

Systemic intervention program for the prevention and reduction of addictions in adolescents

Alejandro Castro Ledesma^a, Raúl Medina Centeno^b

^aInstituto Tzapopan, Jalisco, México. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Zapopan (DIF Zapopan) (lic.alexcastro@gmail.com), ^bInstituto Tzapopan, Universidad de Guadalajara.

Historia editorial

Recibido: 14-07-2017

Primera revisión: 28-08-2017

Aceptado: 12-09-2017

Palabras clave

adolescentes, prevención,
adicciones, relaciones familiares,
conciencia

Resumen

Se presenta la propuesta *Intervención Sistémica para la Prevención y Disminución de Adicciones en Adolescentes* como resultado de evaluar el programa denominado: “Grupo de Prevención Indicada para Adolescentes en alto Riesgo de Consumo de Sustancias Adictivas”, el cual se implementó en el DIF Municipal de Zapopan, México, entre los años 2009 y 2014, con la participación de 117 adolescentes. Se sigue un método fenomenológico cualitativo, mediante una estrategia descriptiva observacional que, por medio de una entrevista semiestructurada da seguimiento a una muestra de treinta casos atendidos. Los resultados señalan como debilidades del programa el no involucrar a los familiares, no hubo seguimiento posterior a la culminación del grupo y que algunos adolescentes tuvieron experiencias negativas por consumir drogas. Las fortalezas: brinda un espacio de aceptación, conciencia sobre los efectos nocivos del consumo de drogas, desarrollo de factores de protección y mejora en las relaciones familiares. Con dichos resultados, el análisis de bibliografía actualizada sobre diversos programas, el modelo sistémico y la nueva adolescencia, se propone el programa de intervención sistémica, el cual establece una dinámica de participación activa entre entrenador, familia y adolescente en riesgo de consumir drogas analizando la estructura y lazos familiares. Se parte de la hipótesis de que al actualizar el programa se fortalece la efectividad en la prevención y la reducción de adicciones en adolescentes de contextos precarios. Pudiendo constituir este programa una política de salud prioritaria mediante los sistemas DIF Municipales u otras instancias que hacen prevención de adicciones.

Keywords

adolescents, prevention, addictions, family relationships, conscience.

This paper presents the proposal *Systemic Intervention for the Prevention and Decrease of Addictions in Adolescents* as a result of evaluating the program called: "Indicated Prevention Group for Adolescents at High Risk of Consumption of Addictive Substances. The program was implemented in the Municipal DIF Zapopan, Mexico between 2009 and 2014, with the participation of 117 adolescents. The method used was a qualitative phenomenological method through a descriptive observational strategy that, through a semi-structured interview with a sample of thirty cases attended. The results indicate that the program's weaknesses were: not to involve the family, there was no follow-up after the completion of the group and some adolescents had negative experiences using drugs. Its strengths were: it provided a space for acceptance, awareness of the harmful effects of drug use, development of protective factors and improvement in family relationships. The outcome of these results, along with the analysis of up-to-date literature on various programs, the systemic model and the new adolescence, is the proposal of the systemic intervention program, which establishes a dynamic of active participation amongst the trainer, the family and the adolescent at risk of using drugs by analyzing the structure and family ties. The hypothesis is that by updating the program, the effectiveness in prevention and reduction of addictions in adolescents from precarious contexts would be strengthened. This program could be established as a preferential health policy implemented through the municipal DIF systems or similar instances that prevent addiction.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta a la población desde temprana edad, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en 2012 entre 162 y 324 millones de personas consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita (ONU, 2014). En el caso de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que anualmente 1.7 millones de hombres y 400 000 mujeres son afectados por trastornos derivados del uso de drogas, esto sin tomar en cuenta las afectaciones por sustancias como alcohol y tabaco (OPS, 2009). Esta organización hace referencia al consumo de drogas entre estudiantes, reconociendo la actividad escolar como un factor de protección ante el consumo.

En el caso específico de México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) reporta que el 1.8% de la población entre 12 a 65 años consumió algún tipo de droga en el último año. Lo que representa un incremento no significativo de .2% respecto a la encuesta realizada en 2008. La marihuana es la droga de mayor consumo, 1.2% de la población general y presenta un incremento significativo en hombres de .5%, es considerada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA), como droga de inicio, antecedida solo por el alcohol (SISVEA, 2011).

Ante esta situación se desarrollan modelos que buscan prevenir el consumo en la población adolescente, la ENA (2011) hace referencia a la necesidad de desarrollar modelos preventivos fuera de la escuela.

Villatoro et al. (2012a), hacen hincapié en que el 80% de los consumidores analizados en la ENA son experimentales, la encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes (ENCODE, 2014) indica el 70%, es decir, estos consumidores experimentales no han desarrollado adicción

pero corren el riesgo de hacerlo. Ante tal panorama, entre los años 2009 y 2014, se implementa la estrategia “grupo de prevención indicada para adolescentes en alto riesgo de consumo de sustancias adictivas”, la cual recibe a 117 jóvenes, tanto hombres como mujeres entre los 10 y los 19¹ años de edad, todos con domicilio en el municipio de Zapopan, México.

Las características de los menores son variadas: algunos tienen actividad escolar, otros no, hay quienes trabajan e incluso quien no tiene actividad alguna. En algunos casos hay consumo experimental de una o más sustancias o tienen familiares consumidores. Del total, 80 son varones y 37 mujeres, 68 y 32 por ciento respectivamente. En cuanto a las edades de los participantes el 52% oscila entre los trece y catorce años de edad.

La investigación da testimonio del trabajo realizado dentro de una institución de asistencia social, además evalúa y sistematiza la estrategia para mejorar su eficacia, se considera pertinente, ya que este tipo de estudios no se realizan en la asistencia pública (Fernández, 2001).

Las hipótesis a confirmar son:

El grupo de prevención indicada genera el desarrollo de factores de protección individuales ante el consumo de drogas en los adolescentes y logra evitar que se desarrolle adicción, en un 85% de los participantes.

El adolescente logra cambios positivos en sus relaciones familiares como: comunicación abierta, buena relación con padres y hermanos, aprecio, reconocimiento, comparten intereses y tiempo libre.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL GRUPO DE PREVENCIÓN INDICADA PARA ADOLESCENTES EN ALTO RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Desde la perspectiva de la prevención indicada se interviene para evitar el consumo, frenar el consumo experimental y evitar el desarrollo de adicciones en adolescentes.

CAPTACIÓN

Al DIF Municipal de Zapopan, llegan familias a solicitar servicios por motivos diversos, cuando el problema es consumo de drogas se realiza una valoración para conocer si es pertinente integrar al menor al grupo. La valoración pone especial atención en los hábitos de consumo y el análisis de factores de riesgo se realiza por algún psicólogo quien determina si el adolescente es candidato a grupo.

