



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA
IZTAPALAPA

C.S.H.

tesina

**¿INFLUYEN LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN
PARCIALES EN LA REINCIDENCIA DE LAS TOXICOMANÍAS?.
(ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE REINCIDENTES)**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN PSICOLOGIA SOCIAL

PRESENTA

GONZALEZ URBAN MARTHA PATRICIA

ABRIL 1998.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN: CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CARRERA: PSICOLOGIA SOCIAL

MATERIA: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN III Y IV

**¿INFLUYEN LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN PARCIALES EN
LA REINCIDENCIA DE LAS TOXIMANIAS?
(ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE REINCIDENTES)**

GONZALEZ URBAN MARTHA PATRICIA

NO. DE MATRICULA: 87339522

ASESORES:


JAIME PEÑA SANCHÉZ


MIGUEL A. GARCÍA

ABRIL 1998

**¿INFLUYEN LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN
PARCIALES EN LA REINCIDENCIA DE LAS
TOXIMANIAS?**

(ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE REINCIDENTES)

**"LAS CADENAS DEL ACOSTUMBRAMIENTO SON SIEMPRE DÉBILES PARA
SENTIRLAS, HASTA QUE SE HACEN DEMADIADO FUERTES PARA
ROMPERLAS" (CUMELEN)**

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
I.- MODELOS DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN ADICCIONES	
1.1 Detección del problema	10
1.2 La supresión de la Sustancia tóxica (desintoxicación)	13
1.3 La terapia Individual	15
1.4 Es la familia importante en el tratamiento de rehabilitación (terapia familiar)	17
2.- El Modelo Integral	20
2.1 Interrelación de los factores macroambientales y microambientales	23
2.2 Interrelación de los factores de riesgo microsociales y las características personales	25
2.2.1 En la familia	26
2.2.2 En la escuela	27
2.2.3 Grupo de Iguales	28
2.2.4 Características personales	29
2.3 El modelo de iniciación, continuación e interrupción del consumo	30
2.4 Las comunidades terapéuticas, como una respuesta al modelo integral	
II.- LOS MODELOS PARCIALES DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN EN ADICCIONES	
1.- Modelo Médico Tradicional	36
2.- Modelo Integral médico-psicoterapéutico	37
2.1 Programas con sistemas abiertos de atención	37
2.1.1 Terapia substitutiva o entrenamiento sobre el uso racional de drogas	39
2.2 Internamiento hospitalario	39
3.- Modelo Minnessota	41
4.- Modelo de Autoayuda	42
4.1 Alcohólicos Anónimos	43
4.1.1 Qué son los anexos	45

III.- CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES QUE BRINDAN TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN	47
1.- Tipos de Servicios	48
2.- Tipo de sustancia que atienden	49
3.- Modalidad terapéutica	51
4.- Área de Intervención	53
5.- Interpretación de resultados	54
IV.- METODOLOGÍA DE UNA MUESTRA POBLACIONAL DE REINCIDENTES	56
1.- Características de una población de acuerdo al tipo de sustancia utilizada	61
1. 1. Poliusuarios	62
1.1.1 Características generales	62
1.1.2 genero	62
1.1.3 edad	62
1.1.4 tiempo de uso	63
1.1.5 informante	65
1.1.6 centros de tratamiento anterior	66
1.1.6.1 modalidad terapéutica	66
1.2. Alcohol	67
1.2.1 Características generales	67
1.2.2 genero	67
1.2.3 edad	67
1.2.4 tiempo de uso	68
1.2.5 informante	68
1.2.6 centros de tratamiento anterior	68
1.2.6.1 modalidad terapéutica	68
1.3. Cocaína	69
1.3.1 Características generales	69
1.3.2 genero	69
1.3.3 edad	70
1.3.4 tiempo de uso	70
1.3.5 informante	70
1.3.6 centros de tratamiento anterior	70
1.3.6.1 modalidad terapéutica	70

1.4. Inhalantes	
1.4.1 Características generales	71
1.4.2 genero	71
1.4.3 edad	71
1.4.4 tiempo de uso	71
1.4.5 informante	71
1.4.6 centros de tratamiento anterior	72
1.4.6.1 modalidad terapéutica	73
1.5. Fármacos	73
1.5.1 Características generales	73
1.5.2 genero	74
1.5.3 edad	74
1.5.4 tiempo de uso	74
1.5.5 informante	74
1.5.6 centros de tratamiento anterior	74
1.5.6.1 modalidad terapéutica	74
2.- Características de frecuencia por delegación y tipo de adicción	75
3.- El genero dentro de las adicciones	77
CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	
Resultados de los sujetos de la muestra	
1. Poliusuarios	91
2 Alcohol	92
3 Cocaína	93
4 Inhalables	94
5 Fármacos	95
6 consumo de sustancias %	96
7.- Cédula de atención de llamadas (encuesta)	97

INTRODUCCIÓN

Sobre las adicciones son extensos los trabajos que se han desarrollado, y sin embargo por toda la polémica, e importancia que encierra es un tema inagotable.

Son variados los enfoques sobre el problema, resulta evidente que los médicos hablan de las adicciones en un lenguaje distinto a los sacerdotes, los psicoterapeutas diferente a los Toxicómanos, y así cada comunidad tiene su lenguaje.

No obstante cada uno tiene su parte de razón, pues los médicos poseen elementos para afirmar que se trata de una enfermedad; los sacerdotes que es una forma de pecado, y los psicoterapeutas que existe un patrón neuróticos bajo tales tendencias compulsivas.

Pero nadie puede negar la importancia que tiene en materia de salud, ni las repercusiones sociales manifiestas en el deterioro social.

Polémicas como el ordenamiento causal en el sentido de considerar si las adictos son enfermos porque se drogan, o si se drogan porque están enfermos, es decir si las adicciones son una enfermedad o un síntoma, son comunes el día de hoy.

Muchos y variados son los esfuerzos realizados en todo el mundo por contrarrestar los efectos de la propagación de las drogas* .

Encontramos a los que señalan que los esfuerzos deben realizarse en torno a la persecución o victimización de los consumidores, que pretende penalizar, no curar, creen que la solución al problema se encuentre en aislar a los sujetos

* En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente, también la estructura del organismo. Secretaría de Salud Guía para el diseñop 8

consumidores, pero en la mayoría de los casos se penaliza a los sujetos dedicados al tráfico en “baja escala”, que más bien son auto consumidores, y no de los grandes narcotraficantes, siendo sujetos de extorsión por parte de policías y autoridades.

Generalmente, su propuesta consiste en invertir los recursos en compra de armamento, y recursos contra el narcotráfico, sin preocuparse por el fondo del problema, o las causas, ni tampoco se interesa en dar alternativas o elementos para la reincursión social. Y en el otro extremo están los que consideran al consumo libre a través de la legalización de las drogas como la solución.

Diferentes y variados son los enfoques sobre las causas de la drogadicción, encontramos a los que buscan el origen en las causas biológicas o individuales, y los hay que encuentran la causa en factores sociales, como las crisis económicas, o en los problemas dentro de la familia. Pero de una manera parcial, o dejan una multiplicidad de opciones intermedias que no permiten consenso, confunden y dificultan la labor en este campo.

Sin embargo, en la actualidad encontramos que cada vez más la solución se encuentra en enfoques más globales como el modelo integral, que maneja a la combinación e interrelación de todos los factores como influencias en la formación del ser humano (físico, psíquico, y social).

La existencia de un juicio moral que culpa al paciente y le da la responsabilidad de haberse enfermado influye en la falta de atención tanto por parte de los familiares como de las instituciones mismas. Esta aseveración la encontramos relacionada a la falta de cultura sobre la enfermedades mentales y los trastornos

de la personalidad, conceptos como “maña o vicio”, son comúnmente aplicados a las toximanías, ocasionando con ello la creación de un estigma entendido como:

“aquella persona que hace evidente la posesión de un atributo profundamente desacreditado y de un estereotipo que lo hace diferente a los otros con los que intercala y la devalúa a los ojos de los demás. Llevado al extremo sería una persona que es considerada terriblemente “mala”, “peligrosa” o “débil”. Estas diferencias entonces, hace que para los demás sea inútil, por lo tanto como es una persona inválida y víctima e imposibilitada, no es susceptible de tratamiento y sí probablemente de castigo, por ende, no tiene acceso a las oportunidades que la gente “normal”¹

Sin embargo, los intereses obedecen a distintas ideologías, sus expectativas y metas divergen de lo que resultan diferencias socioculturales, económico-políticas, etcétera, y ello produce programas que conducen a diferentes enfoques.

Para nuestro estudio, partiremos del supuesto de que **ya tenemos un problema** de toxicomanía en el D.F., por lo tanto nos olvidaremos de planteamientos sobre la prevención, y nos dedicaremos a revisar los esfuerzos que se realizan en el área de los tratamientos de rehabilitación.

Por que frecuentemente se menciona el daño social que las Toxicomanías causan al organismo, y a la sociedad en su conjunto, de la necesidad de acabar con el problema, pero poco se dice de las herramientas o infraestructura con la que contamos para responder a ello.

Realizar una investigación sobre los diferentes tratamientos y sus modalidades terapéuticas utilizadas por las instituciones dedicadas al tratamiento en

¹ Romero Mendoza, M. Necesidades de atención p. 7

rehabilitación de las adicciones, nos ayudara en la elaboración de instrumentos para la canalización de los adictos, pues consideramos existe un desconocimiento sobre las diferentes alternativas, no solo dentro de la población en general, sino también de personal vinculado con toxicómanos, como son educadores, y personal de salud, que repercute en un mal manejo de la derivación de casos, ocasionando con ello que los sujetos ingresen a programas que no responden a sus expectativas.

Por ello nos interesa conocer cuáles son, los enfoques o maneras en que las instituciones dedicadas a brindar tratamientos de rehabilitación en adicciones, están trabajando para solucionar la problemática adictiva; ¿cuáles son los modelos utilizados en el tratamiento de adicciones en la actualidad?, y la respuesta del sector salud a las demandas de la población Toxicómana del D.F., a través de los servicios que prestan las instituciones de salud tanto públicas como privadas, así como los grupos de autoayuda, y religiosos.

Pues consideramos que el tipo de tratamiento de rehabilitación recibido por los toxicómanos influye en la reintegración social o en la reincidencia en el uso de sustancias tóxicas cada vez más dañinas para el, y para la sociedad en general; nos preocupa que los servicios de salud publica se orienten en la búsqueda de soluciones de mayor cobertura a menor costos, o menor número de acciones para mayor número de personas, sin tomar en cuenta las consecuencias sociales.

“La experiencia obtenida en los diferentes enfoques de tratamiento indica que una de las claves para el éxito en la rehabilitación de un adicto se basa en ofrecerle alternativas atractivas que le persuada de abandonar el uso de las sustancias. Se hace un énfasis cada vez mayor en esto, ya que no se

trata de retirar al usuario de su entorno social, ni de fabricarle una familia, sino a través del ofrecimiento de esas alternativas, él mismo podrá ir construyendo el futuro de acuerdo con sus aptitudes y condición socioeconómica, pero con un sentido positivo hacia la vida”²

Separamos en dos a los toxicómanos, 1) los que nunca habían recibido un tratamiento, 2) los que ya habían recibido tratamiento y reincidieron en toxiconomías.

Para tener una mejor aproximación a la realidad, investigaremos a las instituciones sobre lo que ellas comentan; a través de los servicios que otorgan, por otro lado utilizaremos el punto de vista de sus usuarios, o sea de los toxicómanos que ya estuvieron en tratamiento, como observadores participantes.

Por las complicaciones que representa establecer contacto con los usuarios de los servicios se eligió como muestra a una población, integrada a través de la solicitud de atención a un tratamiento de rehabilitación en adicciones, de Toxicómanos que ya habían estado en un tratamiento anterior (diversos), captados a través de llamadas telefónicas recibidas en el departamento de Orientación y Derivación de casos del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en 1997; las encuestas fueron contestadas por los pacientes en la mayoría de los casos, pero también se incluyen las respondidas por los familiares, pues consideramos que la opinión de las personas cercanas a ellos ofrecen información relevante.

Es innegable que cada lugar o región tiene sus propias particularidades culturales, por ello el conocimiento sobre las modalidades en el consumo de sustancias tóxicas, nos puede señalar particularidades sobre las principales

² Secretaría de Salud, Manual sobre el manejo de adicciones. p. 108

características de los toxicómanos del D.F., pues factores como la cercanía con Estados Unidos influye notablemente en el aumento, y los cambios en el consumo de las sustancias tóxicas; la presencia de drogas de diseño, (Cristal, Extasis, Crak y otras); representan un nuevo reto para los tratamientos de rehabilitación en adicciones.

Consideramos que uno de los mayores problemas de los tratamientos de rehabilitación es evitar la reincidencia en el uso de las toxiconomías, por ello, investigar sobre las alternativas que se ofrecen en el tratamiento es necesario, si queremos encontrar alternativas para evitar la reincidencia.

Por lo tanto podemos decir que el presente trabajo es el resultado de la necesidad de encontrar alternativas efectivas de tratamiento ante la cada vez más contundente comprobación del aumento en el número de toxicómanos, pues pretendemos contribuir en la formación de un modelo acorde a las necesidades de la población adicta de México

Para investigar si corresponden los servicios ofrecidos a las demandas de la población adicta, deberíamos detectar las necesidades de atención de los usuarios de sustancias tóxicas o mejor llamados toxicómanos. Pues no encontramos un instrumento de trabajo homogéneo que permita conocer la problemática de las adicciones en el D.F., sino por lo contrario se cuentan con apreciaciones fragmentarias basadas en los esfuerzos de una sola institución, dificultando con ello la apreciación general del problema, que limitan el diagnóstico y canalización a los servicios de una sola institución, evitando con ello la integración a un programa de tratamiento más idóneo del adicto, que

repercutirá en una mayor permanencia dentro del tratamiento y con ello de mejores resultados

La investigación realizada es un estudio de tipo exploratorio, cuantitativo, pues consideramos que debido al tipo de población y la dificultad para identificarla, encontramos variables que no estaban previstas como son las diferencias en el funcionamiento de los distintos grupos de autoayuda. La temporalidad de muchos de los programas de rehabilitación efectuados en las distintas instituciones.

