/tesiuami/UAMI12149.pdf>
- Arias, S. & Giraldo, J. (2017). *Mi vida y mi familia solo por hoy* [Informe de práctica Académica, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3paopkQ>
- Grupos de Familia Al-Anon. (2020). Página oficial. <https://al-anon.org/es/>
- Perazzo, P. (2016). *El secreto del Al-Anon (grupos de familiares de alcohólicos): develando sus mecanismos solidarios* [Tesis de licenciatura Universidad de la República (Uruguay)]. <https://bit.ly/3yOjLAe>
- Severiano, A. J. (2015). *Estudio de los grupos de familia Al-Anon como un caso de la promoción de la salud alternativa* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de la Ciudad de México]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3p7FZIS>

Epílogo. Adicciones, familia y codependencia

SARA EDITH YÉPEZ MEDINA

En la actualidad (2024), el problema de las adicciones se ha agudizado. Hace algunos años, las drogas no eran tan accesibles como ahora sino que el consumidor tenía que buscar a los contactos, saber quién era el *dealer* y dónde podía comprarla sin ponerse en riesgo; también se tenía que saber acerca de la calidad y el precio de las drogas; en cambio, hoy en día las drogas se venden casi en cualquier lugar: papelerías, puestos de dulces, chicharrones, palomitas, etcétera. Las nuevas drogas son asequibles para un mayor número de personas que con poco dinero pueden obtener una dosis considerable. Además, el acceso a Internet ha posibilitado encontrar video-tutoriales sobre cómo cocinar la droga en casa para consumo personal.

La adicción es una fuga. Por medio de las drogas, se busca un escape de la realidad. A lo que se vuelven adictas las personas, en primera instancia, es a esa fuga que les permite salir de una realidad que no les gusta y así mitigar el dolor. Sin embargo, una vez que se cae en la adicción, se termina con más dolor. Por muy nociva que sea la adicción, en su momento fue lo que logró contener a la persona. No se puede decir que el consumo fue lo que le salvó la vida, pero sí fue un medio por el que se obtuvo alivio. Aunque con posterioridad se caiga en un remolino de dolor, el consumo llegó a dar felicidad. La desgracia es que no se sabe cuándo se pasa de ese alivio y felicidad a la adicción.

Un adicto tiene predisposición a desarrollar una adicción porque es una persona hipersensible. Todo adicto es hipersensible, más no todo hipersensible se vuelve adicto. Algunos hipersensibles logran canalizar esa hipersensibilidad y socialmente podrían considerarse exitosas, pero cuando no logran dirigir esa predisposición, es muy probable que desarrollen una adicción. La búsqueda de conexión se puede ver satisfecha con el arte, con el estudio, con el trabajo, con la creatividad, o bien, con la droga.

LA HIPERSENSIBILIDAD Y SU SINTOMATOLOGÍA

La predisposición a la adicción es multifactorial; se ha identificado una sintomatología común, pero amplia. La mente del adicto es compleja y, en muchas ocasiones, difícil de entender. El adicto busca llenar un vacío existencial, presente tanto en los que en apariencia tienen “todo” como en los que parece que no tienen “nada”. El adicto busca llenar su vacío con drogas, con sexo, con objetos materiales, con relaciones personales de todo tipo, entre otras cosas. Ese vacío existencial es lo que provoca la necesidad de fugarse de la realidad.

Por una parte, la sintomatología del adicto remite a lo hereditario, así como a ciertas condiciones particulares del entorno familiar, tales como haber crecido en un hogar disfuncional, con antecedentes de familiares alcohólicos o adictos. Ahora bien, no se debe comprender esta relación en términos de causalidad. El tener familiares con antecedentes de consumo de sustancias no convierte, en automático, a una persona en adicta. Las adicciones también se desarrollan en personas que provienen de familias en donde no hubo adicción, incluso

ni siquiera consumo. Es preciso mencionar que la sintomatología de la adicción se refiere siempre al deseo de la fuga de la realidad; esto puede estar presente en personas tanto consumidoras de sustancias, como no consumidoras.

Hay quienes, movidos por la curiosidad, prueban el alcohol o cualquier otra droga y no “se enganchan”. Hay quienes consumen de forma cotidiana alcohol o fuman marihuana, pero su consumo no les causa problemas ni afecta a otros. Sin embargo, la persona con predisposición a la adicción tiende a “engancharse” con lo que sea que le haga sentir bien. De forma compulsiva buscará esa fuente de bienestar, la cual ofrece una salida de la realidad, una fuga de aquello que lo lastima y lo atormenta. El consumo por sí mismo no es problemático sino la relación que la persona entabla con ese consumo.