Por lo general, los chicos no van voluntariamente, son enviados por algún adulto que identifica algún rasgo de su conducta como problema. Si se rehúsan a participar en el grupo se da la opción de la consulta individual o familiar.

En la figura 1 se aprecia de forma gráfica el proceso mediante el cual un adolescente se integra a grupo.

APEGO AL GRUPO Y RED DE APOYO

No siempre hay buen apego, el 12% solo asiste a una sesión, el 73%² se mantiene. La deserción es vista como un fenómeno normal; el adolescente solo está un par de horas a la semana en grupo, el resto de su tiempo con amigos, problemas familiares, en ocasiones ni la familia ni el individuo se involucran.

Se percibe que hay mayor apego a la intervención cuando la familia se involucra en el proceso de forma paralela a sus hijos, asisten a terapia individual, de pareja, grupal o acompañan al adolescente, están pendientes de las sesiones; si son intermitentes algunos chicos dicen: “para qué cambio si la cosas continuarán igual”.

1 Solo hubo un caso de 10 y uno de 11 años de edad, estos menores asistieron a un par de sesiones cuando recién iniciaba el grupo y no convivieron con participantes mayores de edad.

2 Asistieron al menos a tres sesiones

El grupo es considerado una red de apoyo importante para los participantes ya que desde agosto de 2009 hasta finales de 2014 mantuvo un número indefinido de sesiones, teniendo además un porcentaje de 49.5 % de asistentes que culminaron el proceso.

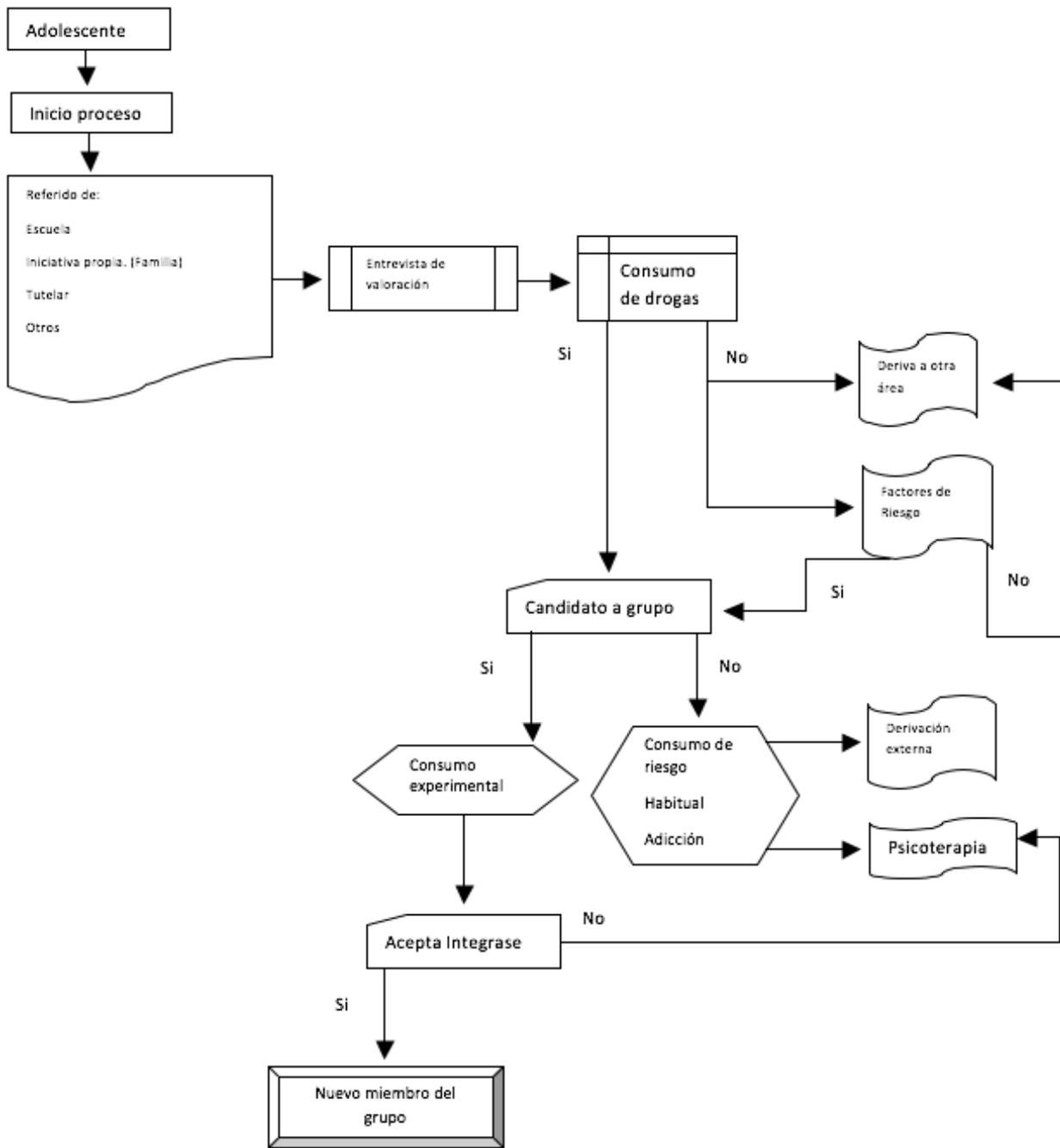


Figura 1. Diagrama de flujo (Fuente elaboración propia).

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Se permite a los jóvenes expresarse, hay rasgos de grupo de ayuda mutua, terapéutico y psicoeducativo. Las reuniones son de 120 minutos, con la siguiente metodología:

PRESENTACIÓN

Consiste en decir nombre, edad, a qué se dedica, música que le gusta y si practica algún deporte; la intención es conocerlos un poco, muchos son enviados por profesionistas distintos a quien atiende el grupo.

El terapeuta al presentarse dice: “tengo 17 o 18”; los jóvenes hacen bromas al respecto. Con esta forma de posicionarse se busca fortalecer el vínculo con los participantes.

Se exponen temas que brindan información técnica y generan preguntas, ellos mismos las contestan guiados por el terapeuta. Hay momentos en que se manejan situaciones no previstas, los adolescentes se desahogan de un conflicto familiar, una pérdida, dificultades en la escuela, etc. El terapeuta entra en acción como un experto en la dirección del grupo, fomenta la reflexión y promueve la integración de la vivencia tanto a quien narra como a quienes la experimentan a través del relato.

Como parte del fomento de estilos de vida saludables, la parte final de la sesión se dedica a la actividad física, de 30 a 40 minutos un partido de fútbol, basquetbol o juegos de mesa.

FIN DEL PROCESO

El fin del proceso se da por diversos motivos: vuelven a la escuela, consiguen empleo o se considera que han avanzado lo suficiente para continuar solos.