La falta de estudios comparativos sobre la efectividad de los distintos modelos de tratamiento; Sobre las causas de la reincidencia dentro del D.F.; y la influencia en la reincidencia de los tratamientos parciales.

Por ello teníamos que realizar un estudio que nos permita contemplar el panorama de una manera general, decidimos basarnos en la aplicación de 1006 encuestas telefónicas.

Debido a esto se inserta dentro del área de la antropología médica, entendiéndola como el campo que evidencia los factores, mecanismos y procesos que participan o influyen en la forma con que los individuos y los grupos son afectados y responden al padecimiento y la enfermedad. Examina éstos problemas, poniendo énfasis en los patrones de conducta³.

Para seleccionar las variables de investigación partimos de la definición de adicciones utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reúne tres factores: Agente, El Huésped, El medio.

VARIABLES PRINCIPALES

³ tomada de Foster G, Anderson B: Medical Anthropology. En J. Wiley & Son (ed) Etnopsychiatry Cap. 5: P. 81.

Agente; la droga en sí y sus efectos en el organismo. 1) **Tipo de sustancia consumida:** *alcohol, fármacos, inhalantes, marihuana, poliusuarios y otras* .

Para identificar las características de personalidad de acuerdo a la elección de la sustancia elegida, las prioridades de atención en el campo de los tratamientos de rehabilitación, e investigar si existen cambios en las tendencias en el consumo de sustancias en los últimos años.

2) **El tiempo de uso :** *1 a 24 meses , 1 - 5, 6-10, 10-15, de más de 15,.* para identificar en que etapa de consumo se encuentran: iniciales, moderados, fuertes o crónicos, y su influencia en la elección de la modalidad terapéutica.

El Huésped.- persona consumidora. 1) **Edad:** *menos de 10, 10-15,16-20, 21-25,26-45, 46 a 60.* Nos permitirá identificar en que etapa de la vida (infancia, adolescencia, juventud, madures, senectud) se encuentran la mayoría de los consumidores, para orientar los tratamientos de acuerdo a los requerimientos propios de la edad, y su influencia en la elección del programa.

2) **Sexo:** *Hombres-Mujeres.-* si la variable genérica influye en la elección de sustancia adictiva, y si la violencia es diferente en cada caso.

VARIABLES SECUNDARIAS.

3) **Quién solicita la información:** *El mismo, padre, amigo o novio (a), conyugue, vecino, pariente, desconocido.* Señalar la relación informante/ adicto, nos puede permitir investigar sobre el tipo de dinámica familiar, y si el paciente debe o no permanecer en su medio natural durante el tratamiento.

El Medio.- la sociedad o el ambiente donde se desarrolla. **Delegación en la que vive.**- como un indicador de estrato económico, y para verificar la cercanía o lejanía con los centros de tratamiento y la población adicta.

Consideramos que se deben realizar esfuerzos nuevos y variados para tratar de contrarrestar los efectos de las nuevas modalidades en el consumo, cada vez más agresivas para los toxicómanos.

Se necesita una coordinación interinstitucional que atienda las necesidades de la elaboración de instrumentos que homogenicen los trabajos, y permita la referencia y contrareferencia interinstitucional, al mismo tiempo que capaciten y apoyen al personal en el desarrollo de un diagnóstico multidisciplinario, que nos permita brindar un tratamiento más completo e integral para lograr la rehabilitación y reintegración eficaz⁴.

⁴ entendida Como "una capacidad de cambio hacia el desarrollo creciente de las posibilidades con la que cuenta cada individuo; la persona deberá hacer un esfuerzo continuo de conciliación entre información que llega del exterior y los recursos personales que intentan renovar y transformar ese ambiente. Secretaría de Salud. **Información básica para la educación** p. 10

I.-MODELOS DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN ADICCIONES.

“En la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios (Frenk, 1992)”.

En el campo de la literatura sobre los tratamientos para la dependencia al alcohol y drogas, existen diferentes aproximaciones basadas en diversas teorías e ideologías, de tal manera que no hay un modelo¹ único que garantice el éxito. Por eso, *“en psicología no existe la entidad que pudiésemos llamar “el tratamiento” para estos problemas, a diferencias de lo que sucede en medicina”*²

A pesar de ello existen criterios que deben ser considerados para el diseño y la puesta en marcha de un plan de tratamiento para adicciones, pero desde la manera en que presentan el planteamiento del problema reflejan su tipo de ideología.

- 1) Detección del problema
- 2) La Supresión de la sustancia tóxica (desintoxicación)
- 3) La terapia individual
- 4) La terapia familiar

1. Detección del problema.

Diferentes sectores de crisis, como la individual (adolescencia), crisis económica que genera recesión económica, desempleo, migración con los consecuentes

¹ Modelo.- representación simplificada, hablada, escrita, material o matemática, de una abstracción de la realidad, que guarda similitud con ella, incluye sus características y relaciones más significativas y sirve de guía para el desarrollo de una obra, de una acción o de una cosa.

² Ortiz, Arturo Principios terapéuticos psicológicos generales p. 111

procesos de desadaptación social, producen falta de perspectivas de futuro, todo lo cual repercute en la estructura familiar, en el desajuste a nivel de roles (femenino, autoridad, etc.) estructura educacional, religiosa. Todo ello nos pone de manifiesto que ésta es una época de crisis generalizada, lo que provoca un vacío de ideales y una búsqueda de compensación a otros niveles inmediatos.

Esta destrucción generalizada, unida a la crisis individual y la extensa oferta de diversas sustancias tóxicas en la calle, es decir una fuerte presión al consumo ejercida por las estrategias del narcotráfico.

La alteración de estas variables determina la aparición de un nuevo tipo de toxicómanos, más cotidiano y no forzosamente ligados a grupos marginales. Aunque por otro lado los factores sociales aumentan la membresía de los grupos marginales para de la población en riesgo.

Generalmente encontramos que las adicciones se presentan en escalas dentro del uso de sustancias tóxicas iniciándose con drogas legales como son: cigarro, alcohol, y consumir drogas cada vez más riegosas, adentrándose así en la toxicomanía.

De ello desprendemos la importancia de detectar el consumo de sustancias en su fase inicial, debido a que entre más temprano se detecte el mal, más probabilidades de éxito en la reinserción a la sociedad, se pueden tener.

Por otra parte la falta de conocimiento adecuado sobre los trastornos mentales como una enfermedad, y no como algo vergonzoso, estigmatizado que obliga a las personas y sobretodo a la familia a ignorar el problema y otras a restar importancia, como algo "propio de la edad". tienen mucho que ver con las

características propias de la familia, y de su grupo social, como es la permisibilidad que se tenga sobre el uso de cualquier sustancia como es: el cigarro, alcohol. y otras drogas.

Y sobre todo muchos problemas de índole emocional y psiquiátrico, derivan en el uso de sustancias adictivas, que son tomadas muchas veces como una forma de controlar los efectos sufridos por dichos problemas.

“Encontramos que entre un 12% y un 25% de personas en este nivel de atención requieren de intervención psiquiátrica; sin embargo, es frecuente que aunque detecten estos problemas **no se canalicen a los servicios correspondientes, o bien, que pasen sin ser detectados** (Caraveo et al, 1986) “

Dentro de los tóxicomanos encontramos que según el manual sobre manejo en tratamiento de adicciones elaborado por la SSA, el tiempo que pasa desde que el sujeto se inicia en el consumo hasta que pide ayuda es generalmente entre 3 y 5 años, aumentando con ello sus consecuencias, en el rubro de aquellos que ya han tenido tratamiento o los llamados “reincidentes”, o “recaídos” debemos pensar que ha pasado más tiempo.

Consideramos que la mayor parte de los problemas sufridos por los reincidentes se deben a la falta de una detección temprana, y a que no fueron canalizados al tratamiento o instituciones más idónea, de acuerdo a las necesidades propias del sujeto toxicómano, y por ello el programa que les ofrecieron no les fue atractivo.

“La experiencia obtenida en los diferentes enfoques de tratamiento indican que una de las claves para el éxito en la rehabilitación de un adicto se basa en ofrecerle alternativas atractivas que le persuadan de abandonar el uso de sustancias”.³

³ Trejo, Elena Modelos de tratamiento p.107

Consideramos que la falta de un diagnóstico adecuado, aumenta el grado de sufrimiento que vive el paciente y su familia, no solo por el tiempo y dinero invertido, sino que va acompañada de una sensación de frustración. Lo anterior nos lleva a considerar que:

“con frecuencia se traslapan y/o confunden a la enfermedad con el significado social que puede tener la misma., el sufrimiento de un paciente reproduce un dominio moral particular, de esta forma los arquetipos sociales visibles y los procesos sociales invisibles, el dolor y la carrera curativa replican un mundo cultural y la enfermedad se convierte en una realidad construida socialmente “⁴.

Por ello consideramos que se deben conocer las alternativas institucionales que se ofrecen, para que los interesados, o personas vinculados a los toxicómanos sepan con las alternativas que puede contar.

1.2. La Supresión de la Sustancia tóxica (desintoxicación del paciente).

“un pre-requisito para cualquier plan de tratamiento psicológico es la desintoxicación del paciente”⁵

Existen dos criterios fundamentales al respecto que marcan diferencias en el modelo de tratamiento a seguir:

- 1) La supresión total de la sustancia.
- 2) El uso moderado de la sustancia.

Sobresale el fenómeno de la tolerancia, y junto a el se establece otro, muy característico de la adicción, el llamado síndrome de abstinencia o síndrome de

⁴ Romero Martha Las necesidades de atención p. 2

⁵ Ortiz, Arturo principios terapéuticos psicológicos generales p. 111

supresión. Cuando el sujeto ha desarrollado tolerancia y permanece casi continuamente bajo los efectos de una droga adictiva, suspende abruptamente su consumo, en las horas siguientes cae en un estado de sufrimiento físico y mental, variable en sus manifestaciones para cada tipo de droga, que puede revestir características de gravedad igualmente variable.

Es a este estado al que se llama síndrome de abstinencia, y resulta ser la etapa que aunque más breve es la más temida por los Toxicómanos.

Sólo como un ejemplo, y por ser muy conocido, citamos el llamado delirium tremens, grave condición del alcohólico que por alguna razón deja de beber abruptamente, y que se acompaña de temblores intensos, alucinaciones generalmente visuales, delirio y sudoración profusa.

Otras drogas provocan síndromes de abstinencia con signos (los datos que obtenemos al explorar al enfermo) y síntomas (los datos que obtenemos por interrogatorio del paciente y de sus familiares). Los estimulantes, por ejemplo, suelen producir un estado de depresión cuando su administración se suspende de golpe. En fin, la angustia, los estados delirantes y el insomnio, son síntomas que se presentan en los síndromes de abstinencia propios de otras drogas.

Algunas de estas drogas estimulan el Sistema Nervioso Central (SNC), particularmente el cerebro, en tanto que otras lo deprimen. Un ejemplo de las primeras son las anfetaminas y un ejemplo de las segundas son los barbitúricos.

Pero no todas estimulan o deprimen con la misma intensidad, y su poder adictivo también es variable.

Un ejemplo son el alcohol etílico y la heroína; ambas son sustancias adictivas, pero en el caso del alcohol sólo un pequeño porcentaje de quienes lo ingieren llega a la adicción, es decir, desarrollan alcoholismo. A la heroína, en cambio, le bastan unas cuantas visitas al organismo para crear adicción.

También hay que considerar que algunas drogas crean tolerancia hacia otra droga que produce efectos similares. Tal es el caso de barbitúricos, depresores del sistema nervioso, que son capaces de crear tolerancia al alcohol (y viceversa). En este caso se habla de *tolerancia cruzada*

La tolerancia y el síndrome de abstinencia son la expresión de lo que anteriormente hemos llamado neuroadaptación. Son las dos manifestaciones más típicas de la adicción o farmacodependencia que, naturalmente, sólo se presentan cuando se ha alcanzado un consumo elevado durante un tiempo prolongado, aunque hay excepciones a la regla.

Por lo complicado de su análisis y lo difícil de prever las consecuencias que todo el organismo y no solo el sistema nervioso puede sufrir, se hace imprescindible un diagnóstico médico, de profesionistas sensibilizado en ello.

1.3. La terapia individual

Una revisión sobre los programas de tratamiento para el consumo excesivo de sustancias tóxicas nos marca como fundamentalmente utilizados:

1).- **Uso de Medicamentos** .- Son diferentes los medicamentos empleados en el tratamiento. Este provoca en el paciente una reacción fisiológica antagónica a la ingesta de alcohol, y sus efectos se mantiene por periodos diferentes. Pero en los pocos estudios controlados, la evidencia empírica es controvertida.⁶

Dentro de éste punto también podemos mencionar los estudios sobre las llamadas clínicas de Metadona, utilizadas en el uso de heroína.

2).- **Terapias Aversivas**. En las terapias aversivas se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa acompañada con la ingestión de la sustancia tóxica(alcohol, cigarro, etc.), en situaciones controladas, es un esfuerzo por establecer una respuesta condicionada negativa al consumo. Sin embargo no existe un estudio controlado con una población lo suficientemente amplia para poder emitir conclusiones definitivas sobre este tipo de tratamiento, y sobre las aplicaciones éticas de sus uso.

3).- **Psicoterapia**.- El uso de psicoterapias individuales y de grupo con un énfasis en e insight como base del proceso terapéutico, fueron y son la estrategia de intervención más usualmente utilizada.

