

GUÍA MUJERES Y HOMBRES ANTE LAS ADICCIONES

El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento



GUÍA MUJERES Y HOMBRES ANTE LAS ADICCIONES

El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento

Guía mujeres y hombres ante las adicciones:

El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento

Primera edición: 2006-12-15

D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, piso 7
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 2000 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2006.

ISBN 970-721-393-0

Esta publicación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud fue posible gracias al apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.

Esta guía fue elaborada por: Martha Romero Mendoza y Ana Lucía Durand-Smith.

La responsable del proyecto fue: Laura A. Pedrosa Islas.

La revisión de contenidos fue realizada por: Paki Venegas Franco, Laura A. Pedrosa Islas y Luis Botello Lonngi.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Lic. María Eugenia Galván Antillón

Titular del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo

Directora General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Lourdes Quintanilla Rodríguez

Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

CONSEJO EDITORIAL

Presidenta

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Directora Ejecutiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Coordinadora del Proyecto

Dra. Laura A. Pedrosa Islas

Coordinadora de Investigación e Información

Coordinador Editorial

Lic. Ulises Pego Pratt

Coordinador de Publicaciones Proyecto Mujer y Salud/ PNUD/ Secretaría de Salud

ÍNDICE

Presentación	7
1. Introducción	10
1.1 Las diferencias	15
1.2 Las definicione	26
2. Antes de la detección	34
2.10 Reconociendo las emociones antes de la detección: el enojo, la culpa, la vergüenza y la omnipresencia de la violencia	37
3. La detección temprana del uso de alcohol y drogas médicas e ilegales. Uso de instrumentos y toma de decisiones	41
Consideraciones Éticas	53
Referencias	55
Bibliografía	57

PRESENTACIÓN

El uso de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas tiene un gran efecto en la salud de hombres y mujeres, especialmente en aquellos pertenecientes a grupos minoritarios, a través de las muertes directamente relacionadas así como condiciones asociadas tales como el VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis, las caídas, los accidentes vehiculares y el homicidio.

Además del serio costo financiero, el abuso de sustancias también es una de las causas principales de problemas familiares, incluido el divorcio, la separación, la violencia marital, el abuso infantil, las dificultades emocionales y de adaptación de niños y niñas y el riesgo elevado de los y las menores de ser usuarios y usuarias de sustancias al llegar a la edad adulta.¹

El abuso de sustancias y del alcohol tiene un gran impacto en los costos del cuidado de la salud y es un factor contribuyente del crimen. Por lo menos la mitad de las personas arrestadas por crímenes tales como homicidios, robos y asaltos habían utilizados drogas o alcohol en el momento que cometieron el delito.²

De acuerdo al *Reporte de Salud Mundial 2002*, el alcohol causa 1.8 millones de muertes y 58.3 millones de discapacidad de años de vida ajustados (DALYS) a nivel mundial. Solo las lesiones no intencionales dan cuenta de cerca de un tercio de las 1.8 millones de muertes, mientras que las condiciones neuro-psiquiátricas dan cuenta de cerca del 40% de los 58.3 millones de DALYS.³

Los años de vida perdidos por discapacidad, es decir los DALYS, es la medición del número de años de vida que un individuo pierde por discapacidad y salud deficiente. Mientras que las diez principales causas de los DALYS son semejantes en niños y niñas menores de cinco años, existen diferencias en las causas de los DALYS en mujeres y hombres entre 15 y 44 años. Esto significa que el género juega un papel importante en el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a *Neimanis A*⁴ si analizamos los determinantes de la enfermedad, el género consistentemente emerge como un factor importante:

Determinantes biológicos y fisiológicos: Algunas enfermedades afectan únicamente a hombres o sólo a mujeres, tales como las asociadas a los órganos reproductivos y funciones tales como el cáncer de mama o testicular. Otras enfermedades afectan a hombres o a mujeres en forma desproporcionada debida a factores biológicos o fisiológicos tales como las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

Determinantes socioculturales: Otras disparidades de género en la incidencia de una enfermedad tienen sus raíces en factores sociales y culturales, que dejan a hombres y mujeres más vulnerables. Por ejemplo, las altas tasas de alcoholismo en los hombres, determinadas por factores sociales, pueden dar como consecuencia una mayor incidencia de enfermedades hepáticas. Los roles cambiantes entre hombres y mujeres también tienen un impacto en la salud, por ejemplo, el aumento drástico a nivel mundial del hábito tabáquico en las mujeres y particularmente entre las mujeres jóvenes, puede ser causa de preocupación en las y los prestadores de servicios.

Determinantes económicos: Los factores económicos y la presencia de la pobreza pueden afectar profundamente la incidencia de una enfermedad. Debido a que las mujeres con se encuentran en riesgo de pobreza con mayor frecuencia que los hombres, esto tiene un efecto negativo en su salud y puede dar como consecuencia mayores incidencias en algunos padecimientos.

Determinantes ambientales: La división genérica de roles sociales y responsabilidades con frecuencia significa que hombres y mujeres vivirán sus vidas personales y profesionales en diferentes entornos, y por tanto estarán expuestos a riesgos ambientales distintos.

Determinantes sistémicos: La investigación ha demostrado que los hombres utilizan los servicios de salud preventivos con menor frecuencia que las mujeres. Temas como el pobre acceso puede ser una barrera al diagnóstico temprano y el tratamiento de la enfermedad en los hombres.

Factores múltiples: Con mucha frecuencia la incidencia de un padecimiento o enfermedad se verá afectada por la combinación de los factores arriba citados. Por ejemplo, las disparidades de género en la incidencia del VIH/SIDA pueden deberse a factores fisiológicos, socio-culturales y económicos.

Cada mujer y cada hombre tienen el derecho básico a la salud y el bienestar. Si bien, algunos problemas de salud son inevitables, aquellas barreras que emergen de las diferencias genéricas deben reconocerse y evitarse.

El objetivo de la presente guía es brindar, desde la perspectiva de género, una ayuda para la evaluación de conductas adictivas en hombres y mujeres, dirigida al personal profesional y técnico de los servicios médicos de primer nivel de atención, a fin de proporcionar herramientas para el diagnóstico adecuado del problema y la referencia oportuna en caso de riesgo físico/mental personal o familiar. Las personas en contacto con las y los consumidores de alcohol y de drogas podrán beneficiarse de la guía:

- A través de la sensibilización y conocimiento de los temas de mujeres y hombres, relacionados con el abuso de sustancias incluyendo los efectos fisiológicos y la necesidad de servicios sociales.
- Por la comprensión de los estereotipos de los roles de género en general y con respecto al abuso de sustancias en particular.
- Familiarización con los procedimientos esenciales de detección y derivación oportuna.
- La utilización de instrumentos de diagnóstico en adicciones.
- El conocimiento de las implicaciones éticas.
- Reflexión en torno a la tolerancia a la diversidad étnica, sexual, etárea, económica, cultural de mujeres y hombres con discapacidades diversas.

I. INTRODUCCIÓN

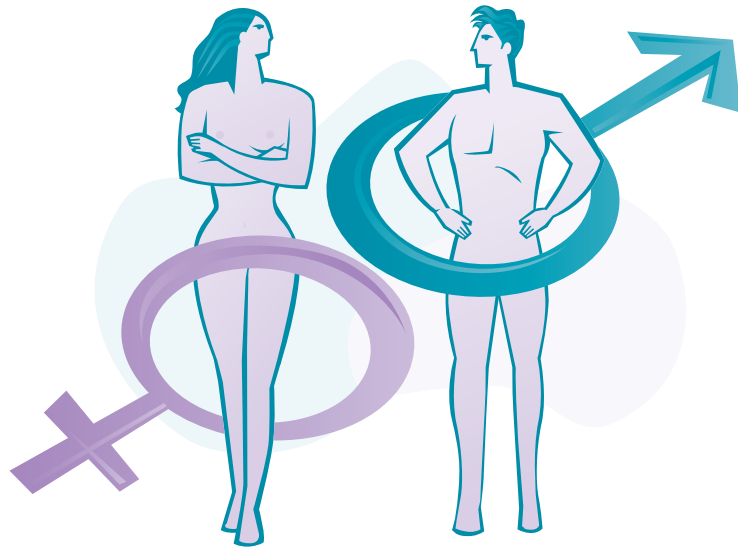
Las diferencias y las desigualdades entre mujeres y hombres son la mayor causa de inequidad en el cuidado a la salud. Existe un reconocimiento general sobre la importancia de considerar estos temas en la política de salud, la atención médica y la investigación en salud de hombres y mujeres, tanto para reducir las inequidades como para aumentar la eficiencia y la efectividad de los servicios.

Hoy en día todo el mundo habla del género, pero en ocasiones se confunde su significado. A veces se entiende como sinónimo de sexo pero en realidad existen diferencias.

Sexo: Se refiere a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

Género: Se refiere a los roles que hombres y mujeres desempeñan y las relaciones que surgen de ejercer estos roles, éstos son socialmente contruidos y no son biológicamente determinados.