No hay elementos teóricos que respalden la estrategia, la evaluación se considera pertinente para conocer el impacto de la intervención, además de aprovechar la experiencia empírica para integrar conceptos teórico-técnicos que permitan ser sistemáticos.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

LAS FAMILIAS

Engels (2011), en su libro *El origen de la familia*, indica que desde las sociedades más primitivas se conforman grupos de convivencia que dan origen a lo que hoy se conoce como familia. La familia monogámica descrita en su libro es un esbozo de los usos y costumbres que hoy se ven en la sociedad, en donde la característica principal es, además de las normas de convivencia, la posibilidad de los hijos de heredar al padre. Para fines de este estudio la herencia también incluye la adopción de costumbres, creencias, formas de convivencia, valores, etc., los cuales se vuelven esenciales en la armonía familiar.

Tradicionalmente se percibe como familia a un hombre, una mujer, los hijos de éstos y en alguna época, incluso los sirvientes que viven bajo las mismas normas (Medina, 2004, 2012). Para Barudy (1998), la familia es un conjunto de personas que interactúan, no hace distinción de lazos sanguíneos, identidad sexual, roles en específico, etc. En el contexto de los adolescentes es común escuchar que llegan a llamar hermano, pariente, primo, etc., a personas con quien no comparten un lazo sanguíneo pero sí un fuerte lazo de amistad.

Los problemas sobrevienen cuando las familias tienen complicaciones para adaptarse a los cambios (Barudy, 1998; Haley, 2003), se propician conductas destructivas para uno o varios de sus miembros, se acota que aunque el tema central es el adolescente, los adultos también sufren del conflicto que se desarrolla cuando la transición del ciclo vital resulta dolorosa.

ADOLESCENCIA

Se considera una etapa delicada (Campanini y Luppi, 1991) de tránsito evolutivo, (Musitu, Martínez y Varela, 2011). En muchos casos se trata al adolescente como niño o como adulto, en el primer caso el adolescente se vive como poco respetado, en el segundo carente de herramientas, ya que no se le han asignado responsabilidades durante la infancia.

Otro aspecto a resaltar es que en esta etapa la vida social es más amplia, la influencia del grupo de iguales sobre la identidad y la conducta es aún mayor que la de los padres (Laso, 2012), el grupo de pares cobra poder al desarrollar sus propios valores sobre el consumo de sustancias, formas de vestir, estilos de vida e incluso proyecto de vida (Minuchin y Fishman, 1996; López, et. al, 2011).

En la actualidad los adolescentes tienen un acceso muy distinto a la información, mediante las redes sociales virtuales constatan lo complejo que es el mundo, muchos se emancipan tardíamente

122 debido a factores como la extensión de la educación, falta de oportunidades para obtener un empleo cuya remuneración permita independizarse, extienden su permanencia y dependencia al hogar más allá de los 30 años (Medina, 2012).

¿POR QUÉ INTERVENIR EN LA ADOLESCENCIA?

Es una etapa primordial al momento de hacer prevención (Laso, 2012), es el ciclo vital donde se puede evitar el desarrollo de adicciones, violencia, entre otros conflictos sociales, ya que en ocasiones para integrarse con el grupo de pares se imitan conductas, es complicado expresar sentimientos, necesidades, etc., incluso entre iguales, descubriendo a veces es más “sencillo” mediante el consumo de alguna sustancia (Lucio, et. al., 2012).

Existen diferentes formas de definir adicción: se presenta la desarrollada por Jorge A. de Vega (2011), quien refiere que la adicción supone un beneficio a corto y un perjuicio a medio-largo plazo; en el consumo experimental de sustancias este “beneficio” a corto plazo resulta el principal factor de riesgo para el desarrollo de adicción.

Los factores de riesgo y protección son básicamente las cosas que acercan o alejan a los adolescentes del consumo de sustancias. Los de riesgo más frecuentes son: el fácil acceso a las sustancias, falta de supervisión de los padres, consumo de algún familiar o de personas cercanas en el grupo de iguales, trabajo a edad temprana, desapego escolar, violencia intrafamiliar, pobre manejo de emociones, entre otros. (Lucio et. al., 2012; Solis-Torres, et. al., 2012; Villatoro, et al., 2012b).

Diversos estudios relacionados al consumo de drogas legales e ilegales realizados en México (Medina-Mora et. al., 2015; Bustos et. al., 2015), indican la importancia de desarrollar modelos de intervención con adolescentes que integren diferentes aspectos del transitar la adolescencia, que no se especialicen solo en brindar información, contención o identidad, sino que integren en un mismo espacio estas características, buscando que el adolescente desarrolle recursos propios ante una realidad plagada de factores de riesgo.

Los factores de protección se encuentran en diferentes rubros de la vida de las personas: una percepción negativa sobre el uso de drogas, entornos escolares protectores y una relación familiar nutricia brindan al adolescente herramientas para enfrentar los riesgos (Becoña, 2002).

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO

La terapia familiar históricamente no se inclina por el diagnóstico que encuadre la conducta de la forma biologicista tradicionalmente usada por la psiquiatría, sin embargo, no deja de lado la existencia de sufrimiento como factor de desequilibrio psicológico (Linares y Soriano, 2013).

En la prevención con adolescentes se interviene porque algo “está mal” con ellos, los adultos buscan que estas conductas sean reparadas, de usar el diagnóstico tradicional se atendería la queja del adulto y se podría atención al “déficit” del adolescente.

Sin embargo, se usa un diagnóstico relacional, sistémico, la conducta como metáfora que guíe la intervención (Linares, 1996); se observa el rol parental y conyugal en contraste a los problemas que se reportan, Minuchin y Fishman hacen un esbozo de esto al describir “familias descontroladas” (1996:71) en las que los padres tienen problemas para ser respetuosos de las necesidades de los adolescentes lo que deriva en el desequilibrio psicológico ya mencionado, pero no solo para el adolescente sino también para el adulto.

Linares (1996, 2013) incluye en su diagnóstico sistémico un tercer elemento, la nutrición relacional, en el caso que aquí se estudia, al existir una pobre nutrición relacional se fomenta el desarrollo de consumo de drogas, ya que al ser valorado, querido, aceptado por la familia, el adolescente busca esta nutrición en otros espacios, principalmente en donde interactúan con pares.

Dejar de ver solo la conducta del adolescente como el problema no es fácil, el diagnóstico sistémico permite cambiar la queja que exige de responsabilidad a otros subsistemas, como escuela o familia a formas colaborativas que abonen al trabajo preventivo (Villegas, 1996).

Se trata de un estudio cualitativo, el cual sigue un diseño descriptivo del grupo de prevención indicada, por su alcance es exploratorio al dar seguimiento a los adolescentes que participaron en la intervención para confirmar el desarrollo de factores de protección y el cambio en las relaciones familiares. (Ato, M., López, J., y Benavente, A, 2013).