4).- **Tratamientos hacia la moderación**.- son el resultado de la controversia acerca del empleo de la abstinencia como único indicador de efectividad o como la meta del tratamiento. Asume que un tratamiento de cualquier tipo o calidad es mejor que no recibir tratamiento alguno. Tampoco ha sido valida por estudios de

⁶ Ayala, Héctor Una revisión de programas de tratamientos para el consumo excesivo de alcohol p. 3

control experimental. Pero es utilizado fundamentalmente en el consumidor problema, más que en el crónico.

“Existen diferencias entre ellos; Los consumidores problemas parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa, que con tratamientos intensos y residenciales. Se interesa más en moderar su consumo que en dejar de consumir del todo, sin importar los consejos que reciba durante la terapia. Aún con esta creciente evidencia, existe una verdadera ausencia de servicios clínicos para esta población” (Hill, 1985; Fillmore y Midanik, 1984)⁷

Pero en todos los casos es necesario tomar en cuenta la presencia de psicopatologías o problemas de la personalidad asociados al consumo de sustancias, por lo cual el manejo de una sola de las técnicas sin tomar en cuenta éste principio puede resultar inadecuada, pues frecuentemente se puede encontrar patología de tipo antisocial y esquizofrenias.

1.4.-Es la familia importante en el tratamiento de Rehabilitación (terapia familiar).

“A mi me gustaría que lo dejaran igual, pero sin drogas” (esposa de un adicto)

“El niño recién nacido no llega a la vida como una hoja en blanco sobre la cual la familia y la sociedad van a imprimir su texto, según advirtió Fromm. Por lo contrario, nace con características y potencialidades, algunas que le corresponden por el mero hecho de tratarse de un ser humano, y otras que, siendo también específicamente humanas, son las suyas, las que empiezan a convertirse desde el principio en un individuo con personalidad propia. Para que se manifiesten se necesita la acción modeladora de la familia”.¹

⁷ Ibídem p. 7

¹ CESSAL Los Jóvenes y las drogas p.2

La familia influye de manera fundamental en el desarrollo de la personalidad del individuo; el adicto no es un ser aislado, sino por lo contrario debido a su "fragilidad emocional" el papel que juega la familia tanto en su enfermedad, al igual que en la recuperación son prioritarios. Por lo tanto debe de tomarse en cuenta la magnitud de la disfunción familiar, entendida como el grado de deterioro en la funcionalidad de la familia.

"La familia representa un elemento importantísimo en la salida favorable de la rehabilitación, pero esto demanda una gran apertura por su parte, en tanto deberá cambiar viejas pautas de funcionamiento (sería mejor decir "disfuncionamientos"), romper con viejos modelos, evitar quedar encadenado a la culpa (por lo que no hicieron bien), deberán estar implicados y motivados para que el cambio sea posible, porque de ello depende, aunque no en forma excluyente, el éxito del emprendimiento."²

A lo largo del proceso de rehabilitación se observa que si bien ciertas familias piden ayuda terapéutica, pero en la mayoría de los casos, cuando la situación en sus hogares se hace inmanejable (para ellos), una vez que el tratamiento con cambios notorios de actitud por parte de sus miembros afectados, buscan la ruptura del proceso terapéutico.

Esta ruptura se puede manifestar sutilmente con desacuerdos verbales, o a través de "alianzas negativas" (grupo de padres, grupo de hermanos etc.) llegando a extremos como retirar al afectado del tratamiento, hasta, incluso, en contra de su voluntad.

"Este tipo de familias, que llamaremos "de tipo dependientes", considera que debe circunscribirse al síntoma (uso de droga y/ o alcohol) Se establece una "identidad de tipo grupal". Cada miembro se construye a partir del "todo" que conforma con su grupo familiar, sintiendo que cualquier modificación a este esquema le genera un "sentimiento de aniquilación"³ "

² Gervasio, Elsa El Reparó n.4 p 8.

³ *Ibidem* p. 6

Parafraseando a Stanton cuando el adicto comienza a triunfar (en el trabajo, en el programa de tratamiento o en otra parte) se encaminaba en cierto modo hacia el abandono de la familia; lo interesante es que está desencadenaba una crisis; los padres discutían o se separaban , algunos de ellos desarrollaban síntomas diversos.

Ante esto el adicto retomaba una conducta de fracaso. La familia “necesitaba” al adicto tanto o más que el adicto a la familia.

“la presión para que no se vaya es tan poderosa que la familia soporta (e incluso alienta) terribles indignidades, tales como mentiras, robos y la vergüenza pública que el adicto genera, en vez de adoptar una posición firme . Es frecuente que si los padres realizan una acción como correrlo de la casa, a menudo se retractan alentándolo abiertamente a regresar, Es como si dijeran soportamos cualquier cosa, pero no nos abandones⁴ .

En vez de aceptar la responsabilidad, los miembros de la familia suelen culpar a los sistemas externos, tales como amigos o el vecindario.

Dentro las características fundamentales de la familia mexicana encontramos:

- 1) Hay una intensa relación madre-hijo durante el primer año de vida
- 2) Se reconoce una “escasa” relación padre-hijos
- 3) Es común la ruptura “traumática” de la relación madre-hijo al nacimiento de un hermano.
- 4) La figura paterna que ejerce su autoridad por el mero hecho de que “se le debe obediencia”, no tiene un atributo básico para la formación de los sentimientos de autonomía e iniciativa de los hijos.

⁴ Ídem.

Debido a lo complicado de la relación es necesario alertar al adicto de la posibilidad de estos cambios, y tratar de hacer conciencia de lo importante que puede resultar en muchos casos, alejarse de su medio ambiente familiar. Pero es de mayor importancia prepararlo y apoyarlo para dicho cambio.

Los diferentes enfoques terapéuticos o Modelos de tratamiento los dividiremos en:

2) **Modelo Integral**.- dado su enfoque global del problema, consideran a las adicciones como un problema complejo en donde los resultados dependen de la interrelación de todas las partes.

3) **Modelos parciales de tratamiento**.- solo se enfocan o atienden una parte de la problemática, principalmente son tomados de los modelos de atención de la medicina.

2. EL MODELO INTEGRAL.

“La característica esencial de la farmacodependencia es un conjunto de síntomas y signos cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican el consumo continuado de una sustancia adictiva, a pesar de los problemas significativos que esto provoca”.

American Psychiatric Association.

La drogadicción es un fenómeno complejo. Esto es repetido con frecuencia tanto por los expertos del campo médico como por los investigadores sociales. Sin embargo, es fácil comprobar que unos y otros suelen refugiarse en explicaciones causales de la adicción que resultan simplistas. Antropólogos,

sociólogos y psicólogos, dan a veces la mayor importancia a los factores culturales y psicosociales que, según ellos, son determinantes para que los jóvenes se inicien en el consumo de las drogas adictivas, y posteriormente, llegan al estado de dependencia. Frente a ellos, otros profesionistas de diversas disciplinas sostienen la preponderancia de las causas físicas, orgánicas, genéticas o constitucionales: son los llamados “organistas”, que buscan en la respuesta del cerebro a las sustancias adictivas la razón fundamental del desarrollo de la adicción. Y aún tenemos las explicaciones “Psicologistas”, que dan preminencia a los rasgos de la personalidad y los estados emocionales como la condición propiciadora y necesaria. Durante los años del predominio del psicoanálisis (la primer mitad del siglo), se pretendía que hay rasgos de carácter que anuncian la caída en la adicción como algo establecido. En su contra el modelo integral maneja que:

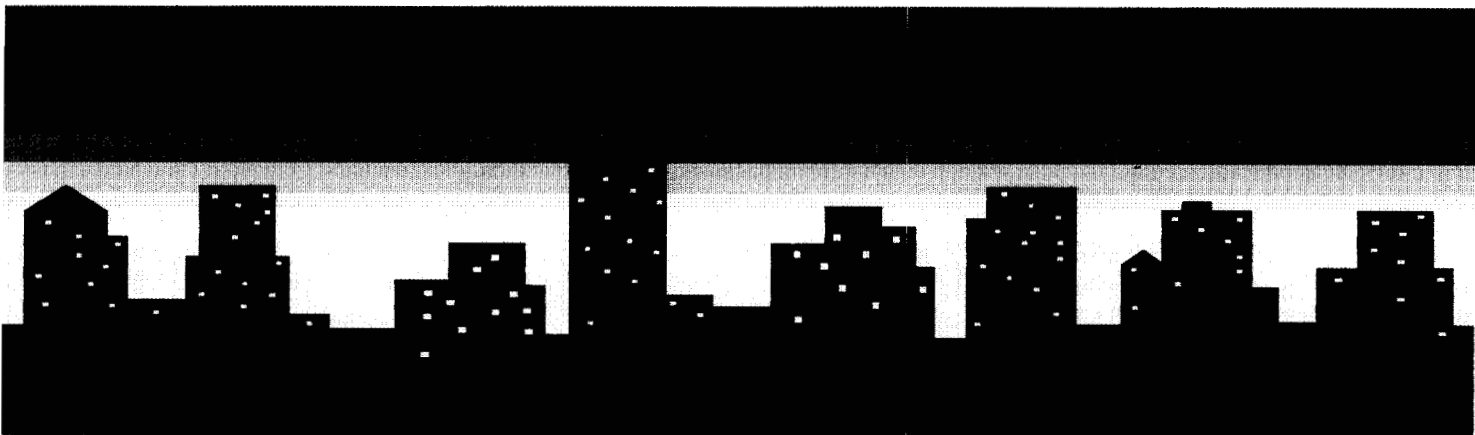
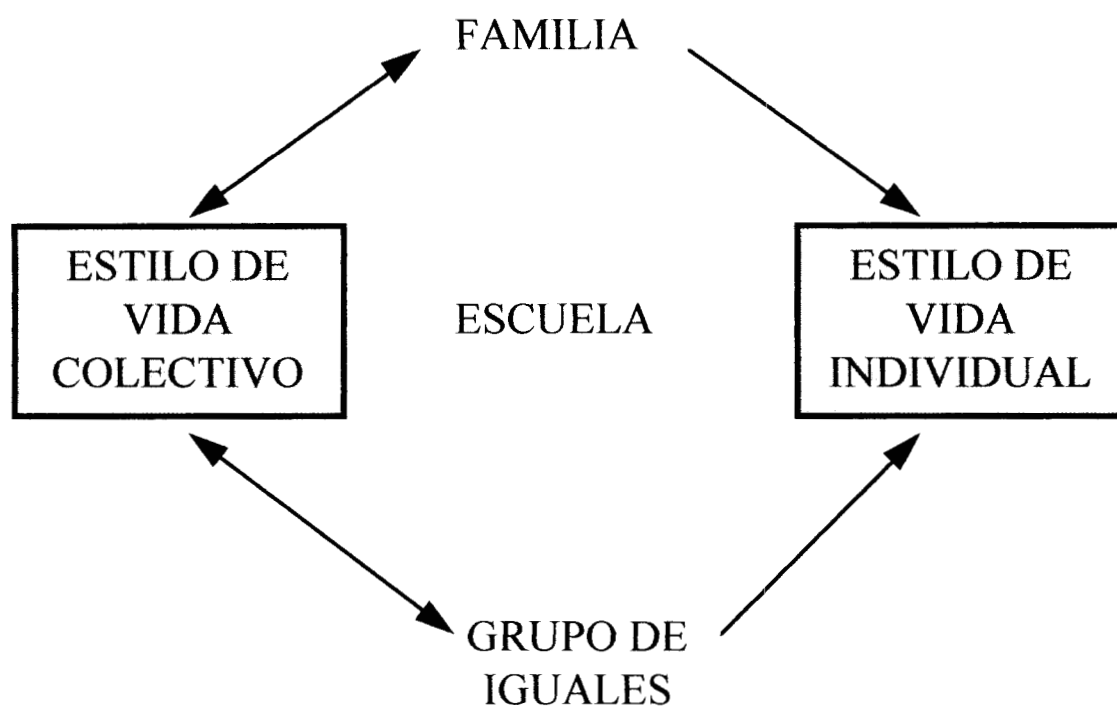
“no hay nada seguro sobre esta predicción, excepto el conocimiento que ya tenemos de que con frecuencia (no siempre), las personas que no manejan razonablemente sus conflictos emocionales y que no desarrollan adecuadamente su autoestima, pueden caer en el abuso del alcohol y otras drogas, siempre que existan al mismo tiempo otros factores psicosociales y culturales que se combinen con los individuos”.⁸

Nos guste o no, el problema se origina en una serie de factores que interactúan, sin que se puedan desligar. En algunos casos particulares, es cierto, se puede ver que influye más lo sociocultural y en otros los propiamente psicológico individual, y todavía hay algunos en que lo genético es casi determinante, como ocurre con ciertas formas de alcoholismo. Para comprender el fenómeno sin caer

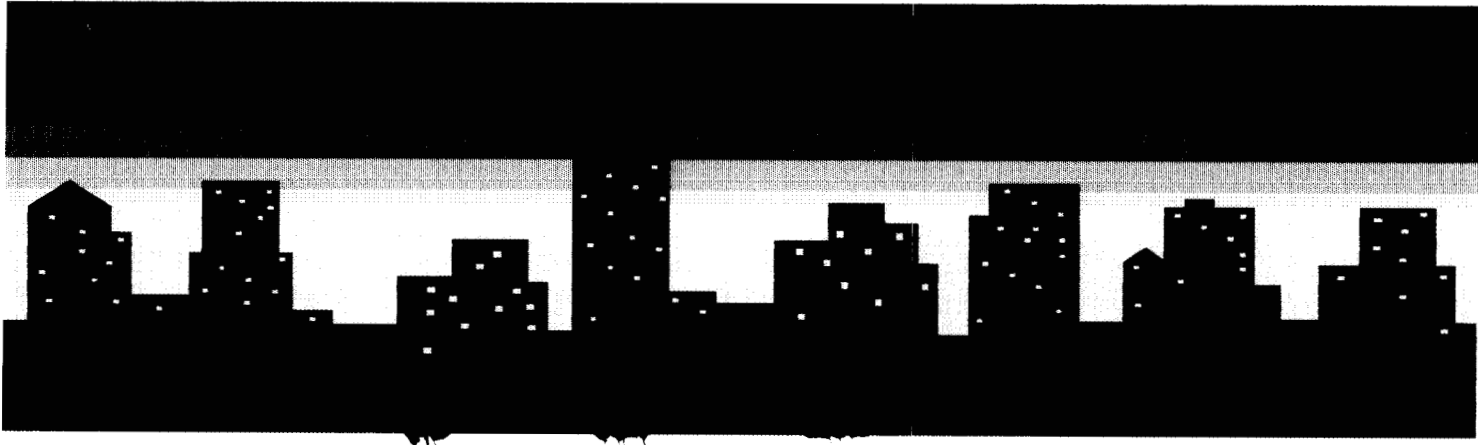
⁸ Griffith Edwards El modelo integral. p 15

en visiones reduccionistas o parciales, necesitamos un modelo que, de la manera menos complicada posible, responda al hecho inmodificable de su multicausalidad. El doctor Griffith Edwards y sus colaboradores propusieron lo que hoy conocemos como el modelo integral de las adicciones.