Otra falsa creencia es afirmar que un estudio de género o perspectiva de género se refiere al estudio de las mujeres. Esta perspectiva incluye a mujeres y hombres, de esta manera el término género se refiere a aquellas características que son social y culturalmente determinadas, esto es, las diferentes conductas, roles, expectativas y responsabilidades que todos los hombres y mujeres aprenden en el contexto de su sociedad. Debido a que todas las sociedades son diferentes y porque cada sociedad desarrolla y cambia sus prácticas y normas en el transcurso del tiempo, los roles de género y las relaciones no permanecen fijas y tampoco son universales, sino que cambian entre las generaciones.



GÉNERO Y SALUD

De acuerdo al grupo de Género y Salud⁵ las diferencias por género se reflejan en el área de la salud en:

- La vulnerabilidad a la enfermedad.
- El estado de salud.
- El acceso a las medidas preventivas y curativas.
- La carga global de la enfermedad.
- La calidad del cuidado.

Sin embargo, no debe de pensarse que en este rubro la desventaja siempre es para las mujeres.

Las inequidades de género en unas ocasiones trabajan en desventaja para las mujeres y en otras en desventaja para los hombres. Debido a que el género se combina con otras formas de división social tales como la clase y la etnicidad, no todas las mujeres o todos los hombres experimentan problemas de salud relacionados al género o lo padecen de la misma manera.

Las adicciones casi en todos los países del mundo han sido más prevalentes en los varones a pesar de que el consumo de las mujeres, tanto de alcohol como de drogas ilegales, se ha incrementado en todas las edades.

¿CÓMO SE VINCULAN GÉNERO Y ADICCIONES?

Las aparentes diferencias universales en torno al cómo los hombres y las mujeres consumen alcohol y otras sustancias adictivas sugieren que existen en alguna medida, bases biológicas para tales diferencias. Sin embargo, la enorme variación transcultural en el tamaño de las diferencias en cómo beben las mujeres y los hombres requieren de explicaciones culturales y socio-estructurales.⁶

Existen de acuerdo a *Wilsnack y colaboradores*⁶ al menos cuatro categorías que explican el por qué los patrones de consumo de alcohol entre hombres y mujeres son diferentes:

- a) El poder.
- b) El sexo.
- c) Los riesgos.
- d) Las responsabilidades.



El poder. El consumo de alcohol simboliza y favorece el relativo mayor poder de los hombres sobre las mujeres. El consumo de alcohol, particularmente en grandes cantidades, ha sido utilizado como un emblema de la superioridad masculina, de un privilegio que los hombres tienen y que se ha reservado y negado a las mujeres. El consumo de alcohol puede afirmar el estatus privilegiado de ser hombre en lugar de mujer y la capacidad de consumir grandes cantidades de alcohol, sin aparentemente dañarse, pueden ayudar a demostrar que se es muy hombre.

Por otro lado, el alcohol puede favorecer la expresión de poder sobre otras personas al facilitar la conducta agresiva.

El sexo. Tanto mujeres como hombres se han visto motivados para beber por las creencias y las expectativas de que el alcohol favorecerá su actividad sexual y su disfrute. Hasta cierto punto la mayoría de las mujeres están conscientes de que, si su forma de beber es excesiva, pueden aumentar los riesgos de tener o estar vulnerables a una agresión sexual.

Los riesgos. Un tercer punto nos dice que los hombres beben más que las mujeres debido a que desean o están motivados a tomar más riesgos. Entre las razones de este gusto por tomar riesgos se encuentran: que a los hombres les parece excitante en sí mismo el arriesgarse, que esta conducta puede ser una forma de demostrar masculinidad y finalmente quizás es más sencillo para los hombres correr riesgos que para las mujeres, debido a sus diferentes percepciones de las consecuencias. Los hombres jóvenes y los adolescentes se arriesgan más que los hombres adultos.

Las responsabilidades. La forma de beber tanto de hombres como mujeres se ve afectada por las responsabilidades. En el caso de los hombres, el beber en exceso les permite ignorar sus responsabilidades o demuestra su inmunidad a sus obligaciones. Además existen algunos hombres que consumen porque las responsabilidades que acompaña el ser “*cabeza de familia*”, puede vivirse con mucha presión o estrés. Los efectos de vivir una masculinidad ligada a la predominante puede expresarse a través del consumo de drogas o alcohol. Es un proceso que nos indica como se viven las responsabilidades cuando son tajantemente diferenciadas. En cambio para las mujeres, entre más responsabilidades tengan más limitarán su consumo, quizás porque las obligaciones de las mujeres son mayormente supervisadas. De cualquier manera y de acuerdo al contexto social en que se muevan, los roles y obligaciones domésticas afectan el consumo de hombres y mujeres de manera diversa, de tal forma que tienden a mantener y agrandar las diferencias de género en el consumo.



1.1 Las diferencias

Las diferencias en el consumo de mujeres y hombres están sujetas a varios factores (biológicos, sociales, culturales, etc) que aún en la actualidad están siendo cuestionados de manera que permitan tener una idea más fidedigna del por qué de esta brecha.

TABLA 1. DIFERENCIAS EN EL USO DE DROGAS POR SEXO Y TIPO DE DROGA		
	Hombres %	Mujeres %
Uso de drogas alguna vez en la vida*		
Población Urbana	9.42	2.44
Población Rural	6.04	1.08
Total	8.59	2.11
Marihuana	6.86	.72
Cocaína	2.23	.41
Inhalables	.93	.06
Drogas Médicas	1.27	1.16
Otras Drogas	.90	.13
Alcohol	78.63	53.60
Bebedor Actual	61.09	34.24

Fuente: ENA 2002

* Exceptuando el alcohol

La *tabla 1* evidencia que el consumo de sustancias psicoactivas en México al igual que en otros lugares del mundo, es mayor en el caso de los hombres que en las mujeres. Sin embargo, estos datos por sí solos no son suficientes para comprender por qué existe esta diferencia. Aunque en todos los casos los hombres consumen más cantidad que las mujeres, es relevante recalcar que las sustancias que más

consumen las mujeres son las drogas médicas y el alcohol. No sobra decir además que estas sustancias son justamente drogas clasificadas como legales, pues su consumo está permitido bajo ciertas condiciones y que esto conforma un punto vital en el por qué estas drogas son las de mayor abuso entre las mujeres. Sin embargo, el hecho de que sean legales no las hace necesariamente saludables, pues como *Burín*⁷ ha mencionado en el caso particular de las drogas médicas, este consumo puede estar derivado de una práctica médica errónea en el sentido de que la prescripción está orientada a tranquilizar a las mujeres, a controlar sus emociones de tal manera que no alteren el orden social o el funcionamiento cotidiano de sus vidas y la de aquellas personas que las rodean, dejando de lado la reparación del malestar vivido por cada mujer.



En el caso de otros tipos de drogas, su consumo puede estar asociado a una forma de expresar disidencia, desobediencia, o a un malestar profundo resultado de experiencias de maltrato y constante estrés, ya sea en la actualidad o en el pasado.⁸

El tipo de sustancias, la cantidad y las razones de consumo varían de manera importante entre hombres y mujeres como hemos visto hasta ahora: los primeros consumen más alcohol, marihuana y cocaína y las segundas aquellas sustancias que se encuentran dentro del marco legal como el alcohol y las drogas médicas.

Sin embargo, la diferencia no es sólo a nivel conductual o derivado de las normas sociales vigentes en nuestra cultura. Existen también razones fisiológicas importantes para que el consumo sea diferente. Entre los factores que contribuyen a que las mujeres tengan respuestas diferentes a los hombres con dosis similares están los niveles hormonales que fluctúan gracias a los periodos menstruales, al embarazo y a la menopausia. Por otro lado, el tejido adiposo en el cuerpo de la mujer tiene efectos sobre la absorción y efectos acumulativos de drogas solubles en grasa, como el alcohol, las benzodiazepinas y el tetra-hidro-cannabinol. Esto tiene un impacto directo en el consumo, pues con menores cantidades las mujeres se intoxican más, y por lo tanto podríamos pensar que el abuso se desarrollará más rápidamente al igual que las consecuencias, sociales, físicas y psicológicas del consumo.