ÁMBITO DE ESTUDIO

Se realizan llamadas telefónicas, así como visitas domiciliarias para la localización de los participantes. Algunas de las entrevistas son grabadas en las instalaciones del DIF Zapopan y otras en los domicilios particulares de los entrevistados.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La evaluación se realiza con ex participantes del grupo de prevención indicada y sus familiares.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Al localizar a la familia se informa las características del estudio y se invita a participar.
2. Firma de consentimiento informado por parte del familiar y del exparticipante, especificando que la participación es voluntaria y confidencial.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Negativa a participar y/o firmar el consentimiento.
2. Presentarse a la entrevista bajo el influjo de alguna sustancia.

CRITERIOS DE RETIRADA

1. Por deseo expreso de los entrevistados a no continuar en el estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se lleva a cabo con la autorización escrita de la dirección de programas del sistema DIF Zapopan, se especifica en el consentimiento la confidencialidad de datos personales así como las respuestas brindadas en la entrevista.

Se respeta estrictamente la voluntad de aquellos que se nieguen a participar.

Cualquier sujeto que derivado de la entrevista se considere con un riesgo psicosocial importante, como el desarrollo de adicción, depresión, ideación suicida, etc., se remite a atención especializada. De igual forma, en caso de que la familia y/o el adolescente soliciten apoyo en la atención de alguna situación no contemplada en el estudio

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

De los 117 casos atendidos se localiza y se cita para entrevista a 30, por tal el número de participantes se decide en base a este motivo. De las 30 entrevistas 6 fueron casos de mujeres que participaron en la intervención y 24 de varones.

En el caso de 5 varones y 3 mujeres solo es posible entrevistar al familiar, debido a que el adolescente no se presentó a la entrevista y/o no estaba dentro de la ciudad.

PROCEDIMIENTOS

Se aplica el formato de entrevista semiestructurada, se registra mediante la grabadora de audio de un equipo celular, se aplican por separado, ya sea comenzando por el adolescente o por su familiar; en las entrevistas se hacen preguntas referentes al tiempo en que los adolescentes participan en

124 el grupo, la percepción que tienen de la intervención y el desarrollo de factores de protección, así como cambios en sus relaciones familiares.

5. RESULTADOS

De los veintidós jóvenes entrevistados, diecisiete percibe cambios en sus relaciones familiares después del grupo, entre los que cuentan aceptación de parte de sus familias, mayor confianza, apoyo y una comunicación abierta:

“mejoró la relación fui recuperando la confianza”
“mi mamá comenzó a apoyarme económicamente de nuevo”
“se sintieron orgullosos de que fuera perseverante”

De los 30 familiares entrevistados todos perciben cambios en las relaciones, en tres casos se reporta que el cambió duro mientras el adolescente participa en la intervención para luego volver a tener conflictos. Relatan cambios en los adolescentes en relación a: mayor comunicación, mejora general en la relación, más participativos, integrados, tolerantes y un desarrollo de confianza hacia sus familiares:

“Participa más en convivencias, sus hermanos lo integran más, su actitud fue de mayor apertura.”
“mejoró la relación, estaba más accesible cooperaba en casa”
“tenía más apertura a expresarse, a convivir”

En lo que respecta a los cambios hechos por familiares derivados de cambios en los adolescentes se cuenta: aceptación, escucha activa, evitan juzgarlos, valorados, límites claros, mayor atención, sobre todo una disminución en la agresividad de los adultos hacia los jóvenes:

“Los cambios de él generaron que yo tuviera más comunicación, podíamos platicar de otras cosas, temas que antes pensaba que no entendía”
“...dejé de gritarle, aprendimos a tratarnos”
“Yo me relacionaba más con él, me di cuenta de que no todo era a gritos”

Se encuentra que veintiún jóvenes desarrollan factores de protección a partir de la asistencia al grupo, como: práctica de actividades deportivas, estudio y trabajo fijo. En un solo caso se reconoce que la aceptación del consumo como problema se da por la experiencia del adolescente al vivir la adicción, más que por su participación en el grupo.

En cuanto a los familiares, todos reconocen factores de protección en los adolescentes, los cuales van desde hacer deporte hasta estudiar, aún en casos en que los jóvenes consumen, los familiares reportan que atienden responsabilidades de trabajo y/o escuela, además de ser apegados a la familia.

Tres de los jóvenes entrevistados no manejan los factores de riesgo presentes en su entorno, principalmente convivir con amigos consumidores. Los diecinueve restantes libran los factores de riesgo apeándose a actividades positivas ya mencionadas.

En los familiares la opinión se divide, quince manifiesta que los factores de riesgo son bien manejados, mientras que trece piensa que hay riesgos importantes para que se desarrollen problemas, en dos casos la respuesta fue ambigua, ya que no está claro si la conducta es de riesgo o hay consumo.

Los familiares perciben factores de riesgo son latentes por el fácil acceso a las sustancias, aceptan que en veinticuatro de los casos hay conciencia de que las drogas son dañinas, solo seis casos manifiestan que el adolescente no tiene una idea negativa sobre el consumo de drogas.

La mayoría de intervenciones son realizadas en entornos escolares, desde psicoeducación y prevención universal, Becoña, (2002) y Castaño, (2006) sugieren que las intervenciones se realicen fuera de los contextos escolares así como la importancia de sustentarlas en bases científicas. Al plantear como postura inicial del terapeuta la de ser un par y permitir al adolescente expresarse se aprovecha que en la adolescencia hay un mayor apego al grupo de iguales (Minuchin y Fishman, 1996), así como mayor influencia de éstos sobre la identidad (Laso, 2012), a la vez, se modela que es posible hablar con adultos.

En el transcurso de las sesiones el terapeuta orienta, guía el proceso, contrasta acciones y posibles consecuencias que el adolescente vive en relación a las decisiones que toma, esto desde su propia visión, lo que permite se ponga en el lugar de sus pares y en el de los familiares de ellos, teniendo una resonancia personal, activando su conciencia en torno a las repercusiones del consumo de drogas entre otros temas que se abordan en la intervención.

Según los axiomas de la comunicación propuestos por la escuela de Palo Alto (Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D., 2006), es imposible no comunicar, por lo que la modificación de pautas negativas en el estilo de hacerlo hace posible el acercamiento entre adolescentes y adultos. La interacción genera emociones, adultos y adolescentes experimentan el conflicto comunicacional de forma similar, ambas partes se frustran al no sentirse escuchados, valorados o comprendidos.

Al ser una relación significativa la de padres/hijos la emoción se vive de forma más intensa (Anderson y Goolishian, 1996; Laso, 2014), esta intensidad es un factor para perpetuar el conflicto, pero también para resolverlo, ya que esta relación da pie a nuevas estructuras, el adolescente cambia, al igual que el adulto desarrolla sus determinantes, entra en la paradoja de la autonomía y la identidad al hacerse responsable de sí (Levinas y Duque, 1993).