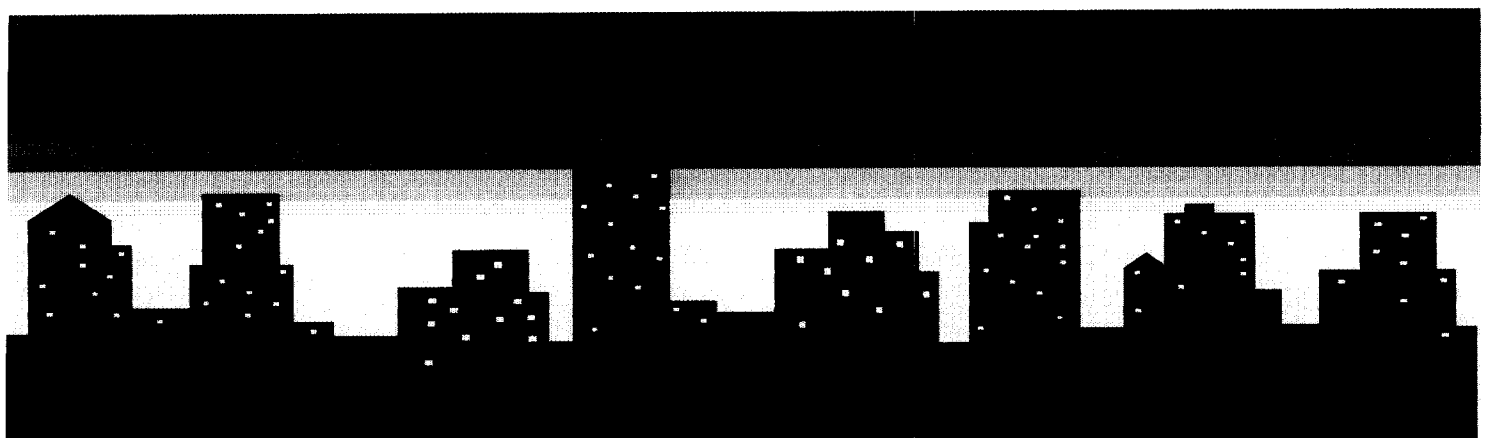
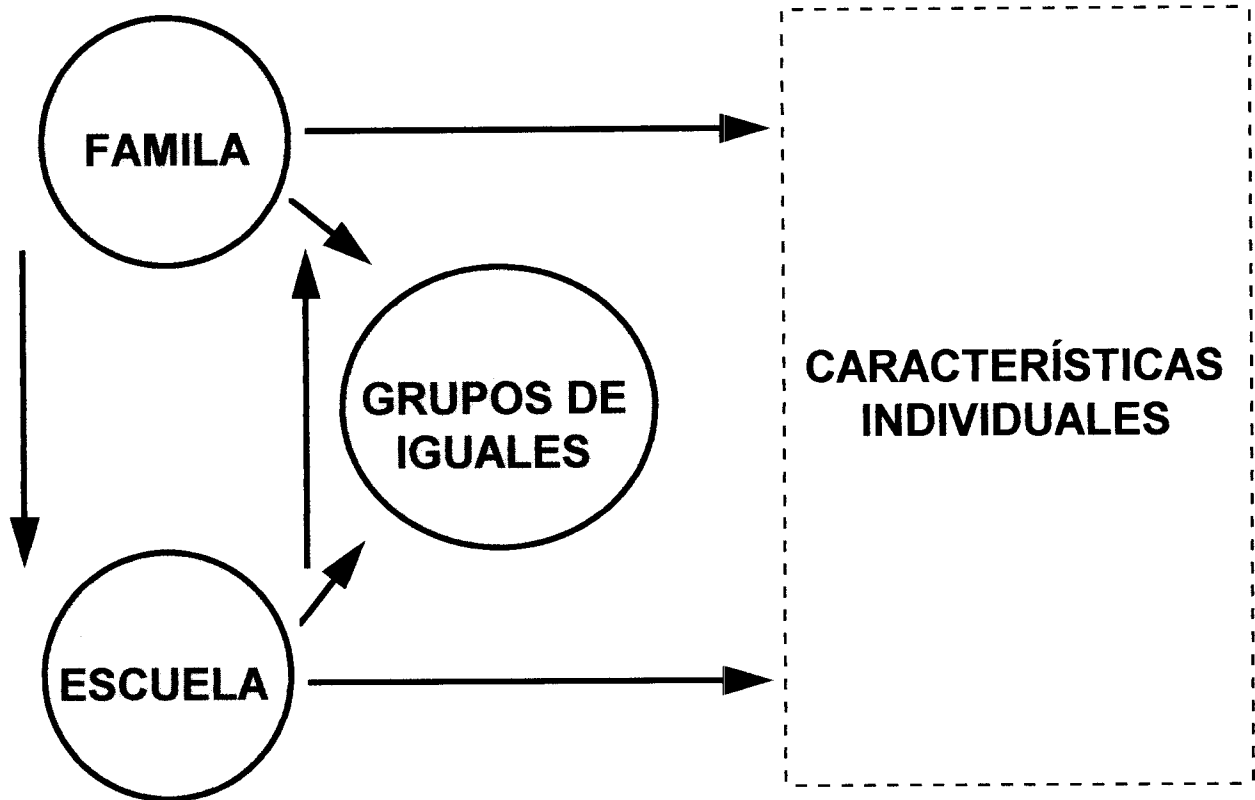
2.1 INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES MACROAMBIENTALES Y MICROSOCIALES



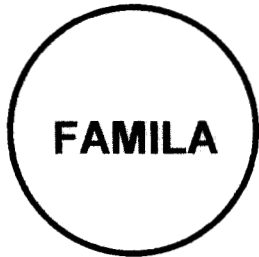
INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES MACROAMBIENTALES Y MICROSOCIALES



2.2 INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES



INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES



*CONFUSIÓN EN LOS
SUBSISTEMAS FAMILIARES;
AUSENCIA DE LÍMITES.*

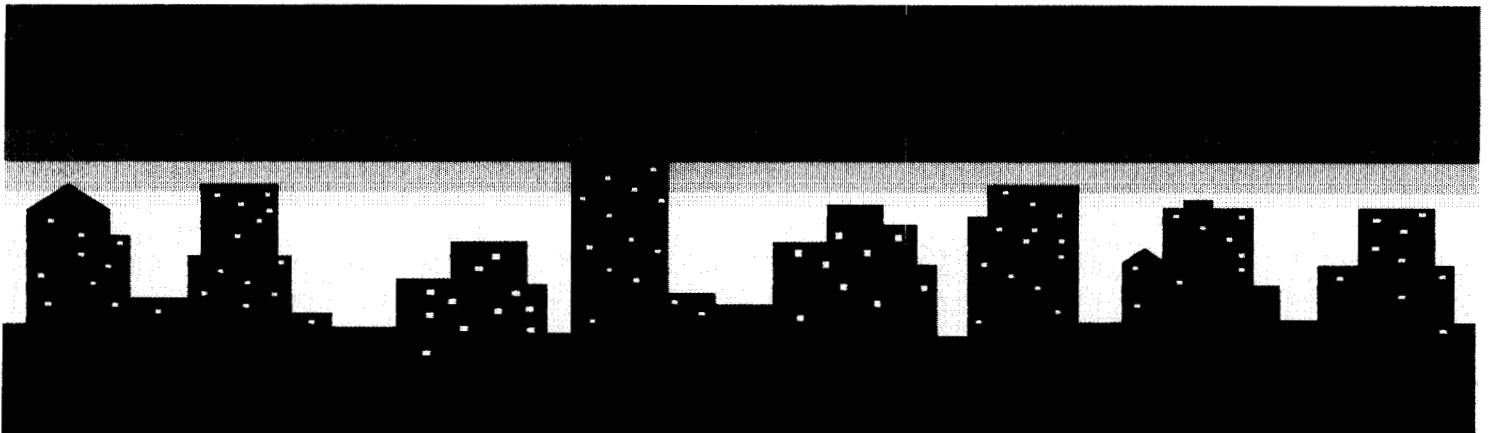
*SOBREPROTECCIÓN

*FALTA DE RECONOCIMIENTO
DEL HIJO (A).

*RELACIONES EN CLAVE DE
DOMINIO.

*DISTANCIA AFECTIVA.

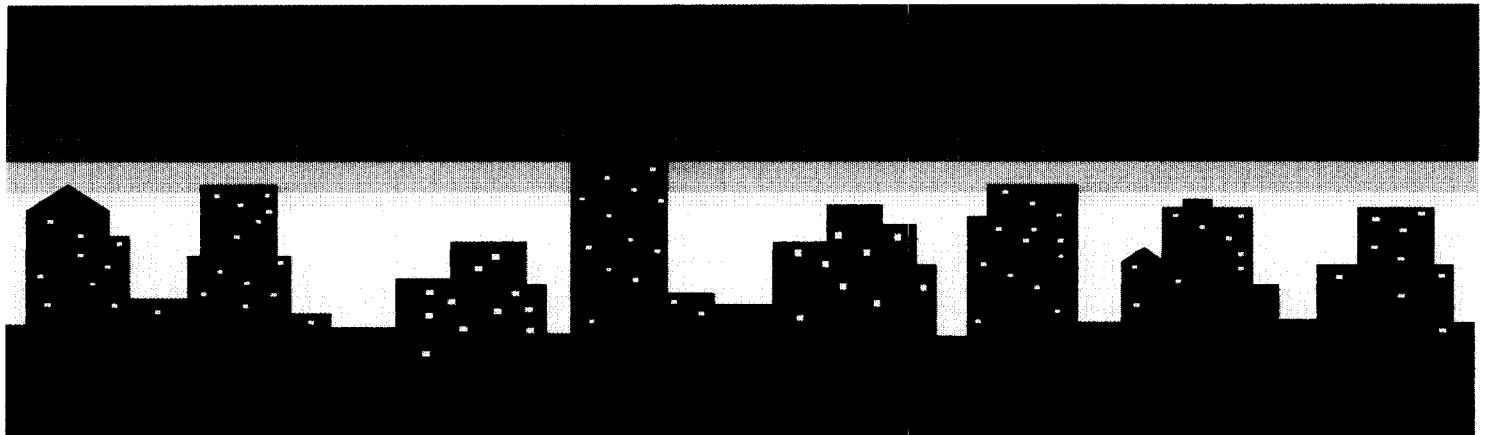
*DIFICULTADES DE
COMUNICACIÓN



INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES



- *PERCEPCIÓN DE FRACASO PERSONAL.
- *AUSENCIA DE MOTIVACIÓN ACADÉMICA.
- *INSATISFACCIÓN ESCOLAR.
- *DISTANCIA DE LAS NORMAS ESCOLARES.
- *FALTA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR.
- *ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA INSTITUCIÓN.

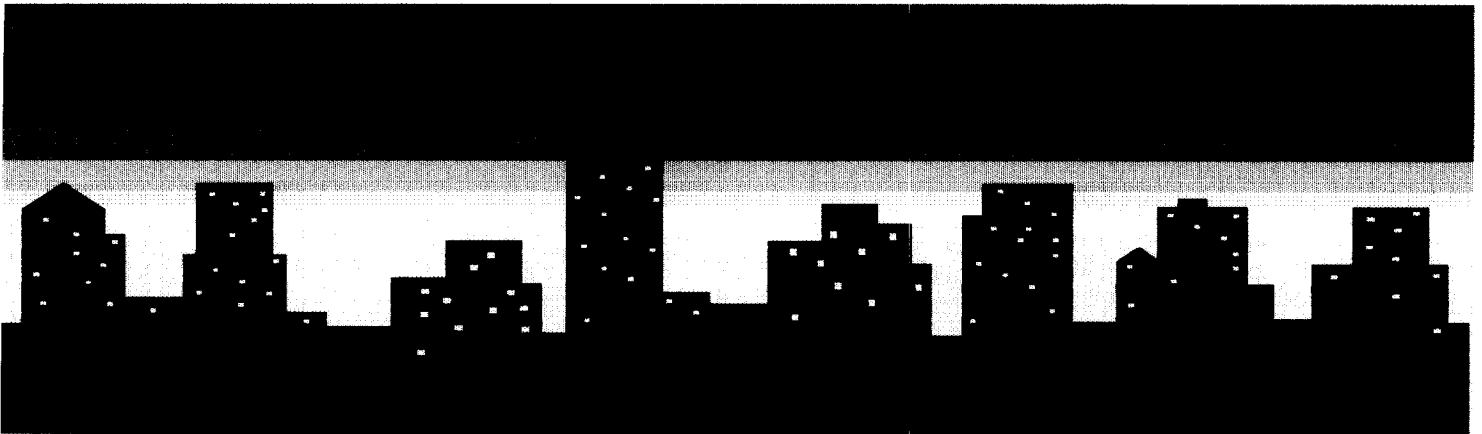


INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES

GRUPO
DE
IGUALES

*Búsqueda de un grupo de pares-refugio al que se adapta totalmente.