La forma como la gente reacciona al consumo de una persona tiene también importantes consecuencias en el curso de dicho consumo, es decir, la tolerancia social hacia la embriaguez y las recompensas sociales hacia la intoxicación repetida. La sintomatología de la dependencia será muy similar tanto en hombres como en mujeres, sin embargo el efecto de la dependencia en la vida diaria de cada persona variará de forma importante por las funciones sociales y expectativas culturales que están puestas en cada sexo. Sin embargo, es importante notar que las normas diferentes para mujeres y hombres no dependen de que una mujer intoxicada sea más irresponsable, deshonesto o egoísta comparada con el hombre de las mismas circunstancias, sino porque se piensa que la mujer no debe de beber; por lo tanto, estas normas no dependen de argumentos racionales, sino que son la expresión de valores particulares.⁹

En el caso particular de las mujeres embarazadas, el consumo de drogas es particularmente polémico pues existe una controversia en torno a si este consumo debe ser tipificado como un crimen o conducta delictiva en tanto pone en riesgo la vida del feto. Aunque algunos países ya la han tipificado como tal, la discusión pone a la luz diferentes problemas legales y éticos con respecto a los derechos de reproducción de las mujeres, la responsabilidad por el bebé en camino y más que nada, la insatisfecha pregunta de a quién se debe de dar prioridad en este dilema, si a la salud de la madre o a la del feto.²



1.1.2 Feminidad/Masculinidad y consumo de sustancias

Como ya se ha descrito antes, hoy en día no podemos pasar por alto el hecho de que para analizar los problemas de salud de las mujeres y los hombres es necesario hacerlo considerando las características históricas, sociodemográficas, culturales y educativas que distinguen a ambos. Es decir evidenciando las diferencias de género como construcciones sociales.⁸

LA FEMINIDAD

Cuando revisamos la literatura para encontrar lo que hoy en día se define como feminidad la cantidad de información es basta. Es muy notorio que al hablar de feminidad, **el punto de partida parece ser siempre el cuerpo de las mujeres**. Por tanto, cuando observamos cómo se ha abordado la salud de las mujeres a través de la historia, vemos que la referencia es eso que diferencia biológicamente a las mujeres de los hombres, su capacidad reproductiva. Así pues, la salud tanto física y mental de las mujeres ha sido determinada hasta hace algún tiempo en función de su capacidad reproductiva y de los ciclos derivados de ésta: la menstruación, la edad fértil y reproductiva, el parto, el post-parto, el puerperio, la menopausia.^{7,10,11}

La manera en que las mujeres desempeñan su rol de mujer, varía ampliamente en diferentes zonas geográficas y culturales, aún dentro de un mismo territorio. Sin embargo, existen características que no cambian aunque se expresen de manera distinta. Estos rasgos tienden a ser evaluados por las personas como elementos naturales de las mujeres, es decir que nacieron con ellos o que no podrán evitar tenerlos por que son mujeres. Uno de estos componentes y a nuestro juicio de los más relevantes, **es que las mujeres están construidas para los demás**. Es decir, la feminidad implica siempre estar relacionada con otro que otorga identidad y sentido a la vida de las mujeres.¹¹ Esto no es una casualidad, pues las mujeres han estado desde siempre vinculadas al cuidado de las personas, empezando por sus propios hijos e hijas de quienes ellas son responsables desde la concepción. Esto pues se constituye como otro eje importante dentro de la feminidad, el cuidado de los demás.

Partiendo desde estos dos importantes ejes de la feminidad, podemos entender que está relacionada, con lo íntimo, con la vida privada, y las relaciones humanas, contrario al caso de los hombres como se verá más adelante. Continuando con esta diferenciación, encontramos que una constante de la feminidad es su oposición al poder, que pertenece a lo masculino y a la vida pública.

De manera más esquemática es posible decir que una mujer femenina es aquella que desarrolla los siguientes rasgos, vinculados ampliamente con la función materna y de cuidado asignada de antemano a cualquier ser humano que nazca mujer:

- **Disponibilidad:** estar allí donde y cuando se le necesite.
- **Comprensión:** saber qué es lo que se necesita de ella aunque no sea expresado claramente; debe adivinar la demanda que se le exige, y para ello es preciso un hondo vínculo emocional.
- **Cuidadora:** tener la capacidad de responder de manera adecuada a la petición o al servicio solicitado.
- **Cariñosa:** tener ganas y sentir placer en ser solicitada y en brindar los cuidados.

La feminidad y su vivencia no ocurre de la misma manera en todas las mujeres, sin embargo, se ha podido asegurar con certeza al día de hoy, que el rol femenino tiene importantes factores de riesgo para la salud de las mujeres.



Las mujeres mexicanas se enfrentan al contacto con nuevos roles otorgados a la mujer como resultado de la globalización, donde se abre el acceso a múltiples recursos y obligaciones; mientras que al mismo tiempo tienen que responder a normas tradicionales establecidas dentro de su grupo social. Estas expectativas contradictorias provocan profundos cambios en la manera en como las mujeres experimentan sus propias vidas y queda claro que la resolución a esta disyuntiva no es solo una.¹⁰



MASCULINIDAD

Los mitos acerca de la masculinidad y el sistema de valores incluyen un conjunto complejo de valores y creencias que definen la masculinidad óptima en la sociedad. Estos valores y creencias se aprenden durante la socialización temprana y se basan en estereotipos de rol y creencias acerca de los hombres.

Entre estas **falsas creencias**, según O'Neil¹² se encuentran:

- El creer que los hombres son biológicamente superiores a las mujeres y por lo tanto poseen mayor potencial que las mujeres.
- La masculinidad se piensa como algo superior, por tanto es lo que domina, siendo más valorado un hombre que una mujer.
- El poder masculino, la dominación, la competencia y el control son esenciales para que un hombre ponga a prueba su masculinidad.
- La comunicación interpersonal que enfatiza las emociones, los sentimientos, las intuiciones y el contacto físico son considerados femeninos y deben evitarse. El pensamiento lógico/racional más que las expresiones intuitivas y emocionales son formas superiores de comunicación.
- El sexo es una de las formas de probar la masculinidad. La conducta afectiva, sensual e íntima son consideradas femeninas y por lo tanto menos valoradas. Sin embargo, existen hombres que pueden expresar sus emociones sin sentirse vulnerables o inadecuados.
- La intimidad con otros hombres debe de evitarse debido a que puede implicar homosexualidad y afeminamiento.
- El trabajo y el éxito son medidas de la masculinidad.
- El papel fundamental del hombre es el de ser proveedor; y el papel primordial de la mujer es cuidar el hogar y a los hijos e hijas.

Sin embargo, en la vida cotidiana ningún hombre puede cumplir con todos los aspectos mencionados. De tal manera que muchos hombres pueden tener conflictos por una incapacidad, real o imaginada, de cumplir con esos mandatos sociales. El miedo a la feminidad es el tema que guía la construcción de la vida de la mayoría de los hombres y dicho miedo puede producir, de acuerdo a *O'Neil*¹², seis patrones que afectan su vida:



- **La emotividad restrictiva** que se define como la dificultad de expresar los propios sentimientos de una forma apropiada. Al mismo tiempo implica el negar la posibilidad y el derecho de otros a expresarse emocionalmente. Este patrón conlleva **cuatro supuestos falsos**: **1)** las emociones, sentimientos y vulnerabilidades son signos de feminidad y por tanto deben evitarse; **2)** Los hombres que buscan ayuda a través de la expresión emocional son inmaduros, débiles, dependientes y por tanto femeninos; **3)** La comunicación interpersonal que enfatiza los sentimientos y las emociones debe evitarse; **4)** La expresión emocional puede exponer los miedos y conflictos internos que pueden retratar al hombre como inestable, inmaduro y poco hombre.
- **Competencia, control y poder.** Muchos hombres son socializados para actuar controlando conductas, lo que se relaciona con el ejercicio del poder y la competencia. El control implica regular, restringir y tener las situaciones y a las personas bajo el orden masculino. El poder es obtener autoridad, influencia y ascendencia sobre otros. La competencia es el acto de luchar en contra de otros para obtener algo o la comparación del uno mismo con otros a fin de establecer la superioridad en determinada situación. **Esta característica con frecuencia les causa a los varones serios problemas en sus relaciones interpersonales.**

- **Homofobia.** Puede definirse como el miedo del hombre a expresar feminidad y reconocer atracción hacia otros hombres. La homofobia limita la intimidad entre hombres. Es una barrera importante para compartir sentimientos profundos.
- **La conducta sexual y afectiva restrictiva.** Algunos hombres no reconocen la diferencia entre conducta afectiva y sexual y por tanto desdeñan las expresiones físicas y afectuosas de otros.
- **La obsesión con el logro y el éxito.** Este patrón se define como la preocupación de los hombres de manera persistente por el trabajo, los logros y la eminencia como medios de sostener la masculinidad y el valor personal. Algunas veces esta obsesión se expresa por la desconfianza básica, la necesidad de control, la manipulación y la represión de las necesidades humanas. A pesar de que estas características pueden parecer exageradas con frecuencia llevan a los hombres a ser combativos, competitivos y les dejan poco espacio o energía para la relajación, el placer y una vida saludable fuera del trabajo.
- **Problemas de cuidado de la salud.** Este cuidado supone atender la salud en términos de nutrición, ejercicio, relajación y manejo del stress. Muchos hombres son socializados para ignorar sus procesos fisiológicos a fin de perseguir sus ideas, tareas y logros. Cuando un hombre no es capaz de leer estas señales de “malestar”, entonces se convierte en un candidato para la enfermedad, la fatiga, ataques al corazón o incluso la muerte.