Mediante este proceso evolutivo los jóvenes encuentran sentido a las acciones de sus familiares, esto sólo es una parte del trabajo preventivo, al promover interacción positiva existe cooperación, guía y apoyo mutuo lo que motiva que el estadio llamado adolescencia se transite de forma equilibrada.

El análisis individual de cada caso permite conocer que el reto de los programas de prevención indicada consiste en encontrar un equilibrio entre lo que busca el adolescente y lo que espera el adulto.

Algunos jóvenes tienen experiencias negativas relacionadas al consumo después del grupo, éstas se manifiestan en la curiosidad no en el conflicto, en la toma de decisiones, lo que puede resultar riesgoso, se resalta disminución del daño en aquellos que consumían drogas duras, como cocaína o inhalables, mientras que los que se mantienen en el consumo de marihuana lo hacen, al parecer, sin consecuencias de gravedad.

La intervención al ir más allá de la psicoeducación permite contrastar ideas, es innegable que los participantes pertenecen e interactúan en comunidades más amplias, en donde es un reto rechazar a otros pares significativos, en esto último es donde involucrar al adulto se vuelve un gran reto, ya que si un grupo en donde se escucha al Otro y se promueve la convivencia se distingue de la masa anónima de la sociedad (Sluzki, 1996) si eso mismo se logra en la familia, en los adultos, es sin duda mucho más potente como factor de protección que cualquier intervención.

7. CONCLUSIONES

Se demuestra que la mayoría de los adolescentes entrevistados desarrollan factores de protección que les alejan del consumo, los familiares corroboran que los jóvenes tienen una percepción negativa sobre las drogas, hay conciencia del daño que éstas producen, lo anterior se observa en las siguientes áreas:

Relaciones familiares: Todos los padres y la mayoría de los adolescentes perciben cambios en la interacción: mayor confianza y mejora la pauta de comunicación.

Consumo de drogas: Solo en tres casos hay consumo de marihuana, en uno de ellos se disminuye el daño al dejar los inhalables, los que consumen sustancias legales lo hacen de forma esporádica, sin llegar al exceso ni consecuencias negativas serias.

Percepción hacia el facilitador: Se rescata que algunos adolescentes perciben una relación horizontal con quien imparte el grupo; aquellos que describen una relación vertical no refieren tener problema con la forma en que se lleva el grupo, el vínculo que se crea permite que estén abiertos a escuchar siendo escuchados motivando la reflexión.

Percepción hacia la intervención: Todos los entrevistados tienen una opinión positiva hacia la intervención, es un espacio donde pueden compartir en confianza, encuentran apoyo, desahogan inquietudes, los familiares confirman que los adolescentes van de forma voluntaria, además de notarles motivados, aceptados, confiados y queridos.

Desarrollo de factores de protección y manejo de factores de riesgo: Se confirma que los jóvenes, en su mayoría desarrolla factores de protección, tienen una actividad escolar, laboral o deportiva, incluso en los casos en donde se consumen sustancias legales y en dos de los que consumen marihuana, los familiares reportan que atienden responsabilidades de estudio y/o trabajo, por lo que el consumo no se presenta como un problema.

Empoderamiento: Al ser una intervención en la que la cantidad de participantes es menos numerosa a las que se realizan dentro de entornos escolares, se establecen vínculos más cercanos con los participantes; este trabajo sienta bases que demuestran que conocer de forma más precisa los casos se desarrollan intervenciones efectivas, los adolescentes pueden encontrar soluciones propias a los problemas que día a día les aquejan.

Ampliación de la conciencia: Conocen las motivaciones de sus familiares en un ambiente en donde no se les juzga por estar en desacuerdo, exploran la estructura de su familia y las de sus compañeros, al igual que otros entornos en donde participan: círculos de amistad, pandillas, escuela, trabajo, esto permite – mediante el trabajo narrativo de escuchar, deconstruir las ideas y conceptos – que se valore la opinión de los adolescentes, se reconstruyen significados sobre las intervenciones de los adultos, lo que se considera una ampliación de conciencia (Medina, 2012) en los adolescentes acerca del rumbo que desean lleve su vida.

Lo anterior comprueba la hipótesis de que mediante esta estrategia se logran cambios positivos en las relaciones familiares, traducidos en comunicación más abierta, aceptación del adolescente por parte de los familiares, apego a la familia, se modelan estilos de vida positivos, mediante el deporte y se comparten experiencias significativas.

Es importante mencionar que hay evidencia de que algunos de los adolescentes, tienen consecuencias negativas por consumo de sustancias después de participar en el grupo, además de que hay dos que se mantienen activos en el consumo de marihuana, lo anterior más allá de ser una evidencia desalentadora presenta retos en cuanto al seguimiento de los casos.

8. PROPUESTA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SISTÉMICA PARA LA PREVENCIÓN Y DISMINUCIÓN DE ADICCIONES EN ADOLESCENTES

En base a los descubrimientos realizados en la evaluación del grupo de prevención indicada se realiza una propuesta para implementar una intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes. Las áreas fuertes se sustentan con elementos de la teoría sistémica y los aportes de la propuesta narrativa, además de que se atienden las debilidades que arroja la evaluación.

En este protocolo se hace hincapié en aspectos importantes de la puesta en práctica de la intervención como: captación de casos, análisis individual del caso, desarrollo de las sesiones, segui-

miento al adolescente y su familia.

La intervención es aplicable en instituciones públicas y privadas que cuenten con el personal capacitado para su aplicación.

PRINCIPIOS QUE HABRÁN DE ESTAR PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN

- Adecuada información: informar al adolescente así como a sus padres de los alcances y limitaciones de la intervención, en caso de ser necesario brindar opciones distintas para la atención de la problemática presentada.
- Confidencialidad: La información proporcionada durante la evaluación del caso, el desarrollo del programa y el seguimiento no debe ser compartida con ninguna persona ajena al mismo, se puede solicitar la anuencia por parte de los involucrados en caso de desarrollar investigación-acción.

CAPTACIÓN DE CASOS

Se realiza una entrevista a profundidad tanto con padres como con el adolescente, en que se evalúan los factores de riesgo presentes en el área:

- Escolar: Bajo rendimiento, conflicto con profesores, ausentismo.
- Familiar: Consumo de algún familiar cercano, poca supervisión, dificultades para afrontar la etapa de ciclo vital, separación de los padres, pérdida de algún familiar cercano.
- Comunitaria: Pandillerismo, espacios públicos deteriorados, fácil acceso a sustancias, inseguridad.
- Individuales: Mal uso del tiempo libre, baja percepción de riesgo ante el consumo, uso experimental de sustancias legales y/o ilegales, autolesiones.