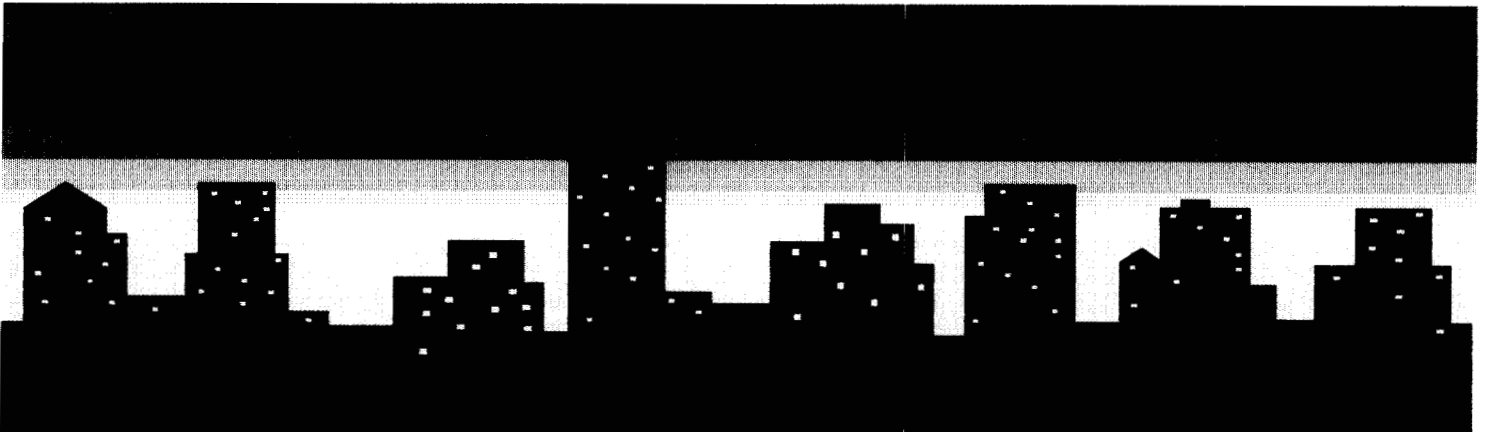
*Vulnerabilidad a la presión de grupo.



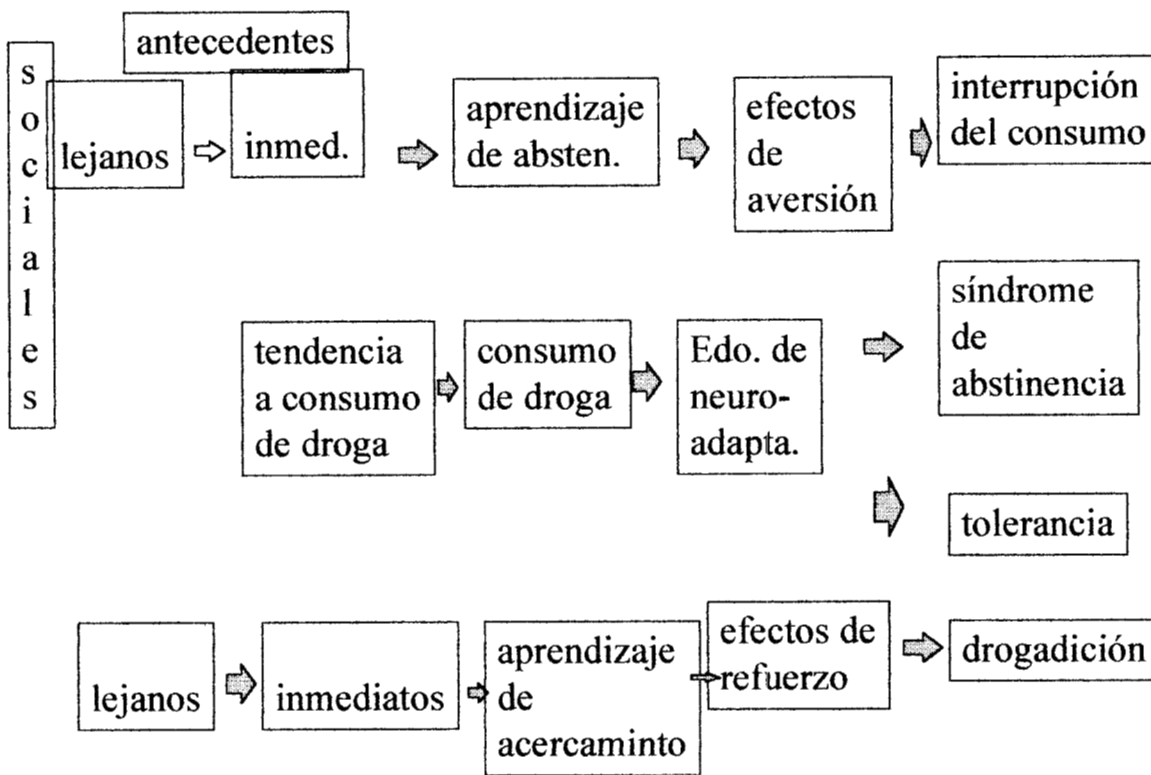
INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

- *Autoconcepto negativo.
- *Baja Autoestima.
- *Falta de autoestima en la acción.
- *Deficiente autocontrol.
- *Incapacidad para resolver conflictos y manejar situaciones.
- *Ausencia de ética moral autónoma.
- *Rechazo de las normas sociales..
- *Problemas de interrelación personal y social.



2.3.-MODELO DE INICIACIÓN, CONTINUACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.



En el modelo descrito, están incluidos los factores orgánicos, los psicológicos individuales y los culturales. De los primeros, no es mucho lo que se sabe, pero no cabe duda de que existen mecanismos genéticos que transmiten la menor o mayor vulnerabilidad a la dependencia de las drogas, de importancia variable según sean éstas. Igualmente "las estructuras bioquímicas cerebrales de algunas personas son más "lábilés" o desarrollan más rápidamente la neuroadaptación. Por esto, a los factores orgánicos se les llama también "constitucionales"¹, pues

¹ Griffith Edwards El Modelo Integral p. 19

no se puede ignorar un hecho evidente las personas consumen drogas, porque les gustan los efectos que producen.

2.4.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA COMO UNA RESPUESTA AL MODELO INTEGRAL

En este enfoque el paciente es aislado de su familia durante un periodo de tiempo variable que por lo general puede ser como promedio seis meses. Con un reducido personal terapéutico y el apoyo de exadictos, se proporciona el soporte emocional a los residentes para que aprendan a vivir independientemente y con un sentido de responsabilidad y organización, ya que hay una participación activa en el rol de las labores internas de la comunidad.

Los objetivos generales a conseguir a lo largo de proceso serían, en primer lugar, el lograr en el toxicómano y en su entorno familiar y social más inmediato una mentalización de la problemática; es decir sería **crear conciencia de enfermedad**.

En segundo lugar sería la configuración de una nueva forma de funcionamiento sana, y opuesta a la antigua (toxicomanía), a partir de la estructuración de su personalidad y de su mejor adaptación al medio externo no consumidor (o normativo).

En definitiva debe sustituir un enfoque de funcionamiento UNIFOCAL, en el que el polo de interés es la droga, por otro MULTIFOCAL, en el que el centro sea el propio individuo como sujeto.

Por último, el objetivo lograr sería la integración del toxicómano en la vida comunitaria, entendiendo por tal el conseguir la participación activa del mismo en su comunidad.

Comprende que su vida va a ser una búsqueda continua de equilibrio en la que tendrá que superar frustraciones.

Los avances en el tratamiento se efectúan a través de una evolución cognitiva formada por varios niveles: percibir una información, comprenderla e integrarla, lo cual darán como resultado un cambio y una generalización.

Se considera fundamental cambiar al tóxicomano del grupo social en la primer fase del tratamiento.

Las premisas básicas que fundamentan el espíritu de esta propuesta se basan en:

- Un enfoque holístico de la problemática
- La voluntad de someterse a la asistencia.
- El compromiso con el no consumo, una vez demandado el servicio

Objetivos de la comunidad terapéutica:

- Promover acciones para conservar la salud psico-físico-social.

Fomentar acciones para establecer, rehabilitar e integrar socialmente al toxicodependiente con la menor cantidad de secuelas posibles.

Cuenta con un equipo interdisciplinario, a través de la asistencia de médico-psicológica-social dentro del equipo de admisión, a efecto: **de diagnosticar y evaluar cada problemática individual en forma global y determinar el tipo de tratamiento más adecuado y viable que se aconseje.**

- Recepción del adicto
- Comprensión del problema
- Diagnóstico e indicación del tratamiento
- Derivación a uno de los niveles de tratamiento.

Modalidades de tratamiento.

1).-Atención Ambulatoria

Según el grado de dependencia, condiciones psico-físico-sociales y predisposición del paciente.

Encausa el tratamiento a aquellas personas que por su escaso compromiso con el consumo de drogas y grandes posibilidades de ayuda familiar, pueden ser tratados en forma ambulatoria.

2).-Comunidad terapéutica (C.T)

Encausa en el tratamiento a aquellas personas realmente comprometidas con el uso y abuso de drogas. Esta basado en a convivencia grupal, con normas directamente pautadas, con un sistema de valores comprometidos que va del grupo al individuo y se retroalimenta. La C.T. está inbuida de un espíritu propio, en donde el esfuerzo vale y el amor compromete.

3).-Derivación a Centros de Día

Para aquellos pacientes que a pesar de tener un mediano compromiso con el uso y abuso de drogas, cuentan con un grupo familiar capaz de contenerlo durante el tratamiento, además de apoyarlo. El sistema es dinámico similar al de la C.T. , pero sin residencia permanente. La residencia es diurna.

Técnicas utilizadas en las distintas modalidades de tratamiento.

- Consultaría Externa: asistencia médica-psicológica-social individualizada
- Asistencia Médica: Clínica Especializada.
- Asistencia Psicológica: Psicoterapia individual, familiar, y grupal.
- Terapia de convivencia
- Técnicas de Grupos educativos
- Grupos de reflexión
- Grupos de autoayuda para pacientes
- Grupos recreativos-lúdicos-artísticos.
- Grupos de autoayuda para familiares de adictos.

El ideal consiste en plantear un modelo de comunidad terapéutica de Puertas abiertas, libre de drogas, con su intervención voluntaria del paciente que decide ingresar a un modo de vida organizado por especialistas, para rescatar aspectos de su persona y adquirir habilidades que contribuyan a su autonomía en el futuro.

Basada en:

- Educación para la rehabilitación
- Apoyo para la reinserción socio-cultural

Se debe desenvolver en un concepto de educación permanente en todas las áreas del desarrollo de la persona: Consigo mismo, con los demás, con el mundo. Se propone el aprendizaje de límites y valores positivos de uno mismo, de los demás y del medio.

La deshabitación del uso indebido de drogas significa “ Aprender a vivir sin drogas”, por ello se debe construir un proyecto para independizarse y desarrollarse de acuerdo a sus nuevas expectativas.

Para facilitar la reinserción social de los egresados de la comunidad terapéutica se debe contar con un proyecto laboral. (granja, huerto, panadería, etc).

Los inconvenientes del modelo

Los principios señalados, fueron tomados de las comunidades terapéuticas Argentinas: Cumelen (estar bien), y El Reparó.

Los costos de su funcionamiento son elevados, y se basan en el PROYECTO FORESTAR Y EMPRENDIMIENTO TURISTICO ECOLOGICO DE PREVENCIÓN AL USO INDEBIDO DE DROGAS Y ALCOHOL. Su mantenimiento es muy alto, y esta basado mediante un convenio de prestación con la Fundación Río Abierto, con sede de admisión en Capital Federal.²

Por lo tanto lograr una comunidad de trabajo en México requiere de voluntad política, y de mucho trabajo. Por lo tanto analizaremos que comunidades terapéuticas existen en el D.F.

Encontramos que lo más cercano son los grupos de autoayuda.

En la actualidad funciona un proyecto piloto entre el grupo de autoayuda COMPAÑEROS UNO, y Centro contra las adicciones (CENCA), pero todavía no se cuenta con resultados que puedan ser estudiados en este momento. Y trabajan sin capital estatal, solo con apoyo de la Secretaría de Salud.

² Programa CUMELLEN en Internet. WEB: <http://www.olavarria.com/cumelen>

II.- LOS MODELOS PARCIALES DE TRATAMIENTO

Llamaremos modelos parciales de tratamiento a todos aquellos que consideramos manejan solo una parte de toda la problemática de las adicciones.

1.- MODELO MÉDICO TRADICIONAL

- prevención o tratamiento del síndrome de supresión
- Desintoxicación
- Tratamiento de complicaciones médicas
- tratamiento eminentemente sintomático. (**ataca los efectos y no las causas**)

Se utiliza fundamentalmente, el empleo de agentes psicotrópicos, pero su uso es controvertido:

“El empleo de agentes psicotrópicos ha sido reportado (Gessner, 1979, Fox y Smith, 1959), con buenos resultados en el tratamiento del bebedor problema, sobre todo en el proceso de desintoxicación... En otro grupo de estudios controlados, el uso combinado de estos medicamentos ha probado ser inefectivo para mantener al bebedor abstemio por periodos aceptables”¹

En el encontramos tratamientos como el efectuado por (CRETA), dependiente del Hospital general, que se dedica fundamentalmente en la atención a las complicaciones físicas derivadas del alcohol, como puede ser problemas hepáticos, renales, etc.

¹ Ayala Velázquez “Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de Alcohol p.3

2.- MODELO INTEGRAL MÉDICO-PSICOTERAPÉUTICO

- Integra un triple diagnóstico: a) Médico, b) Psiquiátrico c) Adictológico
- Desintoxicación, tratamiento del síndrome de supresión y las complicaciones médicas y psiquiátricas.
- Farmacoterapia como tratamiento auxiliar y paralelo al psicoterapéutico en casos que lo ameriten.
- Psicoterapia profesional
- No toma en cuenta el aspecto espiritual. Recomienda grupos de autoayuda como estrategia terapéutica auxiliar.