Un hombre que actúa “correctamente con arreglo a su género” debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres.

Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos será algo de lo que terminará por depender.

Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.

El asumir riesgos puede expresarse a través del consumo de alcohol y drogas y al mismo tiempo el consumo puede servir como vía de expresión de emociones y camaradería y cercanía física con otros varones.

1.2 Las definiciones

¿QUÉ ES UNA SUSTANCIA ADICTIVA?

En nuestro país como en muchos otros del mundo, es común hablar de las drogas y que éstas, sean o no aceptadas social y/o legalmente, tomen parte de nuestra vida cotidiana. Aunque podamos pensar lo contrario en México existen muchas personas adictas a drogas ilegales, pero hay un número mayor de gente adicta a sustancias legales como el alcohol y el tabaco. Esto es importante tenerlo en cuenta pues cuando hablamos de problemas relacionados con sustancias que producen adicción, coloquialmente llamadas drogas, estamos hablando tanto de sustancias legales como ilegales, así como de medicamentos para el tratamiento de algún padecimiento o síntoma en particular.

A través de la historia la palabra droga se ha utilizado con muchos fines, hoy en día, desde una perspectiva médica y científica, el vocablo droga se utiliza para referirse a un sin número de sustancias que cumplan con las siguientes condiciones, llamadas también drogas de abuso:

- a) Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicotrópico o psicoactivo).
- b) Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
- c) El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).
- d) No tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.



Así pues entenderíamos que una droga de abuso, es **una sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva, capaz de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona, en muchos casos, un grave deterioro psicorgánico y de conducta social.**¹³

DIFERENTES DROGAS DISPONIBLES:

Las sustancias adictivas o drogas de abuso se pueden clasificar según sus propiedades químico-farmacológicas y más específicamente por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). A partir de estas características se han desarrollado varias clasificaciones, siendo las más comunes las que se enlistan a continuación:

DROGAS DEPRESORAS:

Sin tomar en cuenta las benzodiazepinas, los fármacos pertenecientes a este grupo deprimen el SNC de una manera no selectiva, y dependiendo de la dosis, producen calma o somnolencia (sedación), sueño (hipnosis farmacológica), inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma y depresión fatal de las funciones respiratorias y cardíacas. Estos efectos son los mismos que, dependiendo de las dosis, observamos en el caso del alcohol (etanol), los opiáceos (derivados de la morfina). Las sustancias clasificadas en este grupo también son nombradas como drogas hipnóticas y/o sedantes.

Los depresores del SNC pueden dividirse en dos grupos, de acuerdo a su composición química y farmacológica:

- Los barbitúricos, como el mefobarbital y el pentobarbital sódico, que se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, la tensión y los trastornos del sueño.
- Las benzodiazepinas, como el diacepam, el clordiazepóxido HCl, y el alprazolam, las cuales pueden ser utilizadas para tratar la ansiedad, las reacciones agudas al estrés, y los ataques de pánico. Las benzodiazepinas con efecto más sedante, como el estazolam, se pueden recetar para el tratamiento a corto plazo de trastornos del sueño.

DROGAS ESTIMULANTES:

Los estimulantes aumentan la agudeza mental, la atención y la energía, combaten el sueño y pueden provocar estados de excitación extrema. Estos cambios se acompañan de aumentos en la presión arterial, la frecuencia cardiaca, y la frecuencia respiratoria. Históricamente, los estimulantes se usaban para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, los trastornos neurológicos, y una variedad de dolencias adicionales. Al hacerse evidente el potencial que tenían para el abuso y la adicción, su uso disminuyó. Actualmente se recetan los estimulantes solamente para tratar unos cuantos problemas de salud, incluyendo la narcolepsia, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y algunos casos de depresión que no responden a otros tratamientos. También se pueden usar para el tratamiento a corto plazo de la obesidad y para ciertos pacientes con asma.

Los estimulantes se dividen en agentes menores y mayores. Dentro de los menores encontramos el café, el té, y el chocolate, parecidos en su estructura química pues todos son metilxantinas. Ejemplos de los estimulantes mayores son las anfetaminas y la cocaína.

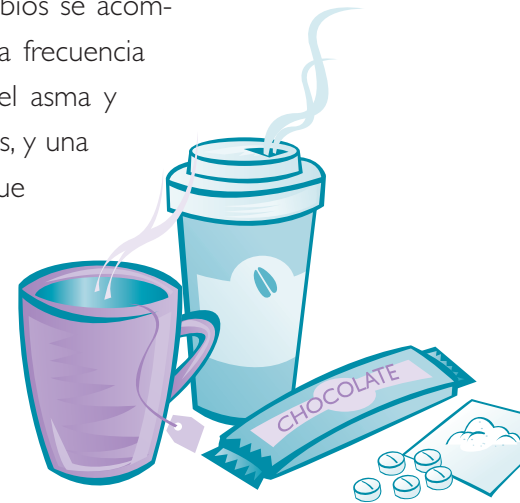


TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS POR SU EFECTO EN EL SNC.

Clasificación	Neurotrasmisor	Receptor	Droga de abuso
Excitatorios	Dopamina Norepinefrina (NE) Glutamato	Dopaminérgico Noradrenérgico Glutamanérgico	Anfetaminas, Cocaína y sus derivados, Polvo de ángel (PCP).
Inhibitorio o depresores	GABA Endorfinas Encefalina o Dinorfinas Anandamidas	Gabaérgicos Opiérgicos	Alcohol, Benzodiazepinas, Heroína, Morfina, Metadona, Marihuana.
Mixtos	Acetilcolina Serotonina Adenosina	Colinérgicos Serotonérgico	Tabaco, LSD, mezcalina, xantinas (chocolate, café, té).

USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

Los intentos por definir los tipos de consumo de sustancias con propiedades adictivas siempre han sido un punto de discusión importante. Más problemáticamente cuando tratamos de distinguir el uso del abuso, pues aunque de manera común se establezcan como extremos opuestos de una misma dimensión, en su definición intervienen muchos aspectos, desde lo biológico hasta lo social. Específicamente su distinción dependerá en gran medida de la manera en que cada sustancia es apreciada dentro de contextos culturales y legales específicos.

En la definición de estos conceptos son factores importantes la cantidad, la frecuencia y las consecuencias del consumo. Dentro de este panorama la OMS ha definido el **uso** como el consumo de una sustancia sin ninguna significación clínica o social, es decir, se refiere sencillamente al consumo,

utilización, gasto de esa sustancia sin que produzca efectos médicos, sociales, familiares, etc. Y se entiende que es un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia. Mientras tanto el **abuso**, ya como una categoría diagnóstica que permite indicar modelos desadaptativos de uso que no cumplen los criterios de dependencia, ha sido descrito por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (*cuarta versión, DSM-IV*) por la presencia de las siguientes características:

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS SEGÚN EL DSM-IV

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- (1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (*p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los (as) niños (as) o de las obligaciones de la casa*).
 - (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (*p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia*).
 - (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (*p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia*).
 - (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (*p. ej., discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física*).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia a esta clase de sustancia.

Así pues, aunque exista un grupo de signos y síntomas que indiquen la presencia de abuso, en el caso de las drogas ilegales por ejemplo, es probable que cualquier uso se considere abuso, ya que su consumo está prohibido. Otro factor importante que se puede considerar para distinguir entre el abuso y el uso es el punto a partir del cual el uso de alguna sustancia constituye un riesgo significativo para que un trastorno se presente. Así también es importante tomar en cuenta la etapa de vida en la que se encuentra la persona ya que los y las adolescentes o mujeres embarazadas que consumen alguna sustancia psicoactiva, estarán presentando una conducta abusiva, pues por ley o recomendaciones médicas no deben consumir dichas sustancias.

En una importante revisión sobre los conceptos de uso, abuso y dependencia¹⁴ se esclarece que a lo largo del trabajo teórico en adicciones se acostumbraba hablar de dos tipos de dependencia, la física y la psicológica. Esta distinción partía de los efectos que provocaban el consumo de distintas clases de drogas. Esta clasificación apoyaba la concepción de que ciertas sustancias eran de naturaleza inocua y provocarían una dependencia psicológica que era controlable y por lo tanto sólo deberían restringirse aquellas drogas que causaran dependencia física. Actualmente se piensa que la dependencia es una sola, que posee rasgos comunes entre las diferentes drogas y algunas características propias a cada sustancia en particular.