Como se mencionaba con anterioridad, parte de la predisposición a una adicción tiene que ver con la hipersensibilidad. La persona hipersensible siente de manera intensa y probablemente, desproporcionada a las situaciones que vive. Tiene una gran dificultad para regular sus emociones, constantemente se encuentra entre la euforia y la tragedia. Le desagrada sentir emociones displacenteras, como el miedo y la soledad, y buscan el placer; aunque para la persona hipersensible, toda dosis de placer es insuficiente. El hipersensible vive en un estado de permanente inconformidad. Esta hipersensibilidad se muestra desde la etapa infantil, mucho antes de iniciar con el consumo de drogas.

El hipersensible convierte la alegría rápidamente en euforia, y cuando llega a este estado, puede presentar problemas para convivir con quienes le rodean. Para poder lidiar con su euforia, en ocasiones necesita experimentar estados más depresivos. No obstante, una vez que se estaciona en estos estados, le resulta complicado salir de sus emociones de tristeza, abandono y soledad, puesto que requeriría de otro estímulo intenso. Esta hiperemocionalidad que padece el adicto impide que sepa cómo lidiar con sus emociones, pues además de calificarlas como buenas y malas, las vive como amenazantes.

Otro rasgo de los adictos es que son ampulosos. Un ámpula es una ampolla, una inflamación. Lo ampuloso se refiere a que minimiza las situaciones graves y las que no tienen tanta importancia, las exagera. Si alguien le reclama algo, el adicto argumenta que tiene derechos y que los demás tienen el deber de ayudarlo, pero no acepta que también tiene compromisos y responsabilidades.

También se caracterizan por su puerilidad, pues sus estados emocionales son infantiles o infantiloides. El adicto puede que sea dramático, que no sepa perder y quiera que las cosas se hagan a su modo sin que ni siquiera tenga que pedir las. Dentro de la sintomatología, otro rasgo del adicto es la envidia, porque, aunque no quiera tener lo que tiene la otra persona, sí quiere que el otro no lo tenga.

Otro rasgo común de los adictos es la belicosidad, las conductas agresivas. Se dice que los adictos son perversos, porque tienen actitudes y conductas violentas, pero buscan esconderlas atrás de una fachada de aparente bondad. Otro rasgo es la ambivalencia, que se vive como una especie de bipolaridad, pues por un lado puede ser bueno y exitoso, pero también puede ser muy perezoso e irresponsable. Vive en la contradicción constante, por ejemplo, quiere ser el centro de atención, pero a la vez se avergüenza de sí mismo.

Estos rasgos son característicos de la personalidad del hipersensible, que tendrá una fuerte tendencia a desarrollar adicción. Se presentan en una especie de escala, y puede llegar el punto en el que todas estas características broten en conjunto, y sea tanto el malestar que la única salida que se avizora sea la del consumo. Ante la intensidad de sus emociones y su

incapacidad para regularlas, la manera que encuentra el hipersensible para poder parar su sufrimiento y sentir un poco de alivio es consumir.

HIPERSENSIBILIDAD Y CRIANZA

La sintomatología del hipersensible se podrá observar desde la niñez, mucho antes del consumo de sustancias. Aunque reciba el apoyo de sus papás, parece que nada funciona. La crianza de un niño hipersensible implica enseñarle a ganarse las cosas y que se tiene que responsabilizar de sus actos y de sus deseos.

Cuando se detecta la hipersensibilidad en etapas tempranas, se verá que hay muchas potencialidades en el niño. Las personas hipersensibles tienen capacidades, pero necesitan ayuda para poder canalizarlas y no desarrollar problemáticas como la adicción. Los niños hipersensibles necesitan un cierto tipo de educación y de contención emocional.

El problema reside en que en la mayoría de las ocasiones los padres provienen de familias disfuncionales y forman una familia sin haber resuelto sus propias heridas de la infancia o sin ser conscientes de ellas en realidad. Los padres quieren tener una familia “bonita y feliz”, pero no cuentan ni con los recursos emocionales suficientes para contener al niño ni con estabilidad emocional propia.