Este tratamiento se encuentra ligado a los Sistema abiertos de atención, por lo tanto en la mayoría de los casos no se cuenta con un centro de desintoxicación, necesario en casos de pacientes crónicos; no se separa al sujeto adicto, de su medio natural, por lo tanto se encuentra vulnerable a su medio social, familia, amigos, etc. dificultando con ello su abstinencia.

2.1. PROGRAMAS CON SISTEMAS ABIERTOS DE ATENCIÓN

En ellos, la atención se brinda a partir de que el paciente acepta de manera voluntaria participar en un programa de tratamiento. Funciona solo en horas hábiles y el paciente prácticamente vive en su medio natural.

Se otorga psicoterapia individual, familiar y grupal, la que puede reforzarse mediante la participación en grupos de autoayuda. en los casos que se requiera de una valorización hospitalaria, se sugiere una institución hospitalaria.

Los servicios de salud mental, como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSTE, SSA, DIF, etc.) En la que persiste una gran desigualdad en cuanto a recursos y la calidad de sus servicios.

Es por esto que la desigualdad de los servicios de salud es otro problema; las personas frecuentemente no saben dónde acudir, no tienen acceso a servicios relacionados con prestaciones laborales como puede ser (IMSS, ISSTE), entre los principales problemas encontramos: faltar al trabajo, no tienen quien los acompañe, o quien les cuide a los hijos, o no tienen dinero para los traslados.

Dentro de los principales inconvenientes encontramos que:

“Los problemas psicológicos y psiquiátricos que se presentan en los centros de salud no reciben atención por falta de personal capacitado. En cuanto a la atención, domina el escenario el uso de los psicofármacos y en algunos casos **los consejos**; en un número mínimo se practica la psicoterapia” (Medina Mora et al, 1992)²

Encontramos que dado que el paciente adicto es muy sensible los sentimientos positivos de aceptación o negativos como de rechazo, por parte del personal que lo trata, se requiere que el terapeuta este constantemente alerta de esas modificaciones, pues esta actitud puede motivar el abandono o la adherencia al tratamiento.

² Lara, Ma. Asunción Mujer, pobreza y salud mental p. 284

2.1.1. Programas para el uso racional de las drogas.

En este rubro encontramos las experiencias de las clínicas de Metadona en Tijuana , y el único estudio en México, de Belsasso y colaboradores³, en cuanto a su revisión y empleo:

- 1) Que por el poco desarrollo en nuestro medio y aún en aquellos donde existe mucha experiencia, algunos tratamientos no tienen una aplicación plena sin el riesgo de crear una nueva forma de farmacodependencia
- 2) No se considera necesario, por el momento la aplicación el establecimiento de un programa en está área. porque la información relativa a los programas de mantenimiento con metadona carecen de uniformidad y confiabilidad.
- 3) es necesario hacer hincapié en las dificultades del tratamiento de estos problemas y la necesidad de un enfoque multidimensional.

No encontramos una Institución del Sistema Nacional de Salud⁴ en el D.F. que en la actualidad maneje dicho programa, debido a lo alto de los costos.

3. INTERNAMIENTO HOSPITALARIO

Permite ofrecerle al paciente tratamiento psicofarmacológicos que requieren de la vigilancia de un equipo de salud. Por lo general, se recurre a este enfoque en los casos de pacientes psicóticos, por la facilidad de manejo. Dependiendo de la severidad del caso, podrán ser manejados posteriormente ya sea en una comunidad terapéutica o en un sistema abierto de atención.

³ CONADIC Informe a la SSA sobre las clínicas de Metadona

⁴ Organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio perteneciente al sector público, social o privado, cuyas acciones están orientadas hacia la atención de la salud.

Dependiendo de la organización para canalizar los casos, en el área de salud mental encontramos que *el tiempo desde que una persona pide ayuda por primera vez hasta que llega al servicio de salud mental puede ir de cero a 64 semanas (Caraveo y Mas, 1990)*

El acceso a la salud mental en áreas periféricas es más difícil al igual que para las personas que no cuentan con seguridad social en el área de Salud.

La mayoría de los problemas que se tienen son derivados de:

“La falta de capacitación en trastornos mentales por parte del personal de primer nivel de atención, así como la falta de psiquiatras, psicólogos, y trabajadoras sociales en los tres niveles, es uno de los factores que más limitan la posibilidad de dar un servicio de calidad en salud mental (De la Fuente, 1988; Plan General de Psiquiatría y Salud Mental , IMSS, 1987). El exceso de trabajo, la falta de recursos institucionales, las condiciones de pobreza de la población que atiende hacen que éste sea un trabajo difícil⁵.

El D.F. con más de 8 millones de habitantes, de los cuales un gran porcentaje no cuenta con servicio de salud pública, incorporados al IMSS , ISSSTE, ni tampoco con ingresos suficientes que les permiten sufragar gastos médicos por parte de los servicios de salud pública. La Secretaría de Salud cuenta con un Hospital psiquiátrico para población adulta “Fray Bernardino Álvarez”, uno infantil “Juan N. Navarro”, y uno de campo “Samuel Rodríguez”.

“El conjunto e hospitales cuentan con una cama psiquiátrica disponible para cada 5 ,453 habitantes en el caso del Distrito Federal, una cama para cada 55, 312 en la zona norte y centro de la República Mexicana, y una cama para cada 44,115 en la zona sur y sureste”⁶.

⁵ Lara, Asunción Mujeres, pobreza ... p. 354

⁶ Ibídem p. 252

sin contar que debido al modelo centralista en que vivimos en el país mucha gente de provincia se desplaza hacia el D. F. en busca de atención médica.

Y eso que aún no hemos tocado el espacio designado de atención para las adicciones dentro de los servicios de salud, que son aún más limitados.

El Hospital Infantil "Juan N. Navarro", cuenta con un programa de atención para problemas de adicción, PAIDELLA, dedicado a la atención de niños entre 8 y 16 años, con problemas de consumo de inhalantes.

NO EXISTEN DIFERENCIAS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO POR GENERO.

Atiende fundamentalmente intoxicaciones crónicas⁷ con patologías psiquiátricas, dejando de lado, a los que no entran en éste cuadro, como son los consumidores fuertes, (en vías de ser crónicos) su capacidad de atención es limitada, por lo tanto su acceso es restringido.

4. EL MODELO MINNESOTA

- Profesionaliza el programa de los 12 pasos de AA, en el cuál se basa
- La estructura psicoterapéutica que se responsabiliza de la rehabilitación, está formada por adictos recuperados que se capacitan para el desarrollo del programa.
- Médicos y psicólogos profesionales solo actúan como interconsultantes externos.

⁷ Intoxicación crónica.- Estado patológico de un organismo que se manifiesta por medio de alteraciones fisiológicas, desencadenadas por los efectos del consumo prolongado de una sustancia, lo cual favorece el fenómeno acumulativo.

- Esta proscrita la farmacoterapia como tratamiento paralelo.

La conversión espiritual y el apoyo de los grupos de autoayuda es fundamental.

Dentro del D.F. encontramos que los principales centros de tratamiento que ofrecen éste modelo son privados a precios prohibitivos para la mayoría de la población, encontramos:

- Clínica Monte Fénix
- Asesoría Psicológica Katun

En la actualidad se inició un programa piloto de atención coordinado entre la fundación “ama la vida” Centro Contra las Adicciones (CENCA), y el Grupo Compañeros Uno, el único inconveniente es que sus políticas de inclusión no aceptan a reincidentes, pero aún no se tienen resultados, por ello no comentamos más sobre ellos.

Los Centros de Integración Juvenil en su planteamiento general lo ofrecen, pero el gran inconveniente es que su módulo de desintoxicación consiste en 2 centros de tratamiento uno ubicado en Tijuana (15 camas), y otro en Guadalajara Jal. (10 camas), para satisfacer las demandas de atención a nivel nacional, y en general trabaja a base de consulta externa.

5. EL MODELO DE AUTOAYUDA

- Grupos externos y ayuda mutua.
- No hay tratamiento médico

- Busca la aceptación de la enfermedad y el mantenimiento de la abstinencia.
- desarrollo del programa de los 12 pasos
- Se fundamenta en una conversión espiritual como base de partida para el cambio.

5.1. ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Es innegable que cuentan con el mayor número de casos atendidos que cualquier otra institución, debido a su cobertura (grupos en casi todos lados), a su difusión, y por prestar ayuda gratuita.

¿En qué consiste su tratamiento?

Existen tres legados fundamentalmente recuperación, unidad y servicio.

“El primer legado de la recuperación personal se basan en un programa consistente de 12 pasos de recuperación como guía y principios a seguir para su desarrollo personal, El segundo que se refiere a su permanencia en el grupo en 12 tradiciones que rigen su forma de organización grupal.

El tercero legado es la estructura para coordinar la continuidad de servicio de AA a los alcohólicos de todo el mundo. El punto más importante es que el alcohólico admita su impotencia frente al alcohol y entregue su vida a un poder superior, un Dios como el lo conciba; le sigue un examen honesto de conciencia, reparar en la medida de lo posible los daños ocasionados a los demás y la ayuda a otros alcohólicos. El pertenecer a un grupo y establecer lazos estrechos con otros miembros es así mismo indispensable. Dentro de AA dejar de beber (día a día solo por 24 hrs.) es sólo una parte del programa; es necesario también un cambio de personalidad, lograr una conversión espiritual, de valores y actitudes que permiten al alcohólico alcanzar y mantener la sobriedad y no solo la abstinencia” *

Su terapia es de autoayuda, por lo tanto es de enfermo a enfermo a través del puente de comprensión que da haber pasado el mismo tipo de sufrimiento, de igual a igual, a través de un “padrino” (un miembro más antiguo a él y que tiene

las funciones de guía dentro de los principios del programa). No cuenta con atención médica.

“Muchas de las situaciones por las que atraviesa un alcohólico lo lleva a tener fuertes sensaciones de soledad y privación emocional con que llegan a A.A. El grupo y sus compañeros se vuelven su nueva familia y sus nuevos amigos”*

Forma de organización.

“de acuerdo con la estructura organizacional que tiene AA en nuestro país, el territorio nacional se divide en 6 zonas o regiones, cada una con un número variable de áreas, integradas, a su vez, por distritos que incluyen un número variable de grupos. Esto es similar en las dos estructuras paralelas de los grupos tradicionales, o de “hora y media”, conocidas como la “Central Mexicana” , y la “ Sección México” , la primera tiene una Oficina de Servicios Generales y es la única organización de AA. en México, reconocida por la Oficina Mundial de AA de Nueva York, además de ser la única autorizada para editar la literatura oficial de AA *

Si bien muchos de los grupos están registrados en alguna de las distintas organizaciones de AA un número desconocido de grupos trabaja al margen de cualquier afiliación, aunque practican los mismos principios del programa de rehabilitación y de funcionamiento grupal.¹; es innegable su probada capacidad en la recuperación de adictos, aunque existen diferencias dentro la interpretación del programa de autoayuda.

Consideramos que los cambios que sufren los grupos son resultado de movimientos internos dentro de los mismos. “El “movimiento “ 24 horas” que

* Pérez López. La mujer en los grupos p.129
A Prez López C... Las características de los grupos p 142

desde 1975 se separo de AA y que se encuentra dividido por lo menos en tres organizaciones separadas debido a conflictos internos".²

5.1.1. ¿Qué son los anexos ?.

La diferencia más significada encontrada entre los grupos es el uso de anexos (lugares de residencia), los grupos tradicionales hora y media no cuentan con ellos; los 24 horas basan fundamentalmente su desarrollo en los anexos. Existen también diferencias dentro de sus manejos, algunos afortunadamente en la mayoría no utilizan la violencia física como forma de control, también existen lamentablemente lugares en donde la forma de atacar el síndrome de abstinencia es a través de ella.

El procedimiento a seguir es que un familiar en la mayoría de los casos debe firmar la hoja de aceptación al internamiento, generalmente consiste en un lapso promedio de 6 meses, y los familiares se comprometen a proporcionar despensa para su manutención, aunque esto varia dependiendo el grupo en especifico del que se trate.

Según sus cifras es un tratamiento efectivo

“Una tercera parte dijo haber sufrido alguna recaída desde su llegada a AA; 16% indicó haber recaído una vez; el 12% más de una vez, mientras que el 60% manifestó haber alcanzado la sobriedad desde que llegó por primera vez a AA “*

Sin embargo se llegan a reportar casos de muertes dentro de los anexos, debido a que no tuvieron la atención medica requerida en su caso, por ello es necesario mantener una referencia institucional, ya que si se enviara como primer punto al

² Ibídem p. 139

* Pérez López Las características de los grupos p. 142

sujeto a una institución hospitalaria que se dedique a su desintoxicación y que posteriormente sea remitido a un grupo de autoayuda .

También es importante señalar, la necesidad de contar con un apoyo normativo que permita controlar el funcionamiento de los anexos, y granjas

II.-CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES QUE BRINDAN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN SOBRE ADICCIONES EN EL D.F.

Son las técnicas y no las teorías las que se aplican a las personas, por lo tanto los efectos de la psicoterapia son el resultado de la eficacia de las técnicas, lo que se ha dado ha llamar "ecletismo técnico" (Lazarus)¹

No podemos negar que toda la actuación terapéutica está enmarcada dentro una ideología que responde a nuestro concepto de lo que es la toxicomanía y su abordaje psicosocial.

Tipos de tratamiento

1) Métodos psicosociales.- Incluyen la psicoterapia individual, familiar, de pareja, terapias basadas en la modificación de la conducta ante una contingencia, condicionamiento aversivo, técnicas de relajamiento, entre otras.