La OMS ha definido la **dependencia** como un estado en el cual la autoadministración de drogas produce daños a la persona y a la sociedad. La magnitud y peligrosidad de la droga de consumo estarían definidas por la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen cuando se suspende su consumo y ésta es retirada del organismo, así como, las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca su uso. En la actualidad existe el consenso en el ámbito científico de considerar la dependencia como un mecanismo neuroadaptativo del cual se toman como indicadores: la compulsión del uso, la incapacidad de control, la abstinencia, el consumo para aliviar la abstinencia, la tolerancia, la reducción del repertorio conductual, el abandono de las actividades y placeres alternativos, la persistencia del abuso a pesar de las consecuencias dañinas, y la reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia. De esta manera, el cuadro de dependencia como categoría diagnóstica queda descrito de la siguiente manera en el *DSM-IV*:

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS SEGÚN EL DSM-IV

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

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (*p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias*), en el consumo de la sustancia (*p. ej., fumar un pitillo tras otro*) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (*p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera*).

Especificar si:

- **Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (*p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2*).
- **Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (*p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2*).

2. ANTES DE LA DETECCIÓN

La tarea del personal médico en la detección de las adicciones es proveer apoyo, educación y una confrontación que no juzgue. El personal médico debe establecer una relación de confianza con su paciente. El o la paciente con problemas de adicciones merece sentirse comprendido y puede hacerle ver que el personal médico se da cuenta de la dificultad y la necesidad de obtener apoyo en este proceso de búsqueda de atención.¹⁵

El personal médico guía al paciente por lo menos en la primera etapa de la búsqueda de ayuda y eventual recuperación, pero este último proceso, en última instancia, le pertenece al paciente.

Es el o la paciente quien es responsable y tiene que dar cuenta de su atención y eventual recuperación.

El personal médico debe hacer énfasis en este punto para facilitar la responsabilidad personal y el confrontar también puede ser útil. Sin embargo, cuando la confrontación es innecesaria, debe brindar una actitud de apoyo más que punitiva, es decir, de castigo.

El personal médico debe de encontrar el balance adecuado entre ser directivo y permitir que el o la paciente se auto dirija. Este proceso puede facilitarse si se le da una estructura a la sesión que incluya el darle al paciente respuestas acerca de su problema de salud. Debe encontrar un tema importante que inicie la discusión basándose en lo que parece que necesita el o la paciente e introduce un tema.

Lo más importante es que el o la profesionalista de la salud cree un ambiente de colaboración y participación. Esta meta puede cumplirse a través de tres formas:

- Primero, se debe poseer la información básica sobre los estilos de vida de las personas con problemas de adicciones.
- Segundo, no importa que tan experto (a) sea el personal médico, debe reconocer que el o la paciente también tiene experiencia en discutir su propia vida. El personal médico puede intentar escuchar cuidadosamente, mostrar empatía y debe evitar juzgar las conductas de los y las pacientes.
- Tercero, se debe convencer al paciente que tiene dificultades y que puede entrar en un proceso para su recuperación.

Cada uno de estos puntos puede ayudar a fortalecer una alianza y construir una relación de colaboración.

Generalmente, las intervenciones que son más exitosas en desarrollar una buena alianza terapéutica son aquellas en las que el personal médico escucha activamente y promueve la colaboración. Por ejemplo, utiliza frases tales como *“Vamos a ver que es lo que le ocurrió y así podemos desarrollar un plan”*. Este tipo de lenguaje enfatiza el esfuerzo conjunto de la relación.

Si la relación terapéutica parece ser débil, el personal médico puede utilizar la siguiente estrategia simple. Pregunte a su paciente que es lo que no funciona en la relación, o qué es lo que el o la paciente cree que no funciona. Con frecuencia los y las pacientes saben lo que no funciona, pero por alguna razón, no se sienten lo suficientemente a gusto para mencionárselo al personal médico. Para que la relación mejore, debe ser capaz de escuchar lo que el o la paciente tiene que decirle. Sin embargo, al responder a la solicitud de cambio del paciente, el personal médico no debe sentirse presionado a cambiar o comprometer su filosofía y la derivación a tratamiento. Simplemente puede ajustar su estilo interpersonal para mejorar la comunicación.

LO QUE NO DEBE HACERSE

El personal médico no debe ser duro al juzgar las conductas adictivas de su paciente. Después de todo, si el o la paciente no sufriera por la adicción no tendría la necesidad de la ayuda médica, así que culpar al paciente por sus síntomas es inútil.

Por otro lado, con mucha frecuencia los y las pacientes sienten gran vergüenza asociada con su adicción. A fin de resolver estos sentimientos de vergüenza y culpa, se le puede solicitar al paciente hablar abierta y honestamente acerca de su uso de drogas y otras conductas adictivas y aceptar sin juzgar lo que le dicen.

El personal médico no debe llegar tarde a sus citas y en todo momento debe mostrar respeto y profesionalismo. Esto quiere decir que no se le trate al paciente ni se le hable de una manera despectiva o irrespetuosa.

Por otro lado, como el personal médico no va a ser la persona que se haga cargo del tratamiento y la recuperación no debe permitir que el o la paciente le comparta cosas íntimas de las cuales no se va a hacer cargo.

Por último, debe de tener conciencia cuando sus propios problemas, temores son reactivados por los problemas del paciente y abstenerse de responder desde sus propios valores. Por ejemplo, considérese el caso en donde un médico o médica cree que es importante que el o la paciente en recuperación rompa lazos con sus amigos (as) y al mismo tiempo está trabajando con una persona que tiene una pareja adicta y no quiere romper esta relación. Es imperativo que el personal médico sea flexible y responda creativamente a la propia percepción del problema del paciente. En este caso, el personal médico no debe adherirse rígidamente a la noción de que romper relaciones con todas y todos los adictos es la única forma aceptable de llegar a la recuperación. Con frecuencia, la proyección reflexiva, no crítica del personal médico, sobre sus propias experiencias o necesidades puede dañar o ser contraproducentes.

2.1 Reconociendo las emociones antes de la detección: el enojo, la culpa, la vergüenza y la omnipresencia de la violencia

Los problemas relacionados con el uso de sustancias muchas veces van de la mano con otras importantes dificultades en otras áreas de la vida de las mujeres y los hombres. Algunos a considerar antes de iniciar la detección de las adicciones son: el enojo, la culpa, la vergüenza y la omnipresencia de la violencia, pues pueden alterar en varias formas la relación que se establece entre el personal médico y el o la paciente.

La importancia de estos aspectos en el tratamiento del abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas ha sido expuesta de manera clara y concisa en el trabajo realizado por la Fundación en Investigación en Adicciones (ARF por sus siglas en inglés) de Canadá en la guía *“The Hidden Majority”* por lo cual lo hemos tomado como referencia para la elaboración de esta sección.

2.1.1 El manejo del enojo

El enojo es una de las pocas emociones que no están asociadas positivamente con las mujeres tal como lo está con los hombres. Esto no quiere decir que las mujeres no sientan enojo pero las formas en que lo expresan y lo identifican son particulares y pueden tener ciertos efectos desfavorables para la salud, así como en sus formas de enfrentamiento. Algunos autores y autoras han propuesto que ante sentimientos de enojo, las mujeres comienzan a cuestionarse la manera de bloquear dicho enojo y/o invalidarlo, lo cual más adelante puede convertirse en culpa, depresión o sentimientos de duda sobre si misma.¹⁶

La vivencia del enojo es distinta, mientras que para los hombres es un recurso más instrumental para poner las cosas en control, para las mujeres es un recurso de expresión, de pérdida de control.

Por lo mismo, las situaciones que generan enojo a hombres y mujeres también difieren. Para las mujeres las situaciones referentes a relaciones personales tienen más probabilidades de generar enojo mientras para los hombres las situaciones que involucran extraños tienen mayor peso. La expresión del enojo es también variable y se ha llegado a comprender que uno de los factores más importantes en la decisión de expresar o no el enojo es el contexto en donde éste se genera.^{17,18}

Las mujeres en recuperación del uso de drogas pueden encontrarse con su enojo de distintas formas, ya sea experimentándolo, reconociéndolo y/o enfrentándolo por primera vez en sus vidas, y puede tener importantes implicaciones para su proceso de recuperación.

2.1.2 La culpa y la vergüenza

Estas dos emociones han sido catalogadas como emociones morales que evocan procesos de autorregulación, incluyendo la regulación de la hostilidad y la agresión. Muchas veces son definidas como la misma cosa, sin embargo aunque las dos implican afectos negativos hacia uno(a) mismo (a), el objetivo de dichos afectos cambia en cada uno (a) provocando que se expresen de manera distinta. En la culpa, el objeto de preocupación es una acción específica (o haber fallado en realizarla) y por ello la conducta es evaluada aisladamente, es decir, sin evaluar a toda la persona. Esta sensación de tensión es desagradable y aún más si las posibilidades de reparación están bloqueadas. Sin embargo, la vergüenza es una experiencia mucho más dolorosa y devastadora. En la vergüenza el objeto del afecto es la persona completa. La conducta “*mala*” es el reflejo de una mala persona, por ello la persona por completo es dolorosamente revisada y evaluada negativamente. La vergüenza implica una sensación de exposición ante los demás. Así como la culpa motiva un deseo de reparar, confesar, disculpar o hacer enmiendas, la vergüenza motiva un deseo de esconderse, de desaparecer, y también puede motivar sensaciones de enojo.