Normalmente, los padres no conocen las características de la hipersensibilidad, y ven a sus hijos con problemáticas emocionales y de conducta. Padecen sus estados emocionales intensos, sus reacciones inadecuadas a determinadas situaciones, y no saben que se debe a una condición particular de sus hijos. Este desconocimiento de la hipersensibilidad limita sus formas de respuesta. A veces, los padres obvian la importancia de su papel en el acompañamiento que requieren sus hijos y en muchas ocasiones, delegan sus responsabilidades a los docentes, aunque el trabajo y el refuerzo emocional empiezan en el hogar.

La falta de estabilidad emocional en los padres puede provocar que lastimen a sus hijos, aunque no sea con dolo. En muchas ocasiones, los padres proyectan en sus hijos ideales, frustraciones, anhelos, etcétera, que ellos mismos no pudieron realizar; buscan realizarse a través de sus hijos. Cuando eso se vuelve una prioridad, se abandona emocionalmente a los hijos.

Los niños hipersensibles necesitan que los padres les dediquen tiempo y atención, además de que escuchen cómo están y cómo se sienten. Se trata de mostrar interés. Son acciones pequeñas, pero que fortalecen esa educación en casa, y satisfacen algunas necesidades afectivas y atencionales del niño hipersensible.

FAMILIA Y REHABILITACIÓN

Ninguna familia es perfecta, todas tienen sus propias dificultades. Puede haber un adicto tanto en una familia con problemas de solvencia económica como en una que tiene ese aspecto resuelto. El problema de una familia tiene que ver más con que sus miembros, en especial los padres, tengan sin resolver sus heridas de la infancia. Una familia que tiene miembros heridos producirá a más miembros heridos. Es un círculo vicioso.

Se dice que el adicto nace y se hace. Mientras que sí tiene una predisposición, incluso a nivel genético, también es importante para el desarrollo de la adicción la educación y la contención que le brinde su familia de origen. El hipersensible se sentirá diferente, no sentirá que pertenece, sentirá que no lo entienden, que es ajeno a ellos, que no lo querían sus

padres, que lo rechazaban. Se puede observar esto en casos de familia en donde hay varios hermanos, pero uno es el que desarrolla la adicción.

Sin embargo, cuando un adicto entra en un proceso de rehabilitación, se sabe que toda la familia muestra la problemática. Aún más, la literatura de Alcohólicos Anónimos dice que la afectación no solo llega a la familia sino hasta los vecinos y los amigos del adicto. Por eso, para facilitar la recuperación del familiar adicto, los demás miembros también deben atenderse. Aun cuando la recuperación es individual, si la familia no se atiende, será un factor de riesgo para que su familiar recaiga.

El proceso de rehabilitación de un adicto tiende a ser muy doloroso e intensivo, pues implica un camino hacia el autoconocimiento, el análisis de la personalidad. Se tienen que sanar heridas de la infancia y atender conflictos no resueltos de la niñez. Para lograr la rehabilitación, se debe entender cuáles eran las razones por las que se consumía, más allá del mero gusto por la sustancia. A pesar del romance inicial con las sustancias, en toda adicción llega un punto donde el consumo no brinda la experiencia o la sensación placentera inicial. A pesar de ello, los adictos se aferran a su búsqueda del placer, persiguiendo aquello que en algún momento les hizo sentir bien. Aunque con las drogas nada vuelve a ser como la primera vez.

Cuando un adicto llega a rehabilitación, inicia un viaje de introspección para recordar y comprender situaciones que lo afectaron. Esto lo hace por medio de la terapia, la cual consiste en compartir sus experiencias y sentimientos con otros adictos en rehabilitación. Al escuchar a otros como él, comienzan a activarse los recuerdos guardados en la memoria, los cuales se olvidaron como parte de un mecanismo de defensa válido para no sentir dolor. No obstante que no se tenga memoria de ellas, no significa que no afecten a la persona. En la recuperación y en el internamiento, es necesario regresar a las heridas, recordar y elaborar para que dejen de afectar tanto a la persona como a quienes están a su alrededor. En el tratamiento, se deja que “sangre” la herida, que se drene el dolor para que se pueda sanar. Se trata pues, de un proceso difícil, fuerte y doloroso, donde no conviene que el adicto regrese a un ambiente familiar negativo, afectado y enfermo, ya que, de hacerlo, es más fácil que recaiga y se reinicie el ciclo de malestar.

Una manera de ayudar a la recuperación del adicto es que su familia también esté en programa de rehabilitación. Un aspecto importante es que los adictos, al ser hipersensibles, naturalizan el dolor, la agresión y la violencia llegándolas a considerar como normales, estas se instalan poco a poco en la convivencia y la dinámica familiar.