2) Socioterapias.- Incluyen varias modalidades de comunidades terapéuticas y otros programas basados en el internamiento del paciente en un medio ambiente propicio para su tratamiento.

¹ Colombia Manual para el manejo ... p. 37

Características de las instituciones que brindan tratamientos de rehabilitación

1 Tipo de Servicios que ofrecen.

INSTITUCIÓN	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	DESINTOXICACIÓN	REHABILITACIÓN	DETECCIÓN DE USO DE DROGA
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS SECC. MÉXICO						
ASESORÍA PSIC. GRUPO KATUN						
C.A.A.F						
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL						
CENCA						
C.R.E.T.A.						
CLÍNICA SAN RAFAEL						
DROGADICTOS ANÓNIMOS						
FUNDACIÓN CASA ALIANZA						
GRUPO COMPAÑEROS UNO, A.C.						
GRUPO JÓVENES OCEANÍA, A.C.						
GRUPO 24 HRS DE AA						
HOSPITAL TOXICOLOGICO. JÓVENES POR LA SALUD						
HOSPITAL. XOCO						
HOS. PSIQ. DR. JUAN N. NAVARRO						
HOS. PSIQ. FRAY BERNARDINO ALVAREZ						
NARCÓTICOS ANÓNIMOS						
NEURÓTICOS ANÓNIMOS						
MONTE FÉNIX						

*datos tomados del directorio de instituciones del Consejo Nacional contra las Adicciones.

2 Tipo de sustancia que atienden

INSTITUCIÓN	ALCOHOL	POLIUSUARIOS	DROGAS DE DISEÑO
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS SECC, MEX.			
ASESORÍA PSIC. KATUN C.A.A.F.			
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL CENCA			
C.R.E.T.A.			
C.E.S.A.D			
CLÍNICA SAN RAFAEL DROGADICTOS ANÓNIMOS			
FUNDACIÓN CASA ALIANZA			
GRUPO COMPAÑEROS UNO			
GRUPO JÓVENES OCEANÍA, A.C.			
GRUPO 24 Hs DE A.A.			
HOSPITAL XOCO			
HOSPITAL TOXICOLOGICO			
HOSPITAL PSIQ. DR. JUAN N. NAVARRO			
NARCÓTICOS ANÓNIMOS			
NEURÓTICOS ANÓNIMOS			
HOSPITAL PSI. FRAY BERNARDINO A MONTE FÉNIX			

CUADRO NO. 2

2 Tipo de sustancia que atienden

INSTITUCIÓN	INHALANTES	COCAÍNA	FÁRMACOS
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS SECC, MEX.			
ASESORÍA PSI. KATUN C.A.A.F.			
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL			
CENCA			
C.R.E.T.A.			
CLÍNICA SAN RAFAEL			
DROGADICTOS ANÓNIMOS			
FUNDACIÓN CASA ALIANZA			
GRUPO COMPAÑEROS UNO			
GRUPO JÓVENES OCEANÍA, A.C.			
GRUPO 24 Hs DE A.A.			
HOSPITAL XOCO			
HOSPITAL. TOXICOLOGICO			
HOSPITAL PSI. DR. JUAN N. NAVARRO			
HOSPITAL PSI. FRAY BERNARDINO A			
NARCÓTICOS ANÓNIMOS			
NEURÓTICOS ANÓNIMOS			
MONTE FÉNIX			

CUADRO 1

3 MODALIDAD TERAPÉUTICA

INSTITUCIÓN	PSICOTERA PIA	TERAPIA I INDIVIDUAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA GRUPAL	TERAPIA FARMACOLOGICA	CAPACITACI ÓN	GRUPO DE AUTOAYUDA
AA. SECC MÉXICO							
ASESORÍA PSIC.KATUN							
C.A.A.F							
C.I.J.							
CENCA							
C.R.ET.A							
CESAD							
CLÍNICA SAN RAFAEL							
FUNDACIÓN CASA ALIANZA							
GRUPO 24 HS AA							
GRUPO COMPAÑER OS UNO A.C							
GRUPO JÓVENES OCEANÍA A.C							

CUADRO 2

2.3 MODALIDAD TERAPÉUTICA

INSTITUCIONES	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA GRUPAL	TERAPIA FARMACOLÓGICA	CAPACITACIÓN	GRUPO DE AUTOAYUDA
DROGADICTOS ANÓNIMOS							
NARCÓTICOS ANÓNIMOS							
NEUROTICOS ANÓNIMOS							

Fuente: resultados obtenidos de la Cédula de Servicios Institucionales aplicadas en enero de 1998.

4 ÁREA DE INTERVENCIÓN

INSTITUCIÓN	DESINTOXICACIÓN	TRATAMIENTO	INVESTIGACIÓN
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS SECC. MEX.			
ASESORÍA PSI. KATUN			
CAAF			
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL			
CENCA			
C.R.E.T.A.			
CLÍNICA SAN RAFAEL			
FUNDACIÓN CASA ALIANZA			
GRUPO COMPAÑEROS UNO			
GRUPO JÓVENES OCEANÍA, A.C.			
GRUPO 24 HS DE A.A.			
HOSPITAL XOCO			
HOSPITAL. TOXICOLOGICO			
HOSPITAL PSI. DR. JUAN N. NAVARRO			
HOSPITAL PSI. FRAY BERNARDINO A			
MONTE FÉNIX			

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Dentro las instituciones que prestan todos los servicios, y a todo tipo de adicciones encontramos:

- Asesoría psicológica Grupo Katun, institución privada, que tiene su centro de internamiento en Cuernavaca Morelos.
- Clínica Monte Fénix, Institución privada, que tiene su centro de internamiento en el sur del D.F.
- Clínica San Rafael, Institución privada, de tipo psiquiatría que atiende también problemas de adicciones, y tiene su centro de internamiento en el sur del D.F.

Los Centros de Integración Juvenil, en su planteamiento general cuentan con todos los servicios, pero solo cuenta con dos centros de internamiento que brindan desintoxicación, 1 en Tijuana, y otro en Guadalajara, Jal., con un cupo muy limitado, por lo cual para acceder a ellos se tiene que estar en lista de espera. La base de sus servicios se encuentra en la consulta externa. No aceptan consumidores de alcohol, ni con problemas legales.

Dentro de los que ofrecen internamiento a bajo costo encontramos:

Únicamente los grupos de autoayuda, que cuentan con la modalidad de "anexos", Se basa en los 12 pasos de AA. Su meta es lograr la conciencia del problema, desarrollar habilidades para enfrentarlo y adquirir una responsabilidad. El paciente en una primera etapa permanece aislado de su medio y posteriormente continúa en el tratamiento de forma ambulatoria. No se cuenta con tratamiento profesional, ni atención médica. Los grupos AA atienden alcoholismo, los Drogadictos Anónimos, todo tipo de drogas, al igual que los grupos de Narcóticos Anónimos; Los grupos de Neuróticos Anónimos atienden fundamentalmente adicciones a fármacos por la característica depresiva. Existen diferencias substanciales sobre el manejo del programa de autoayuda dependiendo la organización interna de cada grupo, lo que dificulta la elaboración de una conclusión general sobre su trabajo.

Dentro de los que ofrecen internamiento parcial:

Los hospitales del DDF. Hospital Toxicológico “Jóvenes por la Salud” Xochimilco, y Venustiano Carnazas, y el Hospital Xoco, dentro de su módulo de atención a adicciones.

El servicio consiste fundamentalmente en atender las intoxicaciones agudas², o los síndrome de abstinencia³, generalmente urgencias; el tiempo de su internamiento generalmente es de 6 a 36 horas.

Los hospitales psiquiátricos infantil, atienden a la población inhaladora entre 8 a 16 años en su programa de atención PAIDEIA, únicamente.

El hospital psiquiátrico para adultos, atiende a la población adicta siempre y cuando tenga patologías psiquiátricas asociadas. Acepta distintas adicciones.

Instituciones como C.R.E.T.A. dependiente del Hospital General de México, atiende daños físicos a consecuencia del consumo del alcohol, y su atención es a base de consulta externa.

El Centro contra las adicciones “fundación Ama la Vida”, se encuentra al oriente del D. F., trabaja en consulta externa, atiende todo tipo de adicciones, su costo es bajo. No cuenta con internamiento.

El centro de apoyo al alcohólico y su familia (CAAF), atiende únicamente alcohol, brinda atención individual, y familiar. Trabaja a base de consulta externa, se ubica en el centro del D.F., su costo de atención es bajo. No cuenta con internamiento.

² Estado patológico de un organismo que se manifiesta por medio de alteraciones fisiológicas, desencadenadas por los efectos del consumo de una sustancia empleada en una dosis superior a la capacidad del organismo para metabolizarla y eliminarla, dentro de un período de 48 horas después de su consumo

³ Se comenta con anterioridad en el capítulo sobre modelos de tratamiento.

III.- METODOLOGÍA DE UNA MUESTRA POBLACIÓN DE REINCIDENTES.

Nuestra muestra se eligió una población, integrada a través de la solicitud de atención a un tratamiento de rehabilitación en adicciones, de Toxicómanos (alcohol, cocaína, inhalantes, y poliusuarios) que ya habían estado en algún tratamiento anterior (diferentes), captado a través de llamadas telefónicas recibidas en el departamento de Orientación y Derivación de casos del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en 1997. El instrumento de trabajo fue la encuesta y se aplicó a 1006 personas que solicitaron la información como es: El mismo Toxicómano, o sus padres, parientes, amigos o vecinos siempre y cuando estuvieran al tanto de todo el proceso de tratamiento.

Pues, consideramos que la experiencia de los usuarios que ya estuvieron en uno o más Centros de Tratamiento nos proporciona información más fidedigna sobre el funcionamiento de los tratamientos y de las razones que influyeron para reincidir en el uso de sustancias tóxicas. Y la visión de los familiares o personas cercanas a ellos, nos puede ampliar nuestro panorama.

Etapas de trabajo:

Elección del tema

La elección del tema fue difícil, pues si bien sabíamos que nuestro interés giraba en torno a la problemática de las adicciones, no precisábamos sobre el punto a tratar. Nos interesaba saber si contamos con un modelo de tratamiento en rehabilitación de adicciones acorde con las necesidades de atención de la población toxicómana del D.F.; e identificar las alternativas que ofrecen las distintas instituciones dedicadas a brindar tratamientos de rehabilitación en adicciones en el área metropolitana; queríamos

acercarnos lo más posible a la realidad sobre el funcionamiento de las instituciones, por lo tanto elegimos investigar:

- 1) Lo que dicen las instituciones de ellas mismas, en base a los servicios que ofrecen, al mismo tiempo realizamos una investigación documental, sobre cuales son los principales modelos de tratamiento de rehabilitación en adicciones utilizados en México.
- 2) A través de sus usuarios, de los que estuvieron dentro de los Centros de tratamientos de rehabilitación en adicciones, a través de los sujetos que solicitaron atención dentro del departamento de Orientación y derivación de casos del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) que ya hubieran tenido algún tratamiento anterior.

Nuestro objetivo son:

- 1) Identificar las necesidades de atención de los sujetos de la muestra, y establecer las características fundamentales por tipo de sustancia, tiempo de consumo, edad y genero.
- 2) Investigar sobre los modelos de tratamiento utilizados por las instituciones dedicadas al tratamiento de rehabilitación en adicciones en el D. F., y los servicios que proporcionan.
- 3) Identificar si el tipo de tratamiento anterior influyo en la reincidencia de la toxicomanía, para investigar si los tratamientos parciales son poco eficientes.

De las 7,215 encuestas realizadas en 1997, eliminamos las concernientes a tabaco (3,516) por tratarse de una droga legal, y de las personas que no habían tenido tratamiento (1980), de los restantes eliminamos las llamadas de otras partes de la

república (713), para quedarnos con **1006 casos de sujetos toxicómanos que ya habían estado en tratamiento anteriormente.**

2.- Revisión bibliográfica sobre:

- Los principios básicos de la adicción

Las principales corrientes de pensamiento utilizadas dentro de los tratamientos de rehabilitación en adicciones. Tratamiento integral - tratamiento parcial.

- Terapia individual grupal, familiar.

Elección de variables:

Para seleccionar las variables de investigación partimos de la definición de adicciones utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reúne tres factores: Agente, El Huésped, El medio.

VARIABLES PRINCIPALES

Agente; la droga en sí y sus efectos en el organismo. 1) **Tipo de sustancia consumida:** *alcohol, fármacos, inhalantes, marihuana, poliusuarios y otras* . Para identificar las prioridades de atención en el campo de los tratamientos de rehabilitación; investigar si existen cambios sufridos en el consumo de sustancias en los últimos años.

2) **El tiempo de uso :** *1 a 24 meses , 1 - 5, 6-10, 10-15, de más.* para identificar en que etapa de consumo se encuentran: iniciales, moderados, fuertes o crónicos.

El Huésped.- persona consumidora. 1) **Edad:** *menos de 10, 10-15,16-20, 21-25,26-45, 46 a 60.* Nos permitirá identificar en que etapa de la vida (infancia, adolescencia, juventud, madures, senectud) se encuentran la mayoría de los consumidores, para orientar los tratamientos de acuerdo a los requerimientos propios de la edad.

2) **Sexo:** *Hombres-Mujeres.*- si la variable genérica influye en la elección de sustancia adictiva, y si la violencia es diferente en cada caso.

VARIABLES SECUNDARIAS.

3) **Quién solicita la información:** *El mismo, padre, amigo o novio (a), conyugue, vecino, pariente, desconocido.* Señalar la relación informante/ adicto, nos permite adentrarnos al conocimiento de la percepción de las adicciones por el enfermo y sus familiares; analizar el Medio (la sociedad o el ambiente donde se desarrolla).

Delegación en la que vive.- como un indicador de estrato económico, y para verificar la cercanía o lejanía con los centros de tratamiento y la población adicta.