Existe evidencia de que mujeres y hombres reaccionan con estos afectos ante diferentes situaciones. Por ejemplo, las mujeres lo hacen más alrededor de fallas en la capacidad de relacionarse, mientras los hombres lo hacen en torno a fallas en logros instrumentales. Estas consecuencias negativas generadas por violar los roles de género no sólo pueden resultar en descalificación social sino también en una autodevaluación. Debido a que las normas de los roles de género son internalizadas durante las etapas tempranas de la vida, la vergüenza y la culpa pueden emerger si estas son violadas o mal logradas en algún momento. Por ello, la desobediencia o falta de apego a dichas estándares de género puede convertirse en una amenaza directa al auto concepto de una persona.¹⁹

Las mujeres que son madres se sienten especialmente culpables acerca de cómo el consumo de sustancias ha afectado a sus hijos o hijas, pues “han fallado” en cumplir uno de los roles más importantes en nuestra sociedad asociados al ser mujer, el ser madre y cuidadora de los demás.

2.1.3 La omnipresencia de la violencia

Las secuelas de estas vivencias pueden hacer sentir a las mujeres y hombres, miedo, ansiedad, depresión, enojo, vergüenza, desesperanza y generarles una sensación de autodevaluación.

Cuando una mujer comparte sus experiencias de violencia es de vital importancia que ella sienta que le creen, que no es culpable por lo que sucedió, y que existen apoyos disponibles. El enfrentarse a las sensaciones y recuerdos de experiencias de este tipo puede poner a las mujeres en mayor riesgo de una recaída, sin embargo, esto debe ser usado como parte del camino de recuperación y no como una excusa para abandonarlo. Es el mismo caso para los hombres, que aunque en menor medida son violentados en la adultez, pueden ser sobrevivientes de algún tipo de violencia familiar o social. Sin embargo, en el caso de los hombres será común encontrarse con pacientes que han agredido a sus familias u otras personas, aunque no es papel del personal médico juzgarlo se debe hacer notar quién

es el responsable de estos ataques y las consecuencias que estos tienen sobre el agresor, la víctima y la comunidad donde sucede. Estas conductas violentas pueden estar asociadas al consumo de sustancias o a una crisis por la falta de consumo. Es importante no utilizar el consumo de una droga como pretexto o justificación para estas acciones, aunque pueda ofrecernos una explicación, es un motivo más para evitarlo.

Las mismas mujeres pueden comportarse de manera violenta con las personas con las que conviven. Por ello, también es importante trabajar con ellas la violencia que ejercen.

Cuando las mujeres y hombres dejan de consumir sustancias se piensa que habrá una mejoría inmediata, sin embargo no es así, muchas veces pueden sentirse peor; pueden comenzar a sentir emociones y recordar aspectos desagradables que antes permanecían ocultos por el consumo, también pueden reaccionar de manera violenta o agresiva no sólo contra los demás sino contra si mismos (as), poniéndose en peligro. Momentos como estos pueden provocar que se reanude el consumo por un tiempo o se presente una recaída más grave.

Cuando estamos frente a un o una paciente conviene evidenciar la violencia y las consecuencias que esta pueda tener. Por tanto, también será responsabilidad del personal médico dar una orientación adecuada ya sea que este frente a una víctima o a un agresor(a).

3. LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL USO DE ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS E ILEGALES. USO DE INSTRUMENTOS Y TOMA DE DECISIONES

Detección temprana

La meta de la detección del abuso de sustancias es identificar a la persona que tiene o está en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol o sustancias adictivas, y dentro de ese grupo, identificar a aquellos y aquellas pacientes que necesitan una evaluación posterior para diagnosticarlos y brindar/referir a tratamiento.²⁰

El personal de salud se encuentra en una posición privilegiada para preguntar a los y las pacientes acerca del consumo y quizás sea el único espacio que la persona tiene para hablar de ello. En ocasiones el personal médico tiene un vínculo con las personas que atiende, ya sea porque asisten a la misma clínica o porque han tratado a la persona de otros problemas de salud.

El traer el tema del consumo en la conversación con el y la paciente es importante puesto que la evidencia indica que el preguntar favorece que el paciente “se abra” y este simple procedimiento aumenta de dos a tres veces la posibilidad de la intervención temprana o el tratamiento exitoso.²²

El personal médico puede detectar los problemas utilizando los instrumentos que han sido desarrollados para tal fin. Los instrumentos de tamizaje o detección son cuestionarios diseñados para ser administrados cara a cara, médico-paciente. No están diseñados para diagnosticar un problema de abuso de sustancias sino que intentar determinar si un paciente puede estar en riesgo de tener problema de alcohol/drogas y quizás beneficiarse de una evaluación extensa con un especialista.

Las ventajas de este procedimiento radican en que:

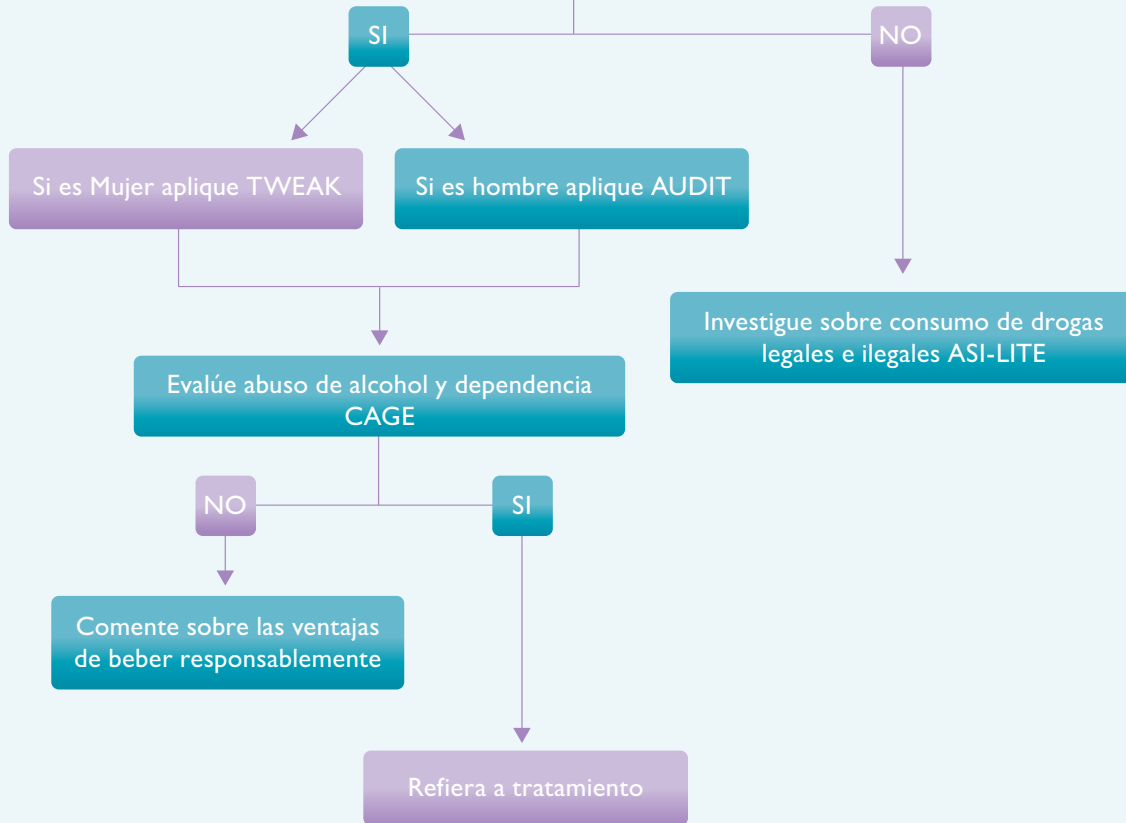
- Pueden ser administrados en 5 a 10 minutos.
- Pueden utilizarse de manera rutinaria con cada paciente, no sólo con aquellos (as) de los que se sospeche que abusan de sustancias.
- Pueden adaptarse al estilo personal del médico que toma la historia clínica.
- Pueden administrarse repetidas veces.
- Proveen una oportunidad de educar al paciente acerca del abuso de alcohol y drogas y de los beneficios de cambiar los hábitos.

El tamizaje puede incorporarse a los procedimientos de rutina y preguntarles a *TODOS* los y las pacientes pues un procedimiento de bajo costo que pueda mejorar el estado de salud.



PASOS PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE ALCOHOL Y DROGAS

Pregunte a todas y todos sus pacientes, sin importar edad
¿Toma Ud. bebidas alcohólicas?



TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL MUJERES

Inicie aplicando el TWEAK, ya que es un instrumento que ha demostrado efectividad para identificar problemas de consumo de alcohol en esta población.