Lo más común es que los padres internen a sus hijos adictos, pero también hay casos en donde es la pareja quien interna a su compañero. Ambos casos tienen que ver con un hogar disfuncional. Ya sea el hijo o la pareja, llega un momento donde el familiar se da cuenta de que el adicto es una persona inmadura emocionalmente. La familia requiere saber cómo tratar a esa persona hipersensible, cómo ayudar a que se responsabilice, crezca, se gane las cosas y tome sus propias decisiones.

Cuando la familia está en recuperación, también se da cuenta de que no le pueden salvar la vida al adicto, y que no siempre serán sus salvadores. Aunque por mucho tiempo se haya optado por enfrentar las dificultades que le corresponden al adicto, en la recuperación, la familia y las personas codependientes tendrán que aprender a soltar y a dejar que el adicto viva las consecuencias de sus actos. En esa aceptación es donde está el foco del trabajo de recuperación que tiene que emprender la familia.

LA CODEPENDENCIA, ADICCIÓN A LAS PERSONAS

En épocas anteriores, solo se señalaba la adicción a las drogas y el alcohol. En tiempos recientes, nos hemos dado cuenta de que se puede ser adicto a objetos, actividades o a personas. A la adicción a estas últimas, se le ha denominado “codependencia”. Es particularmente difícil de identificar, pues está escondida en el amor y el cuidado del otro, a diferencia de la adicción a sustancias que se esconde en la búsqueda del placer. Sin embargo, se ha demostrado que todo adicto es codependiente. La codependencia es una enfermedad emocional compleja y profunda.

La codependencia no es un fenómeno nuevo sino que solo se ha visto agravado por el uso obsesivo de dispositivos electrónicos y aplicaciones en Internet. En la actualidad, hay muchas aplicaciones en los dispositivos electrónicos que facilitan la constante vigilancia hacia las otras personas, en particular a la pareja. Se puede saber en dónde está, con quién, cuántas llamadas realiza y a quién, cuál es el contenido de sus mensajes y cuál es su frecuencia. Todo esto facilita el control de la vida de la otra persona, elemento constitutivo de la codependencia. Por otra parte, las personas codependientes terminan siendo controladas por estas aplicaciones pues les dedican mucho tiempo y atención, de la misma forma como le pasa al adicto con la droga.

Lo más común es que las mujeres sean quienes muestran más claramente la codependencia. En ellas, se desarrolla una adicción al malestar, a estar triste, al fatalismo. La adicción en las mujeres está relacionada con su desvalorización, por ejemplo, hay mujeres adictas a las cirugías y a los arreglos estéticos con los que buscan prolongar su juventud, negar el envejecimiento y conseguir cierto ideal de belleza impuesto por la sociedad; encuentran su valía como mujeres en las alteraciones corporales. Aunque el realizarse este tipo de procedimientos no es por sí mismo problemático, hay personas que se realizan modificaciones corporales excesivas, y a pesar de llegar incluso a distorsionar sus cuerpos y atentar en contra su salud, no se pueden detener.

En cuanto al consumo de sustancias en las mujeres, se ha observado en ellas un mayor deterioro físico y cognitivo con respecto a los hombres. Hombres y mujeres pueden iniciar el consumo a la misma edad, pero la mujer va a mostrar un mayor deterioro debido a su estructura biológica. Además, la mujer encuentra un mayor número de dificultades para recuperarse física, mental, social y espiritualmente.

En la codependencia, la destrucción se atribuye a la adicción de la pareja o el familiar, pero no a la forma en que el codependiente se relaciona con los demás. La codependencia no demuestra las mismas consecuencias cognitivas y físicas que la adicción a las sustancias, lo que hace más complicada tanto su identificación como su aceptación y tratamiento.

En la experiencia, se ha observado cómo las personas codependientes tienden a relacionarse con personas adictas. Normalmente en relaciones de pareja heterosexuales, la mujer cumple con el rol de codependencia, mientras que el hombre padece de la adicción a las sustancias. Bajo el mito del amor romántico, sienten que “son el uno para el otro”, aunque ignoren que lo que les atrae es la carencia del otro, que refleja a su vez, la propia.