Posterior a la valoración de factores de riesgo, se invita a participar en la intervención, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión, exclusión y retirada:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Edad: Se pueden integrar adolescentes entre 12 y 17 años.
- Voluntariedad: En caso de que el adolescente sea candidato a participar de la intervención, ésta debe ser voluntaria. Se respeta el ritmo de la familia y del adolescente evitando presionar la participación en la intervención, siempre es posible integrar otras alternativas.
- Confidencialidad: Firma de un consentimiento informado, en donde se explique el objetivo del así como el uso de los instrumentos de evaluación.
- Compromiso: Los familiares deben participar en actividades paralelas a la intervención con los adolescentes, en grupos para padres, orientación o psicoterapia familiar, ya que según los resultados y el pensamiento sistémico, el individuo no es el problema, sino que se percibe (el problema) como un síntoma de algo que pasa en la familia, en la relación. (Hoffman, 1981; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que al momento de evaluar el adolescente presente un consumo crónico de sustancias legales o ilegales.

CRITERIOS DE RETIRADA

- Compromiso. Ausentismo del adolescente y/o su familia en el proceso.
- En caso de que el adolescente se presente al grupo intoxicado, evaluar si es pertinente buscar otra alternativa de atención.
- Voluntariedad. Que en algún momento del proceso el adolescente o su familia decida abandonar la intervención.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN. METODOLOGÍA. ESTRUCTURA

Cada caso individual debe de tener un objetivo particular, éste se establece en la entrevista a profundidad, alcanzarlo marca el término de la participación del adolescente y su familia; no se busca completar un programa y/o entrenamiento, sino que la familia active elementos que les permitan alcanzar las metas establecidas.

Es posible integrar en cualquier momento a un nuevo adolescente, de la misma forma algún participante puede culminar su participación al alcanzar sus objetivos.

Debe desarrollarse en grupos de máximo 10 participantes; en las entrevistas los jóvenes mencionan que se les escucha y a la vez conocen la situación de Otros, en grupos muy extensos la atención se pierde.

Buscar un espacio bien iluminado y ventilado, cómodo para todos los participantes.

La duración de las sesiones no debe exceder 120 minutos. Si el espacio lo permite realizar una actividad lúdico-física. Si no es así recurrir a dinámicas de integración.

PRESENTACIÓN

Desde la presentación, el facilitador busca aliarse con los jóvenes, debe encontrar una edad dentro del rango de la adolescencia desde la cual trabajar. Todos, incluido él, se presentan de la misma forma: dicen nombre, edad, gustos musicales, deportivos y a qué se dedica, en esta última el facilitador puede hablar sobre su quehacer profesional, esto ayuda a que los chicos sepan quién será su guía en el proceso.

Si se hacen preguntas sobre la presentación del facilitador, éste debe responder, si hay algún comentario que le desagrade, estar abierto a expresarlo, esto equilibra la relación, ya que desde aquí se busca generar un vínculo que permita ampliar la conciencia; al hablar todos de sí mismos sin ser juzgados se abre un proceso autorreferencial (Ausloos, 1998) y se sigue la premisa de que la intervención construye significados mediante el diálogo abierto.

El facilitador pone un límite a lo que comparte, centra la atención en las vivencias de los jóvenes, ya que es un espacio donde deben de ser escuchados activamente, siendo así reconocidos, valorados, queridos, nutridos emocionalmente (Linares, 1996).

SESIONES

La intervención es un “híbrido” (Gracia, 2011:157), tiene características de grupos psicoeducativos, terapéuticos y de autoayuda, la diferencia primordial con los grupos de apoyo referidos por el mismo Gracia, es que los grupos de apoyo no contemplan las características del grupo terapéutico.

Es de *autoayuda* cuando se adopta el rol de par, horizontalmente (Montaño, 2004) se escucha, se fomenta el diálogo circulando la conversación de manera neutral (Selvini, et.al, 1980). En una retroalimentación alternativa se acompaña al adolescente en la transición de tomar decisiones (Keeney, 1991), invocándolo como actor de su propia realidad (Medina, 2012; 2014), se le asiste en su propia construcción, a la vez que se hurga y arroja cosas en su interior (Keeney, 1991), es el adolescente quien determina si le sirven o no, reflexiona sobre su actuar sin ser juzgado expandiendo su conciencia (Medina, 2012); culpar a sus padres de sus decisiones ya no es posible, no vale decir *yo no sabía*, construye sus propios conceptos según el proyecto de su propia razón (Glaserfeld, 1994).

La exposición de temáticas a manera de grupo *psicoeducativo* brinda información técnica, genera curiosidad, reflexión en el contraste de ideas sustraídas de su realidad, del amigo del amigo, ideas que en ocasiones generan confusión. La propuesta es hacer una escucha amistosa (Whitaker, 1992), el reto para el facilitador es compartir los aprendizajes adquiridos a lo largo de los años, en sus vivencias como adolescente y en su formación como profesionista; busca tener lo que Anderson (1997:113) llama: “factores distintivos”, una forma en común de hablar de algo, y esto para que funcione ha de ser genuino.

El grupo *terapéutico* se da cuando los adolescentes necesitan contención e integración de sus vivencias. Si la cohesión del grupo es adecuada, el respeto y la atención a lo que se comparte se centra en el relato. El terapeuta entra en acción como experto en la dirección del grupo, fomenta la reflexión de la situación, brinda contención y ayuda a integrar la vivencia tanto a quien la narra como a quienes la experimentan a través de la escucha. Así surge la unidad en el grupo de pares, la identidad, cada uno está en contacto con el Otro, (Barnes, 1954, citado por Linares, 2014) de una forma cuidada, guiada por el terapeuta, en una co-construcción de la realidad “desde dentro” (Fernández, 2014), al compartir sentimientos se abre la posibilidad de que tanto terapeuta como adolescentes se acerquen al espíritu humano (Damaso, 1996).

ENTRENADOR

Quien facilita el grupo es un entrenador de habilidades, acompaña al adolescente a descubrir sus motivaciones internas, en la ampliación de la conciencia, la toma de decisiones, orienta cuando hay dudas, fomenta la reflexión y la integración de las vivencias, más como un par con conocimientos que como un “experto y entrenador supervisor” (Gracia, 2011:156).

Se maneja en la postura horizontal ya descrita, atiende los tiempos del adolescente, permite que se expresen libremente en un clima de respeto; hay momentos en los que debe diferenciarse como alguien con mayor experiencia, la cual esta puesta para que el adolescente protagonice su realidad y no para aleccionar.

Siguiendo a Safran y Muran (2005) el vínculo desde esta perspectiva horizontal con los integrantes del grupo tiene un papel importante en el desarrollo de las temáticas, fomenta la expresión de opiniones, por lo que es un punto a cuidar en las sesiones.

DEPORTE

Las actividades lúdico-físicas tienen la finalidad de mostrar habilidades que en las conversaciones no es posible observar como: la constancia, el liderazgo, la comunicación, tolerancia, espíritu de lucha, etc., estas habilidades establecen distinciones (Tomm, 1996) que se ponen siempre en positivo como parte del autoconocimiento.