TWEAK

(Tolerance, Worried, Eye opener, annoyed, cut down)

1. ¿Cuántas copas aguanta a tomar Ud.?
2. Durante el último año, ¿Alguna persona como amigos cercanos o familiares se han preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas?
3. ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse?
4. ¿Siente la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas?
5. ¿Alguna vez le han hablado de cosas que Ud. ha dicho o ha hecho cuando ha estado bebiendo, las cuales no recuerda?

- Califique con 2 puntos la pregunta 1 si la mujer responde 4 o más copas.
- Califique con 2 puntos la pregunta 2 si la respuesta es afirmativa.
- Califique el resto de las preguntas con 1 si la respuesta es positiva.

4 ó más puntos. **Probable dependencia.**
 3 a 2 puntos. **Consumo peligroso o alcoholismo**
 De 0 a 1 punto. **Dudoso. Explore a profundidad**



Para determinar dependencia aplique el **CAGE**

1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?
2. ¿Se ha sentido molesta porque la critican por su manera de beber?
3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?
4. ¿Alguna vez ha tomado una copa a primera hora en la mañana?

* Cada respuesta afirmativa califica 25 puntos.

Rango diagnóstico

- 0-26 No alcohólica
- 51 Abuso
- 75-100 Alcoholismo

TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL HOMBRES



Prueba AUDIT

1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?

Nunca _____	0
Una vez al mes o menos _____	1
Dos o cuatro veces al mes _____	2
Dos o tres veces por semana _____	3
Cuatro o más veces por semana _____	4

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?

1 ó 2 _____	0
3 ó 4 _____	1
5 ó 6 _____	2
7 ó 9 _____	3
10 ó más _____	4

2. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas por ocasión?

Nunca _____	0
Menos 1 vez por mes _____	1
Mensualmente _____	2
Semanalmente _____	3
Diario o casi diario _____	4

Para obtener un puntaje sume los valores de cada una de las respuestas.

De 0 a 3 puntos. **Bebe en forma responsable.**
 De 4 a 7 puntos. **Bebe en forma riesgosa.**
 8 o más puntos en el AUDIT. **Aplique el CAGE**

Para determinar dependencia aplique el **CAGE**

1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?
2. ¿Se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de beber?
3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?
4. ¿Alguna vez ha tomado una copa a primera hora en la mañana?

* Cada respuesta afirmativa califica 25 puntos.

Rango diagnóstico

- 0-26 No alcohólico
- 51 Abuso
- 75-100 Alcoholismo

Instrumentos

ASI-LITE (Addiction Severity Index-LITE)

Le voy a realizar algunas preguntas sobre su consumo del alcohol y otras drogas y algunos problemas relacionados. Le recuerdo que la información que me de es completamente confidencial.

(NOTA: Entregue la tarjeta de respuestas al paciente)

Las preguntas que le voy a formular son en referencia a dos lapsos de tiempo diferente, en los **últimos 30 días y alguna vez en su vida**. En el periodo referente a alguna vez en su vida estoy interesado (a) en el número de años que usó la sustancia tres o más veces por semana.

Instrucciones: Para las drogas use la tabla, pregunte primero por los últimos treinta días y después por alguna vez en la vida.

- En los últimos 30 días, cuántos días ha usado (diga el nombre de la droga)
- En toda su vida, por cuantos años ha usado (diga el nombre de la droga)
- ¿Cuál ha sido la vía de consumo más común (diga el nombre de la droga) en los últimos 30 días?

Si una droga no ha sido consumida nunca escriba 0/0 y la vía de administración es 9.

NOTA: En el caso que el o la paciente acepten consumir metadona, opiáceos, sedantes, tranquilizantes, barbitúricos y anfetaminas pregunte si les fueron recetados por algún (a) profesional de la salud y si ha respetado las indicaciones de su uso, tanto la dosis como la frecuencia.

ASI-LITE (ADDICTION SEVERITY INDEX-LITE)

Clasificación	En los últimos 30 Días	Alguna vez en la vida	*Vía de Administración
	(Días)	(Años)	
1. Alcohol – Cualquier tipo de consumo.	___ / ___	___ / ___	
2. Alcohol – Intoxicación	___ / ___	___ / ___	
3. Heroína	___ / ___	___ / ___	
4. Metadona (ilícita)	___ / ___	___ / ___	
5. Otros opiáceos/analgésicos	___ / ___	___ / ___	
6. Barbitúricos	___ / ___	___ / ___	
7. Otros sedantes, hipnóticos, Tranquilizantes.	___ / ___	___ / ___	
8. Cocaína	___ / ___	___ / ___	
9. Anfetaminas	___ / ___	___ / ___	
10. Marihuana	___ / ___	___ / ___	
11. Alucinógenos	___ / ___	___ / ___	
12. Inhalantes	___ / ___	___ / ___	
13. Más de una sustancia por Día (incluyendo el alcohol).	___ / ___	___ / ___	Sin respuesta

1=Oral, 2=Nasal, 3=Fumada, 4=No inyección Intravenosa, 5=Inyección intravenosa, 9=No ha consumido

TARJETA DE RESPUESTAS • ASI-LITE

Alcohol – Cualquier tipo de consumo

Alcohol - Intoxicación

Heroína

Metadona (ilícita)

Otros opiáceos/analgésicos

Barbitúricos

Otros sedantes, hipnóticos,

Tranquilizantes

Cocaína

Anfetaminas

Marihuana

Alucinógenos

Inhalantes

Más de una sustancia por día (incluyendo el alcohol)

Cuando debe preocuparse por el uso

Muchos son los indicadores que pueden dar cuenta cuando una persona está teniendo problemas en su vida por el consumo de sustancias, en la siguiente tabla se han puesto los más comunes de ellos. Es importante recordar que aunque éstos puedan ser criterios para creer que existe un problema de consumo de droga también pueden ser provocados por otros factores.

Pregunte al paciente y obsérvelo para corroborar la presencia de estos factores en el o ella, si es posible verifique con ambos si éstos son consecuencia directa del consumo de sustancias.

INDICADORES		
Área	Signos potenciales de uso problemático	Problemas serios
Salud Física	<ul style="list-style-type: none"> • Cruda (Malestar general, ojos rojos, temblor de manos). • Aliento alcohólico o a enjuague bucal. • Pérdida repentina de peso. • Ciclo menstrual irregular. • Quejas o malestares crónicos (alteraciones del sueño, problemas estomacales, ardor de pecho, presión arterial alta). • Caídas frecuentes, accidentes, quemadas o cortadas. • Cambios significativos en la higiene y aliño. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tener recuerdos de algún evento • Ulceras • Problemas de Hígado • Embolia • Daño cerebral • Problemas de corazón • Sobredosis
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Olvido de cosas. • Dificultad para concentrarse. • Estar preocupado por consumir sustancias. • Uso de sustancias para enfrentar el estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Daño permanente en la memoria. • Sentimientos de desesperanza, poca valía y depresión. <p>(continúa)...</p>

INDICADORES (continuación)		
Área	Signos potenciales de uso problemático	Problemas serios
Salud Mental (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación emocional (ej. Confusión, depresión, ansiedad, cambios repentinos de ánimo, automutilación, ideación o intentos suicidas). • Consumo reiterado durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios significativos en la actitud y personalidad. • Obsesión por las sustancias. • Pensamientos e intentos suicidas.
Relaciones personales/ sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Discusiones con familiares o amigos (as). • Aislamiento. • Cambios importantes en la relación con personas significativas. • Pérdida de interés en actividades cotidianas. • Los (as) hijos (as) no se sienten cómodos llevando amigos a casa. • Los (as) hijos (as) desarrollan problemas en la escuela o de conducta. • Historia familiar de abuso de sustancia. o abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración familiar. • Violencia Familiar. • Problemas de salud en los (as) hijos (as) debido al consumo de sustancias del padre o la madre.
Trabajo/ Escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios significativos en el desempeño en la escuela o trabajo • Desapariciones repentinas. • Faltar a la escuela o trabajo. • Presentar cruda en la escuela o trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes en el trabajo. • Expulsión de la escuela o pérdida del trabajo. • Renunciar al trabajo.
Financiera/ Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto significativo de dinero en drogas o alcohol. • Beber y manejar (u operar otras maquinarias). • Accidentes automovilísticos menores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apostar. • Tener deudas. • Robar. • Multas por mala conducción o accidentes automovilísticos.

Toma de decisiones

Los y las profesionales deben decidir qué servicios pueden proporcionar a los y las pacientes cuya puntuación sea positiva. Una vez identificado un caso, el siguiente paso es derivar a una intervención apropiada que haga frente a las necesidades de cada paciente y a los servicios disponibles en cada entidad federativa.

En el caso de los y las pacientes cuyos resultados sean negativos, proporcione retroalimentación sobre los mismos e indíqueles los niveles de bajo riesgo de consumo y los riesgos de sobrepasarlos.

¿Qué es un límite de bajo riesgo?

- Para hombres: No más de 12 copas a la semana y no más de 4 por ocasión de consumo.
- Para mujeres: No más de 9 copas a la semana y no más de 3 por ocasión de consumo.