El ambiente de codependencia hace emocionalmente inmaduras a las personas. El adicto y la codependiente que se disponen a formar una familia son dos personas inmaduras emocionalmente: “dos niños queriendo jugar a ser adultos”. Son personas que no han resuelto sus propias carencias y heridas y que todavía no tienen las herramientas para cuidar emocionalmente a sus hijos, acompañarlos, protegerlos y crearles vínculos de seguridad. Incluso se ha

discutido cómo la emocionalidad de la madre es un antecedente prenatal importante para el posterior desarrollo del niño. Por eso, los hijos que se desarrollan en ambientes de codependencia y adicción se gestan, nacen y crecen inseguros, sin las herramientas necesarias para gestionar su propia emocionalidad.

El adicto busca a alguien que le cuide y resuelva sus conflictos, mientras que la codependiente busca a quién rescatar. Ambos casos siguen con las expectativas de género impuestas. Se corresponden y logran mantener estilos de vida dañinos para ambos. Forman: “la pareja perfecta”. Ahora bien, la codependiente comparte el perfil de personalidad del adicto, pero ella en lugar de buscar a la sustancia, busca el control. Más que amor, hacen posible que continúe la problemática mostrada por cada miembro. Esto aplica tanto para las parejas como para las familias.

La dependencia emocional en estas mujeres es tan intensa que el desprendimiento emocional con el adicto se vive como una experiencia en suma dolorosa. En un principio, no tienen la capacidad de distinguir que darle su lugar y su responsabilidad al otro no significa dejarlos de querer o alejarlo o anularlo. El amor se confunde con el control, y la falta de control, como falta de amor.

Se da una relación simbiótica. Para la codependiente, si el adicto está feliz, ella está feliz, si el adicto está enojado, ella se angustia, pero también se enoja por no comprender su enojo. Los estados emocionales de la codependiente están en función de los del adicto. Al punto que anula y entumece sus propias emociones.

La codependiente lleva una bitácora de todos los aspectos de la vida del adicto: sabe qué le gusta, qué le disgusta, qué tiene que hacer para “hacerlo sentir bien”. Cuando falla, insiste, porque necesita mantener el control sobre el otro. El control que la codependiente busca ejercer se ve ejemplificado por acciones como saber en dónde está el adicto en todo momento, qué está haciendo, con quién anda, a qué hora salió, a qué hora regresa, y aparte, sospechar que la están engañando con alguien, o bien, traicionando a la relación familiar con los amigos o la pareja.

Las personas codependientes son capaces de descuidar su vida por atender la del adicto. Incluso, pueden llegar al extremo de pedirle al adicto que se drogue en su casa, con ella, para que no se “exponga” a los peligros del mundo exterior, y no la preocupe: “Al menos aquí yo te veo y sé que estás aquí, pero afuera, ¿dónde te busco?”.

Muchas de las codependientes creen que su amor salvará de la adicción a su familiar o a su pareja; creencia alimentada por otro mito del amor romántico que dicta que “El amor todo lo puede”. Para lograr su objetivo, ellas dedican gran parte de su vida a la tarea de “salvación” del adicto, aunque ignoran sus propios problemas emocionales.

La codependiente toma como objetivo de vida la salvación del adicto, busca que de ella dependa su bienestar, su felicidad, y cree que su amor es omnipotente. Pero tal salvación está destinada al fracaso. En esa salvación fallida del adicto, a ambos se les va la vida, y su adicción no hace más que crecer. La codependencia es una enfermedad progresiva e incurable, así como la adicción. En ambos casos la enfermedad puede llevar a la muerte si no se logra contener.

LA ESPERANZA DE LA RECUPERACIÓN

En la rehabilitación, se trata de recuperar la vida individual y familiar que se dañó a causa de la destrucción de la adicción y de la codependencia. La rehabilitación es un intento de

recuperar la dignidad y de encontrar esperanza. Al principio, mantenerse en rehabilitación es por mera cuestión de supervivencia; más adelante, la persona estará convencida de que lo mejor está por llegar. Con el tiempo, se podrán agradecer las oportunidades que la rehabilitación permitió, como ganar la libertad y vivir sin miedo.

Cuando una persona sale de su internamiento, se encuentra con una mejora física que se observa con facilidad. En este momento, la persona puede llegar a considerar que ya está lista para iniciar una relación de pareja o volver a tener contacto con su familia y amigos. Sin embargo, a pesar de la mejora física, la persona todavía no sabe estar consigo misma y no le gusta la soledad. Por lo que puede cambiar una adicción por otra, y buscar fugarse en la pareja o en el restablecimiento de sus relaciones anteriores. El internamiento es el inicio del proceso de rehabilitación, se considera como un periodo de terapia intensiva, donde todavía están muy activas las carencias espirituales y emocionales, y donde apenas empieza el camino del autoconocimiento.