ACOMPAÑAMIENTO

Durante el tiempo que el adolescente y su familia participan de la intervención, se acompaña en el alcance de las metas; se motiva al adolescente y a su familia a decidir qué cosas quieren poner en marcha, se fomenta el apego escolar, deporte, actividades artísticas, recreativas desde el autococonocimiento, expresan opiniones y desarrollan una postura crítica. Lo que permite que la familia transite esta etapa tradicionalmente de rebeldía en negativo, en una revolución que da pie a la evolución.

FAMILIA Y TOLERANCIA A LAS RECAÍDAS

Un punto importante en la relación entre adolescentes y adultos es lo que esperan uno del otro. El adulto espera sentido común, madurez, responsabilidad, mientras que el adolescente demanda comprensión, confianza, autonomía, porque es tan complicado; si la autonomía requiere responsabilidad, la confianza, madurez y la comprensión, la activación del sentido común.

Es complicado porque lo que espera uno del otro aún no es visto, el adolescente no comprende el accionar de sus padres, los adultos dicen: “soy responsable de ti”, actúan bajo sus propios determinantes y finalidades (Morin, 1994) desarrollados en sus propias vivencias infanto-juveniles con otros adultos significativos, no se modifica la interacción padre-hijo a algo más incluyente y reconocedor, padre-adolescente/joven adulto (Minuchin, 2001) piensan “por” el adolescente antes que “con” el adolescente.

Esta postura “con” es menos amenazante a la individualidad y a la construcción de la identidad del adolescente y es una de las bases centrales de la intervención sistémica. Siendo vital para la to-

130 lerancia a una recaída en las pautas relacionales, ya que fomenta la “divergencia y mitiga la rigidez” en la estructura de las familias (Linares, 1996:61), evita percepciones estereotipadas (Minuchin y Fishman, 1996), tanto de adultos como de adolescentes, lo que les permite una mejor maniobrabilidad para atender los conflictos.

Familia: como se dijo antes los familiares significativos son un factor de protección potente, por ello involucrarlos es vital para la prevención de las recaídas.

El papel de la familia durante la adolescencia es un tema en el que aseverar recomendaciones es complicado, cada individuo se desarrolla en forma distinta, está en contacto con diferentes ambientes, personas, situaciones, que a su vez están influenciadas por diversos contextos y vivencias.

Se propone acompañar de manera similar a lo descrito en las sesiones de adolescentes a los adultos, que descubran estrategias funcionales con los adolescentes. En las familias no solo los padres sino también otras personas forman parte de la red de apoyo del joven, se convierten en un recurso sustantivo para restaurar la confianza en el joven mediante el reconocimiento y la mutua nutrición relacional.

La intervención con los familiares es posible hacerla en grupos psicoeducativos, terapia familiar, individual y/o de ayuda mutua.

CIERRE. TRABAJO INDIVIDUAL CON ADOLESCENTES: AMPLIANDO LA CONCIENCIA

El objetivo final que busca el programa es que el adolescente pueda transitar hacia la adultez; que sea capaz de verse a sí mismo al ver a Otros; que identifique los diferentes factores que forman el problema, incluidas sus decisiones, para que el joven establezca estrategias más reconocedoras de sus propias habilidades. Esto conduce a una reorganización sistémica de sí mismo (Gutiérrez, 2014) para enfrentar las diversas situaciones que la vida le presenta. A esto Medina (2012, 2014) lo llama “resistencia activa”, en donde hay responsabilidad e intencionalidad en la acción, tomando en cuenta los escenarios relacionales en los que se desarrolla.

Para potenciar esta nueva postura se recomienda un ritual que consume (Laso, 2014) su experiencia y active una nueva postura en su vida diaria. Siguiendo la perspectiva recursiva de la teoría sistémica, el adolescente que termina su participación debe hablar de su experiencia en la intervención, cómo era antes y cómo está hoy, se propone que al culminar esta conversación el adolescente comparta el siguiente mensaje a un participante de ingreso reciente:

*hoy dicen que eres rebelde y que hay algo malo en ti,
ayer lo mismo dijeron de mí,
he descubierto que rebelde si soy,
antes no tenía el control,
hoy tengo claro a dónde voy...
firme será mi decisión.
Consiente de lo que quiero estoy y este mensaje te doy:
Sé astuto en tu rebelión y encontraras lo que buscas hoy,
obstáculos habrá,
estate atento y aliados hallarás.
Cuando este mensaje que hoy te comparto a otro entregues
tú camino habrás encontrado...*

Cabe señalar que cada caso es único; es posible adecuar el cierre, esto depende de la creatividad del entrenador, puede utilizar otro recurso para simbolizar el nuevo comienzo, usa su vínculo y conocimiento de la historia del participante para hacer énfasis en la evolución que se genera en el joven al ser leal a sus convicciones.

SEGUIMIENTO

Se hacen dos seguimientos, el primero a los seis meses de haber terminado, el objetivo: verificar que las metas del adolescente y su familia se mantienen, en las entrevistas se constató que

los chicos que tuvieron problemas de consumo no volvieron a solicitar apoyo en DIF, acudieron a otras instancias, lo cual en parte está bien, se busca prevenir situaciones de este tipo haciendo el seguimiento; otro al año (de haber hecho el primer seguimiento), con la intención de aplicar un instrumento de evaluación que permita conocer cuáles fueron los alcances de la intervención en la dinámica socio-familiar del adolescente.

EVALUACIÓN

Los programas sociales se alejan de las necesidades reales de la población, debido a factores como: cambios de administración pública, falta de recursos e interés, la evaluación formal de los programas que se implementan es importante, ya que permite tener información objetiva sobre aquello que funciona, posibilita la adecuación de las estrategias mejorando las acciones y programas (Becoña, 2002; Sainz, 2006; González, 2012).

Gant (2004) y Gracia (1997), mencionan que evaluar es costoso, requiere de recursos para intervenir con grupos naturales y comunidades; sin embargo instituciones como el DIF tienen esta ventaja, trabajan cercanos a la comunidad, cuentan con personal que puede desarrollar “investigación-acción participativa” (Cuevas, 2013. p. 75) atendiendo las necesidades de la población y generando el cambio necesario para ellos mismos, a la vez que, “desde dentro”, se evalúa si las intervenciones son las adecuadas, siendo la propia comunidad quien las modifique.