Por otro lado, independientemente de los resultados hay situaciones en que se les debe recomendar a las y los pacientes que no beban o usen sustancias:

- Cuando manejen un vehículo o maquinaria.
- Si están embarazadas o creen que pueden estarlo.
- Si existe una contraindicación médica actual.
- Después de tomar ciertos medicamentos como es el caso de sedantes, analgésicos y ciertos antihipertensivos.

Se les debe recordar a los y las pacientes los beneficios del consumo de bajo riesgo de alcohol o de la abstinencia.

Muchos(as) pacientes subestiman los riesgos asociados con la bebida; otros(as) pueden no estar preparados(as) para admitir y abordar su dependencia. Una intervención breve adaptada al objetivo de iniciar una derivación utilizando datos de un examen clínico y los análisis de sangre pueden ayudar a abordar las resistencias del paciente.²¹

- **Examen clínico:** inyección conjuntival, vascularización anormal de la piel, temblor de manos, temblor de la lengua, hepatomegalia.
- **Pruebas de laboratorio:** gamaglutamil-transferasa (*GGT*) sérica, la transferina deficiente en carbohidratos (*CDT*), el volumen corpuscular medio (*VCM*) de los glóbulos rojos y el aspartato amino transferasa (*AST*) sérica.

El seguimiento del paciente por parte del personal especialista puede asegurar también que la derivación sea aceptada y reciba el tratamiento.

En el caso de las drogas no médicas, su uso es considerado ilegal, por lo cual el personal de salud debe de aconsejar al paciente abandonar el consumo. Sin embargo, cuando esto no sea inmediatamente asequible, dé las mismas indicaciones que en el caso del alcohol y derive al diagnóstico especializado y al tratamiento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que los trastornos por uso de sustancias conllevan en la mayoría de las ocasiones estigma, el personal del primer nivel de atención, al detectar el uso de sustancias en sus pacientes, de manera inevitable se “entromete” con la autonomía y la privacidad. Lo anterior se debe a que se busca información muy personal. Por ello, cuando la información sugiere o amerita que las y los pacientes vayan a tratamiento o que se necesite compartir esta información con otras personas, es inevitable que sientan que su autonomía se vea amenazada y su privacidad invadida.²²

Puede ser frecuente que, a pesar de las buenas intenciones del personal médico, no lo vean así. Una característica de los problemas con abuso de sustancias es la negación, por lo tanto el o la paciente puede no darse cuenta o no se quiere dar cuenta, necesita cambiar sus hábitos y puede llegar a sentir las preguntas como intrusivas.

Asimismo, el o la paciente puede estar preocupada del estigma social por admitir el problema; además de la posible discriminación si estos problemas llegan a ser públicos.

¿Qué es lo que debe de hacer el personal médico tratante?

A fin de cumplir con su responsabilidad ética, el personal clínico no sólo debe de preguntar; también tiene que darle al o la paciente información relevante, referirle a tratamiento y, en la medida de lo posible, investigar sobre el éxito del mismo.

La preocupación acerca de la privacidad y la confidencialidad es compleja. El o la paciente puede no querer que otras personas se enteren de su problema por temores: a perder su trabajo, la custodia de sus hijos (as), su seguro de gastos médicos o relaciones familiares o de su red social. En todos los casos la persona profesionalista debe respetar el derecho inalienable a la privacidad, excepto si la vida del sujeto está en riesgo, en cuyo caso deberá solicitarle al paciente su autorización para hablar con la familia para que apoye su recuperación, es decir, tiene que haber un consentimiento informado de con quién se hablará y la información que se compartirá.

Resumiendo, el personal médico debe respetar la autonomía, buscar la beneficencia, evitar la maleficencia, respetar la confidencialidad, solicitar consentimiento informado y practicar la detección en todos los y las pacientes, sin importar sexo, edad, religión, orientación sexual o nivel socioeconómico, a fin de garantizar la justicia y la equidad.

Para mayor información:

- Línea telefónica Vive sin Drogas: **01-800-911-2000**
- Centros de Integración Juvenil: **www.cij.gob.mx**

REFERENCIAS

1. **Williams D.** *The health of men: structured inequalities and opportunities.* American Journal of Public Health; 2003; 93(5), May, 724-731.
2. **Romero M, Medina-Mora ME, Villatoro J, Durand A.** *Alcohol consumption in Mexican women: implications in a syncretic culture.* En: Obot I, Room R: Alcohol, Gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries. World Health Organization. Geneva; 2005.
3. **Obot I.** *Management of Substance Dependence. Screening and brief intervention.* World Health Organization. Geneva; 2003.
4. **Niemanis A.** *Gender mainstreaming in practice: a Handbook.* En: <http://www.genderit.org/index.shtml?w=r&x=90549>; 2001. Revisado el 10 de Junio, 2006
5. **Gender and Health Group.** *Guidelines for the analysis of gender and health.* Liverpool School of Tropical Medicine; 1998. <http://www.liv.ac.uk/lstm/hsr/GG-2html>, Mayo 2006.
6. **Wilsnack R, Wilsnack S, Obot I.** *Why study gender, alcohol and culture?* En: Alcohol, Gender and Drinking problems. Perspectives for low and middle income countries. World Health Organization. Geneva; 2005.
7. **Burín M, Moncarz E, Velásquez S.** *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.* Buenos Aires: Ed. Paidós; 1990.
8. **Romero M, Díaz A (2002)** *Ciclo vital femenino y abuso de sustancias psicoactivas.* En: Lara MA, Salgado de Snyder. *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas.* México: Ed. Pax; 2002.
9. **Medina-Mora ME.** *La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México.* En: Lara MA, Salgado de Snyder. *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas.* México: Ed. Pax; 2002.
10. **Dio Bleichmar.** *La depresión en la mujer.* España: Ed. Temas de Hoy. Colección vivir mejor; 1991: pp 99-100.
11. **Lagarde M (1990)** *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* México: Facultad de Filosofía. Universidad Nacional Autónoma de México; 1990.

12. **O'Neil J.** *Patterns of gender role conflict and strain: sexism and fear of femininity in men's lives.* The Personnel and guidance journal. December; 1981: 203-210.
13. **Del Moral y Lorenzo P.** *Conceptos fundamentales en drogodependencias.* En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación.* Ed. Panamericana; 1999.
14. **Medina-Mora ME.** *Los conceptos de uso, abuso y dependencia.* En: Tapia Conyer: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva.* México: Ed. El Manual Moderno. 2a edición; 2001: 21-44.
15. **Mercer D, Woddy G.** *Individual Drug Counseling. Therapy Manuals for Drug Addiction Series.* Rockville Maryland, USA: National Institute on Drug Abuse; 1999.
16. **Kopper, B, Epperson, D.** *Women and anger. Sex and sex role comparison in the expression of anger.* Psychology of Women quarterly; 1991: (15)7-14.
17. **Jack, D.C.** *Understanding women's anger: a description of relational patterns.* Health Care for Women International; 2001: (22)385-400.
18. **Archer, J., Haigh, A.** *Beliefs about aggression among male and female prisoners.* *Aggressive Behavior;* 1997: (23) 405-415.
19. **Efthim, P.W., Maureen, E.K, and James R.M.** *Gender role stress in relation to shame, guilt and externalization.* Journal of counseling & development; 2001: (79) 430-435.
20. **Sullivan E, Fleming M.** *A guide to substance abuse services for primary care clinicians.* Treatment Improvement Protocol (TIPS) Series 24. Ed. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, USA :Center for Substance Abuse Treatment; 1997.
21. **Brooks M.** *Appendix B- Legal and ethical issues.* En: Sullivan E, Fleming M. *A guide to substance abuse services for primary care clinicians.* Treatment Improvement Protocol (TIPS) Series 24. Ed. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. USA: Center for Substance Abuse Treatment. Rockville; 1997.
22. **Babor Th, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M (2001)** *AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol.* Pautas para su utilización en atención primaria. Ginebra: Ed. Organización Mundial de la Salud; 2001.

BIBLIOGRAFÍA

- **ARF.** *The hidden majority. A guidebook on alcohol and other drug issues for counselors who work with women.* Canada :Addiction Research Foundation; 1996.
- **Berenzon Sh, Medina-Mora ME.** *Servicios y recursos a la atención de la salud mental de la mujer.* En: Lara MA, Salgado de Snyder. *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas.* México; Ed. Pax ;2002.
- **DSM-IV** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV.* Ed. American Psychiatric Association; 2000.
- **Encuesta Nacional de Adicciones (2002), Capítulo de Drogas.** Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: INEGI; 2002.
- **McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP.** *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index.* Journal of Nervous and Mental Disorders; 1980, 168 (1):26-33.
- **Tangney, J.P., Wagner, P. Fletcher, C., Gramzow, R.** *Shame into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression.* Journal of personality and social psychology; 1992, (62) 4: 669-675.



www.generoysaludreproductiva.gob.mx