Después de la etapa de terapia intensiva, se pasa a las llamadas “Casas de Medio Camino”, consideradas como un espacio intermedio entre el centro de internamiento y el mundo de afuera. El objetivo de las “Casas de Medio Camino” es que la persona en rehabilitación se reinserte en la sociedad y regrese de forma gradual a tener contacto con su familia, su pareja, sus amigos y su trabajo. Cabe señalar que aunque llegue el momento en el que la persona esté lista para regresar a los contextos mencionados, continúa el tratamiento —el cual es de por vida— en los grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda se basan en el programa diseñado por Bill Wilson, los “Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos”, el cual se enfoca en tratar el vacío espiritual y fomentar el autoconocimiento. Este programa se ha adaptado para atender a personas con distintas enfermedades —neuróticos, tragones, codependientes, adictos al sexo, etcétera—, tiene como objetivo buscar estados de sobriedad emocional y ayudar a otros para que también logren estos estados. El programa de Doce Pasos se puede adaptar a cualquier problemática emocional, pues sostiene que lo que hay en el fondo de todas ellas es una dependencia, ya sea a las personas, al sexo, a las drogas o a la comida, solo por mencionar algunas. Si bien, cambia a lo que se es adicto, en el fondo, la adicción siempre es la misma.

En la rehabilitación de la codependencia, se trabaja el desprendimiento emocional con los familiares y la pareja del adicto, y se hace énfasis en que aunque este proceso es doloroso no significa que se deje de querer al adicto o que se tenga que terminar la relación sino que desprenderse emocionalmente significa romper con ese “enganchamiento” que los une en la enfermedad.

El problema de la codependencia es que no tiene rasgos visibles como sucede con el consumo del alcohol o de drogas. Por esto es difícil que los familiares y la pareja del adicto logren reconocerla. Mientras que en el caso de los adictos, pasa que estos cesan el consumo y creen que ya se han rehabilitado por completo, sin considerar que siguen teniendo problemáticas codependientes. La codependencia es una enfermedad compleja y profunda que se puede rastrear y sanar con el análisis de la personalidad y la práctica de los principios espirituales del programa.

Al estudiar las heridas de la infancia, los adictos en rehabilitación se dan cuenta de que son codependientes, en especial, materno-dependientes. Hay quienes buscan a su mamá en otras mujeres, lo cual es tanto un riesgo como la muestra de que no se está lo suficientemente preparado para tener una relación de pareja o para formar una familia. Ahora bien, eso no significa que no exista una solución y que las personas codependientes estén destinadas a

padecer para siempre. Hay parejas que funcionan cuando ambos están en rehabilitación y comienzan a hacerse cargo de sí mismos, así como familias que pueden reconciliarse y darle su lugar al otro.

En un grupo de autoayuda no hay terapeutas especializados, psicólogos, ni psiquiatras, se caracteriza por ser un lugar conformado por personas que comparten sus experiencias, su fondo de sufrimiento, los defectos de carácter, su perspectiva de la vida y la esperanza en la recuperación; aunque sí hay distintos cargos y responsabilidades. Se parte de la unidad y de la premisa de que todos son iguales, nadie es más que los demás ni sabe más que los demás. Todos los que asisten tienen una necesidad de elaborar y compartir eventos dolorosos que no pudieron manejar solos.

En los grupos de autoayuda, las personas en rehabilitación se encuentran con personas con las que se pueden identificar y que parece que piensan y sienten igual que ellos. No se busca la perfección sino lo contrario, es decir, crear conciencia de que la gente se puede equivocar. Lo importante es avanzar en la sanación emocional y espiritual, “Progreso, no perfección”.

Quien dirige el proceso de las personas en rehabilitación en cada fase del tratamiento es su *padrino*. Los padrinos son autoridades que tienen mayor experiencia en el proceso de rehabilitación; pueden hacer sugerencias desde un estado emocional diferente al de su ahijado, lo que les permite ver los problemas y preocupaciones desde otro panorama. El padrino es una persona con la misma enfermedad de quien está en recuperación, pero su experiencia le permite acompañar y desempeñar su labor de guiar a la persona, escucharla y, a partir de su experiencia, hacerle sugerencias, sin imponer y aconsejar. Puesto que el ahijado sigue siendo el único responsable de sus decisiones, y es quien asumirá las consecuencias de estas.