En los programas sociales el recurso más importante es la comunidad misma y quien trabaja en ella, en estos dos elementos se tiene la materia prima para evaluar las intervenciones, se puede observar y describir si existen resultados en el corto, mediano o largo plazo (Gracia, 1997); la evaluación permite tener resultados locales que aporten conocimientos aplicables a grupos más amplios diseñando protocolos que tomen en cuenta las experiencias previas y las particularidades de los nuevos grupos, se teje con cada programa evaluado una red de conocimiento local que derive en nuevas políticas públicas en materia de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Un enfoque postmoderno de la psicoterapia. Argentina: Amorrortú
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (coords.). *La terapia con construcción social*. (45-59). España: Paidós.
- Ato, M., López, J., y Benavente, A (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3). 1038-1059.
- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia: tiempo, caos y proceso*. España: Herder.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta nacional del boletín oficial del Estado.
- Bustos, M., Villatoro, J., Oliva, N., López, M., Fregoso, D., y Medina-Mora, M. (2015). Consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes de México que no estudian y no trabajan. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 1(1), 33-40.
- Campanini, A., y Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico: Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Castaño, G. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 6(2) 127-148.

- Cuevas, P. (2013). Memoria colectiva. Hacia un proyecto decolonial. En C. Walsh (Ed.). *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir*. Quito: Abya-Yala.
- Damaso, A. (1996). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. España: Drakontos.
- De Vega, J. (2011). Adicción a Internet y las nuevas tecnologías. La vida a través de una pantalla. En R. Pereira (comp.), *Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder*. (211-226). Madrid: Morata
- Engels, F. (2011). *El origen de la familia. La propiedad privada y el estado*. México: Colofón.
- Fernández, J. (2001). Evaluación de programas en servicios sociales. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (207-238) Madrid: Síntesis, S.A.
- Fernández, P. (2014, Junio). Psicología estética de la realidad social. En UNIVA, (organizador). *10 Jornadas internacionales RELATES*. Zapopan, Jalisco, México.
- Gant, L. (2004). Evaluation of group work. En C. Garvin, L. Gutiérrez y M. Galinsky (Eds.). *Handbook of social work with groups*. (461-475) New York: Guilford.
- Glaserfeld, E. (1994). Despedida de la objetividad. En P. Krieggy P. Watzlawick. *El ojo del observador: contribuciones al constructivismo* (19-31). España: Paidós.
- González, M. (2012). Evaluación institucional de acciones de prevención y tratamiento de adicciones en los niveles de educación media superior y superior. En M. Reidl (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (11-27) México: Porrúa.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J. Morales y F. Molero. *Psicología de la intervención comunitaria*. (129-172) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutiérrez, J.C. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso, y E. Hernández (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (147-168). México: Litteris
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: INPRFM
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México DF, México: INPRFM: 2015.
- Keeney, B. (1991). *Estética del Cambio*. España: Paidós.
- Laso, E. (2012). La violencia y los jóvenes en Ocotlán: cambio cultural, conflicto y desconfianza. En E. Hernández y F. Calonge (coords.), *Diagnóstico local sobre la realidad social, económica y cultural de la violencia y la delincuencia en el municipio de Ocotlán, Jalisco* (351-371). México: Amaya Ediciones.
- Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández. (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (97-128). México: Litteris
- Levinas, E., y Duque, F. (1993). *El tiempo y el otro*. España: Paidós.
- Linares, J. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. España: Paidós.
- Linares, J., y Soriano, J. (2013). *Pasos para una psicopatología relacional*. *Revista mexicana de investigación en psicología* 5, (2) 119-146.
- Linares, J. (2014, Junio). *La intervención en redes sociales como estrategia terapéutica en terapia familiar*. En Instituto Tzapopan, (organizador). Zapopan, Jalisco. México.

- López, F., Carpintero, E., del Campo, A., Lázaro, S., y Soriano, S. (2011). *Programa menores infractores. Intervención educativa y terapéutica*. Madrid: Pirámide.
- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M., y Tovar, S. (2012). Uso de alcohol, riesgo suicida y acciones de prevención en estudiantes de bachillerato. En M. Reidl. (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (225-256) México: Porrúa.
- Medina-Mora, M., Rafful, C., Villatoro, J., Oliva, N., Bustos, M., y Moreno, M. (2015). Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiantes. *Revista internacional de investigación en adicciones* 1(1) 6-15.
- Medina, R. (2004). La diversidad familiar en la teoría social moderna y postmoderna: una propuesta teórico-metodológica. En A. Hidalgo y R. Media (eds.). *Cooperación al desarrollo y bienestar social* (351-386). Oviedo: Eikasias ediciones.
- Medina, R. (2012). Cambios modestos grandes revoluciones. *Terapia familiar crítica*. México: E libro.
- Medina, R. (2014). Deconstruyendo el “sí mismo farsante” y el “sí mismo autocompasivo”. Nuevos aportes a la terapia familiar crítica. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (21-42). México: Litteris
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1996). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Montaño, R. (2004). *Grupos de autoayuda: Una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua*. Tesis doctoral no publicada. Doctorado en ciencias sociales. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Disponible en <http://www.ayudamutua.org/index.php/mas/descargas-mas/articulos/8-tesis-grupos-de-autoayuda> [2015, 18 de marzo]
- Musitu, G., Martínez, B., y Varela, R. (2011). El ajuste en la adolescencia: Las rutas transitorias y persistentes. En R. Pereira (comp.) *Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder*. (23-50). Madrid: Morata
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito. *Informe mundial sobre las drogas: resumen ejecutivo*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D. C.
- Romaní O., y González, I. (2004). Infancia y Salud: vulnerabilidad, dependencia y estilos de vida. En Gómez-Granell, C., García, M., Ripol-Millet A., y Panchón, C. (coords.), *Infancia y Familias: realidades y tendencias*. (131-152) Barcelona: Ariel
- Safran., J y Muran., J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. España: Desclée de Brouwer.
- Sainz, J. (2006). Proceso de evaluación y su importancia en los programas de promoción social. En S. Galeana (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. (105-119) México: Plaza y Valdés.
- SISVEA, (2011). *Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. México: 2013.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.
- Solis-Torres, C., Bojórquez-Chapela, I., Gorab-Ramírez, A., Kuri-Morales, P., Cortés-Ramírez, M., Cruz-Zárate, S., Flores-Morones, E., y Fernández-Varela, H. (2012). Factores asociados al inicio del consumo de sustancias ilícitas en jóvenes estudiantes de la ciudad de México. En Reidl, M. (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (141-157) México: Porrúa.
- Tomm, K. (1996). Distinciones terapéuticas en una terapia en curso. En S. McNamee y K. Gergen (coords.). *La terapia con construcción social*. (145-163). España: Paidós.

- 134 Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregos, D., Gutiérrez, M., y Amador, N. (2012a). *El consumo de drogas en México: Resultados de la encuesta nacional sobre adicciones, 2011*. Salud mental. Vol. 35, pp. 447-457.
- Villatoro, J., Moreno, M., Gutiérrez, M., Sánchez, V., Bretón, M., Gaytan, F., Sandoval, A., López, M., Magaña, E., Medina-Mora, M., y Amador, N. (2012b). Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios. En M. Reidl (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (121-139) México: Porrúa.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de psicoterapia* 7, (26/27) 25-78.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (2006). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. España: Paidós.