Los hipersensibles tienden a ser personas ingobernables, desobedientes, renuentes y desafiantes. En este sentido, la obediencia no es algo que acepten con facilidad. Aunque en un inicio se considere al padrino como autoritario, lo único que hace es compartir su experiencia y los resultados que ha obtenido, mostrándole al ahijado la conveniencia de seguir con los principios y las sugerencias porque ha tenido resultados positivos él mismo. Es por los resultados que se ven en el padrino que el ahijado se convence y se deja guiar. Se guía con hechos, no con palabras.

El hecho de tener a alguien con quien platicar y que ayude a ver el problema desde otra perspectiva, más allá de la intensidad emocional, permite a la persona en rehabilitación poder salir del laberinto emocional en el que está inserto. Con el padrino se tiene a alguien capaz de contener, con quien se pueden trabajar los problemas y las emociones, y detener las conductas autodestructivas que antes de la agrupación generaban un círculo vicioso de conflictos y malestar. El padrino no solo facilita la regulación de las emociones sino que indica un curso de acción con el que logrará hacerle frente a la codependencia.

Uno de los resultados que se pueden observar cuando se avanza en el proceso de rehabilitación es entender que la hipersensibilidad, que forma parte de los rasgos de personalidad y de lo que llevó a la autodestrucción y el dolor, ahora puede convertirse en un don, en apasionamiento, en fuerza, en energía y en una gran capacidad para disfrutar de la vida. Los resultados de la rehabilitación son logros que permiten aceptar los sucesos inherentes a la vida, tener paz y poder disfrutarlos.

La rehabilitación es un camino para toda la vida. No es un camino fácil, pues implica un cambio en la persona, en el que contacta con su peor parte, para que así pueda encontrar lo mejor de sí. No se puede estipular un tiempo para que la rehabilitación se lleve a cabo. La persona en rehabilitación tendrá que entender que es para toda la vida y que a la vez es

“Solo por hoy”. “Solo por hoy” es un llamado a vivir desde el presente. Significa que estás vivo solo por hoy, que cumpliste un día más de vida, cada día se tienen que practicar los principios espirituales que enseña el programa de los Doce Pasos, pues la enfermedad emocional de la adicción y la codependencia es progresiva e incurable, solo se la contiene y se la controla, “Solo por hoy”.

Acerca de las y los autores

Casimiro Arce Arriaga es maestro en Psicología Clínica por el Círculo de Estudios de Psicología Profunda, licenciado en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), y se está formando como psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico Mexicano. Sus intereses académicos han girado en torno a la relación entre individuo, grupo y sociedad, lazo social y subjetividad. Ha participado como asistente de investigación en proyectos que trabajan con sectores populares, y la problemática del suicidio y las adicciones. En la actualidad, se desempeña como coordinador de talleres de prevención de riesgos psicosociales para niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Guadalajara.

Claudia Guadalupe Arufe Flores es doctora en Estudios Iberoamericanos: Realidad Política y Social por la Universidad Complutense de Madrid. Estudió la Maestría en Educación y Gestión del Conocimiento en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y un Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo en el Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo de la Universidad Complutense de Madrid. Es licenciada en Ciencias de la Educación por el ITESO, donde es profesora del Departamento de Psicología, Educación y Salud. Su interés de investigación se enfoca en los estudios sociales de la infancia y adolescencia. Es miembro de la Red Latinoamericana de Convivencia Escolar de los Sistemas de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes de Guadalajara y de Zapopan, así como fundadora del Colectivo de Organizaciones e Instituciones por los Derechos de la Infancia en Jalisco (COIDIJ).

Martha Leticia Carretero Jiménez es doctora en Ciencias de la Educación, maestra en Desarrollo Humano con especialidad en Psicoterapia Gestalt y en Intervención Terapéutica Existencial-Humanista y licenciada como química-farmacobióloga con especialidad en Microbiología Sanitaria. Es académica del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), donde coordina la Maestría en Desarrollo Humano. Sus intereses académicos están en proyectos de intervención psicoeducativa con enfoque humanista para la humanización y el fortalecimiento de tejidos sociales.

Frida de la Paz Avila es psicóloga en formación por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En su trayectoria académica, ha colaborado en escenarios hospitalarios y penitenciarios mediante la realización de talleres y acompañamiento psicológico a poblaciones vulnerables constituidas por personas con problemas de adicción, mujeres privadas de su libertad, personas con enfermedades crónicas y cuidadores/as primarios. En la actualidad, se desempeña como pasante en un programa de atención múltiple a maltrato infantil. Sus principales líneas de interés tienen que ver con la dimensión emo-

cional en procesos de salud y enfermedad, la precarización y feminización del cuidado, las adicciones en entornos de violencia, y el análisis institucional desde la psicología social crítica.

María de los Ángeles Morales Pruneda es maestra en Desarrollo Humano por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y maestrante en terapia familiar sistémica por el Instituto Zapopan. Tiene una especialidad en psicoterapia humanista existencial y un entrenamiento como psicoterapeuta de parejas por parte de ITESO, donde es profesora de tiempo fijo en el Departamento de Psicología Educación y Salud. Coordina varias academias docentes del Programa en Desarrollo Humano para el fortalecimiento del tejido social para catequistas, así como el Programa en Educación para la Paz y Justicia Restaurativa. Cuenta con más de 15 años de experiencia en práctica privada en psicoterapia individual, de pareja y familias.

Elba Noemí Gómez Gómez es académica-investigadora del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es doctora en Estudios Científico Sociales, maestra en Investigación Educativa, licenciada en Psicología y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Sus preocupaciones académicas han tenido que ver con la pregunta sobre los actores sociales, en particular sobre sus diferenciales de actoría, de agencia en grupos vulnerables. Sus trabajos de investigación han girado alrededor de la conformación de identidades, la capacidad de agencia y las emociones sociales en campos como el de las adicciones, el suicidio y los sectores populares. Ha publicado también algunos trabajos sobre la investigación de corte interpretativo.

Ana Araceli Navarro Becerra es profesora e investigadora en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es doctora en Educación, maestra en Ciencias Sociales y licenciada en Sociología por la Universidad de Guadalajara. Su línea de investigación es sujetos en el trabajo, instituciones y mercados de trabajo. En su trayecto como investigadora se ha enfocado en el trabajo femenino, los profesionistas, académicos, así como en las adicciones y el trabajo. Ha colaborado con organizaciones públicas en proyectos de asistencia social.

María Peña Gutiérrez es académica del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), docente en la Licenciatura en Psicología y en la Maestría en Gestión Directiva. Es doctora en Pedagogía por el Colegio de Estudios de Posgrado del Bajío (Cepob), maestra en Administración y licenciada en Psicología por el ITESO. Sus intereses van en la línea de la antropología filosófica y ética, sobre los que ha publicado algunos artículos. Estudia el papel de la familia ante las drogas y el alcohol en el tema de las adicciones.

Yunuen Marili Pérez Gómez es licenciada en Relaciones Internacionales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Sus líneas de trabajo son migración, género, comunidades indígenas, intervención comunitaria, infancia y adolescencia, y prevención de adicciones. Ha sido partícipe en distintos colectivos y proyectos, dentro y fuera de la academia, en torno a problemáticas sociales e intervención comunitaria. Colaboró en la investigación del proceso de réplica del proyecto de la Pastoral Migratoria de Chicago en distintos sitios pilotos dentro de Estados Unidos, en conjunto con la Universidad Loyola de Chicago. Desde hace siete años, trabaja en la prevención de conductas de riesgo y adic-

ciones para menores de edad coordinando un grupo de inteligencia emocional para jóvenes en Guadalajara.

Brenda Alejandra Vázquez Velázquez es pasante de la carrera de Sociología de la Universidad de Guadalajara. Se ha profesionalizado en el trabajo de temáticas sobre las cuestiones de género, la infancia y adolescencia, los movimientos sociales y estudios latinoamericanos. Sus trabajos parten desde una perspectiva y epistemología crítica. Ha participado en distintos colectivos de mujeres dentro y fuera de la academia, en donde, además de la reflexión teórica, colabora en el trabajo de campo en la contención de mujeres en situaciones vulnerables. También se ha desempeñado como educadora y tallerista para niños y niñas, con temas sobre el desarrollo social, corporal y emocional-sensitivo, así como el desarrollo del pensamiento crítico y la búsqueda de infancias dignas y libres.

Sara Edith Yépez Medina es consejera en adicciones. Tiene más de 15 años de experiencia en el trabajo con adictos y sus familiares. Ha participado en el diseño e implementación de proyectos de prevención y tratamiento de adicciones. Ha impartido talleres y conferencias sobre violencia hacia las mujeres, familias de adictos y codependencia.