Elaboración de Instrumentos:

De la cédula elaborada por la institución (CONADIC) para la capitación de la información telefónica realizada en forma de encuesta (se anexa), se eliminaron variables por no considerarlas relevantes para nuestra investigación, y se puso más énfasis las observaciones realizadas por parte de los toxicómanos.

Los datos utilizados para nuestra investigación fueron:

Ciudad/ delegación.- En un principio se penso en realizar la investigación solo en el D.F., pero para usos prácticos encontramos que la zona conurbada es percibida como parte del D.F. por lo tanto la ampliamos a la área metropolitana.

- Caso reportado:
 - Edad
 - Sexo

- Tipo de sustancia adictiva
- Tiempo de uso o consumo
- Tratamientos anteriores ¿dónde
- Quién solicita de Información
- Observaciones

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

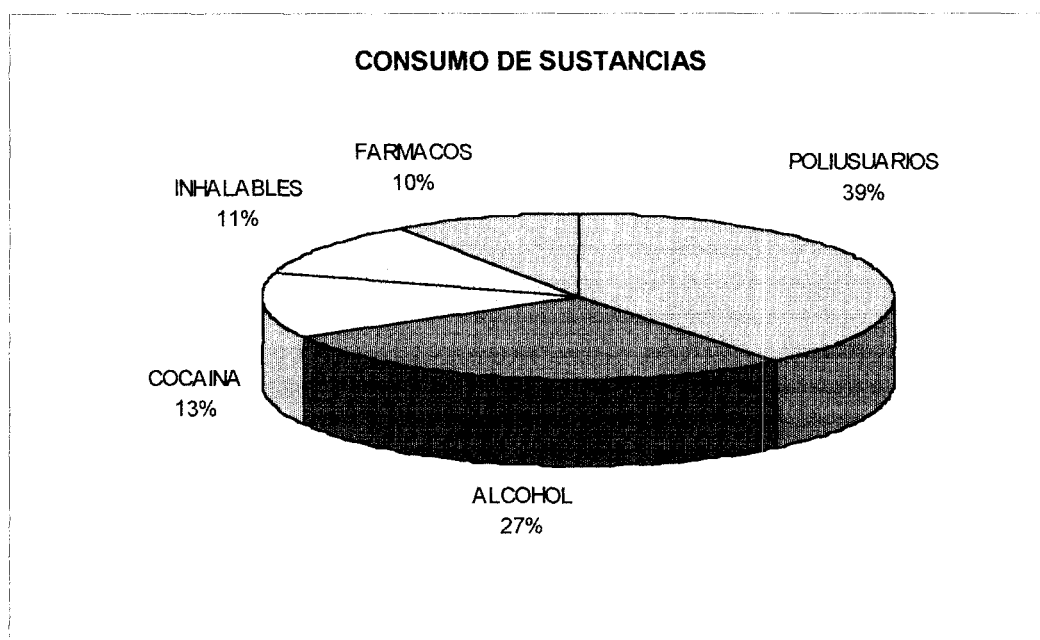
- La encuesta se diseño con claves para permitir la elaboración de una base de datos para captar y clasificar la información, el programa que se uso fue Excel.
- Presentación de los datos a través de cuadros y gráficos, en base a las variables elegidas: tipo de sustancia, edad, sexo, tiempo de uso, lugar donde recibió tratamiento anterior, persona que solicito la información, y delegación.
- Modalidad terapéutica de los centros de tratamientos mencionados por los usuarios de la muestra, y ubicación.
- Interpretación de resultados.
- Conclusiones del estudio.

Tipo de Investigación:

La investigación realizada es un estudio de tipo exploratorio, debido a que no se cuenta con un instrumento de trabajo homogéneo que permita conocer la problemática de las adicciones en México, tampoco existen estudios generales sobre la reincidencia en las toxicomanías, ni sobre la posible influencia de los modelos de tratamiento en ella, solo contamos con apreciaciones fragmentarias basadas en los esfuerzos de una sola institución. Dada la dificultad de acceder a la población toxicómana, consideramos que realizar una aproximación basados en la encuesta nos permitiría conocer el problema.

Por ello nuestra investigación se inserta dentro del área de la antropología médica, entendiéndola como el campo que evidencia los factores, mecanismos y procesos que participan o influyen en la forma con que los individuos y los grupos son afectados y responden al padecimiento y la enfermedad. Examina éstos problemas poniendo énfasis en los patrones de conducta¹

1.- Características de la población de acuerdo al tipo de sustancia utilizada



¹ tomada de Foster G, Anderson B: Medical Anthropology. En J. Wily & Son (ed) Etnopsychiatry Cap. 5:p.81.

1.1.- Poliusuarios

total 366 casos

Se conoce como toxicómano poliusuario o politoxicómanos: utilizan cualquier sustancia substitutiva, a cualquier cosa que atenúe su malestar inmediato. Consumen también simultáneamente drogas con efectos contrarios con el fin de encontrar sensaciones nuevas, distintas: lo importante es estar “aliviado” o como se conoce en el argot “estar chiro”

Búsqueda de placer inmediato y de “soluciones” rápidas

Inmadurez personal.

Es poco resistente a frustraciones. Recurren a “algo” externo que solucione.

La mayoría son sujetos masculinos en un 88%, pero se registra un 12% de mujeres consumidoras. (se analiza en el inciso sobre genero).

Nuestra población pertenece al rubro de los consumidores que ya han tenido tratamiento por lo cual creemos que el promedio medio en el que iniciaron su consumo es de 5 a 10 años antes. Es indicativo observar que se registra un 3% de casos consumidores entre 10-15 años, y un 0.5% de menor de 10, lo que nos habla que el consumo se inicia cada vez a más temprana edad. Por lo cual debemos empezar la prevención no en la adolescencia, sino ahora desde la infancia.

EDAD	MÁS FRECUENTES %
26-45	41
21-26	29
16-20	22
46-60	4
10-15	3
MENOR DE 10	0.5
MAYOR DE 60	0.5

Se encontraron fundamentalmente dos tipos de acuerdo a su consumo

- Alcohol-cocaína-farmacos
- Inhalables-alcohol-marijuana

De manera general podríamos decir que el poliusuario es una persona entre los 26 -45 años que ha hecho diferentes escalas en el uso de sustancias Como `puede ser:

- 1).- iniciación con alcohol, tabaco, marijuana
- 2).- alucinógenos, o inhalantes
- 3).- anfetaminas, cocaína.
- 4).- derivados opiáceos (crak, pitufos, tachas, etc.)
- 5).- heroína, Kistal, estasis

TIEMPO DE USO	AÑOS	MAS A MENOS %
2 A 5		39
6 A 10		23
11 A 25		18
más de 25		6
no informa		5

Al mismo tiempo que ha escalado en el uso de sustancias, lo ha hecho **dentro de los valores del mundo de las drogas, por lo tanto si aspiramos a su recuperación tendremos que tomar en cuenta todo su desarrollo social.**

Encontramos que:

Se vive por y para conseguir la dosis; la vida sólo adquiere valor cuando interviene la sustancia, se convierte en la única preocupación en la vida del consumidor. Por lo tanto

Faltas escolares, abandono de estudios, en muchos casos en los primeros años de la instrucción primaria. Por ello es importante que se cuente con apoyo social para lograr su reincursión como es la capacitación.

Desinterés por el trabajo. Falta motivación excepto por tener dinero para conseguir la sustancia.

Frecuente sensación de soledad: no se tienen amigos, sino “colegas”, “compas”. Todos son del “rollo”. Incapacidad de tener relaciones interpersonales profundas. Superficialidad. Pobreza de relaciones afectivas. Solo en un 7% un cónyuge, amigo o novio solicitaron atención para ellos.

El mayor número lo tienen los parientes, y no los padres, lo que puede ser indicativo del tipo de relaciones familiares con las que cuenta.

INFORMANTE	%
parientes	32
el mismo	30
padre	24
cónyuge	7
amigo / novio	7

De acuerdo al manual sobre el manejo de las adicciones editado por la SSA, y el (CONADIC) Un pre-requisito para cualquier plan de tratamiento psicológico es la desintoxicación del paciente.

“el poliusuario es una persona “enganchada” que necesita modificar su estado de ánimo y que teme profusamente el “síndrome de abstinencia”, mezcla de angustia moral y enfermedad física”.

Dentro de los tratamientos anteriores encontramos a los más frecuentes a los Grupos de Autoayuda en ellos están comprendido los grupos: Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, y grupo Compañeros Uno.

Consideramos que no tenemos los elementos para calificar la efectividad de los mismos, pues necesitaríamos contar con cifras que hablaran de su efectividad, y ese sería el tema de todo un estudio, ya que no encontramos datos al respecto. Solo podemos comentar que :

- Es el tratamiento más utilizado por los adictos de todo el país, el mayor número lo tienen los grupos de A. A., y precisamente por ello el servicio que prestan a los poliusuarios presenta inconvenientes.
- Cada uno de los grupos presenta diferencias internas sobre el manejo del “programa de recuperación” aunque éste punto se ampliara en el apartado dedicado al tratamiento de autoayuda.

Centros de tratamiento anterior	%
Centros de Integración Juvenil	22
grupos de autoayuda	53
Servicios de Salud Pública	13
grupo religioso (iglesias)	4.3
Hospital Psiquiatría "Fray Bernardo Alvarez"	3.5
Servicios privados"	2.5
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	1
Centro contra las adicciones (CENCA)	0.5
Hospital Psiquiatrico Infantil "Juan N. Navarro"	0.2

Centros de tratamiento anterior	Modalidad terapéutica
Centros de Integración Juvenil	Consulta externa
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Servicios de Salud Pública	consulta externa
grupo religioso (iglesias)	religiosa
Hospital Psiquiatría "Fray Bernardo Alvarez"	Internamiento hospitalario
Servicios privados"	Internamiento hospitalario, consulta externa, terapia individual, terapia familiar
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial
Centro contra las adicciones (CENCA)	Consulta externa
Hospital Psiquiatrico Infantil "Juan N. Navarro"	Internamiento hospitalario

1.2.-	Alcohol	TOTAL DE CASOS 255
-------	----------------	---------------------------

El alcohol se encuentra clasificado dentro de las drogas legales, pues su venta no se encuentra prohibida, sino por lo contrario las cantidades invertidas en su publicidad son muy elevadas.

Por lo mismo la tolerancia social ante ellas es más elevada.

Tenemos que aclarar que el tipo de casos que incluimos es de bebedores fuertes o crónicos, dejando de lado los casos de bebedores experimentales o sociales.

De acuerdo a la variable:

SEXO		
MASCULINO	87 %	FEMENINO 33 %

Consideramos que el aumento de consumidores femeninas con respecto a otras adicciones tiene que ver con la mayor tolerancia social prestada a este tipo de adicción.

EDAD (años)	%
26-45	60
21-25	14
46-60	12
16-20	9
mayor de 60	4
10 - 15	0.7
menos de 10	0.3

El mayor índice por edad se encuentra entre los 26 - 45 años, la etapa que es considerada como la más productiva seguidos de 21 a 25, y de los 46-60, lo que nos muestra como un fenómeno permanente a lo largo de la mayor parte de la vida. Es importante señalar los datos que nos muestran la presencia del 0.7 % entre los 10-15 años de edad. y que se reporta un 0.3 % en menores de 10 años, lo que nos indica la aparición temprana del alcoholismo en los sujetos.

De acuerdo a la variable :

TIEMPO DE USO (años)	%
11 a 25	33
21 a 25	29
16 a 20	24
más de 25	8
7 a 24 meses	6

Según diferentes estudios entre ellos el manual de la SSA sobre las adicciones el tiempo necesario para que el sujeto desarrolle una adicción es por promedio de 3 a 5 años, por lo tanto el consumo inicial es de 10 a 15 años de edad.

INFORMANTES	%
el mismo	42
pariente	31
cónyuge	12
padre	9
amigo/ novio (a)	6

En este rubro destacan los que solicitaron ellos mismos ser atendidos, lo que nos puede indicar

que se tiene más consciencia del problema.

Centros de tratamiento anterior	%
grupos de autoayuda	70
Servicios de Salud (públicos)	15
Centros de tratamiento (particular)	6
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	4
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardo Alvarez"	4

Centros de tratamiento anterior	MODALIDAD TERAPÉUTICA
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial
Servicios de Salud (públicos)	consulta externa
Centros de tratamiento (particular)	Internamiento parcial
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardo Alvarez"	Internamiento

En su mayoría el tratamiento en el caso de consumo de alcohol se encuentra a cargo de los grupos de Alcohólicos Anónimos, los tratamientos que se brindan por parte de

las instituciones es de Internamiento parcial, dedicado fundamentalmente a atender las consecuencias físicas del problema.

Se cuenta con un solo centro de atención pública dedicada al alcohol, el Centro de Ayuda al Alcohólico y su familia (CAFF), ubicado en el centro de la ciudad, dependiente de la SSA, que si bien es un buen modelo, no cuenta con internamiento hospitalario, se dedica a la consulta externa , con horarios de atención restringidos.

2.3.- COCAÍNA	TOTAL DE CASOS	122
----------------------	-----------------------	------------

Es una droga que estimula el sistema nervioso, en los últimos 2 años sus precios se han derrumbado, por lo que su consumo ha aumentado. Se encuentra en varias modalidades dependiendo el grado de concentración que ofrezca, la más frecuente es el en polvo para ser inhalada; generalmente se encuentra en “grapa” (bolsita de plástico engrapada) y sus niveles de pureza varían según el precio y frecuentemente el daño a la salud se asocia dentro de los adictos a su calidad.

A diferencia de otras adicciones con frecuencia el adicto continua trabajando, aunque al igual que los otros “*se verá obligado a delinquir a causa del alto precio de la sustancia. Primero en el núcleo familiar, de más fácil acceso; posteriormente en el medio externo*”².

SEXO	
MASCULINO 91 %	FEMENINO 9%

EDAD (años)	%
26-45	46
21-25	28
16-20	21
46-60	4

La edad más frecuente se encuentra entre los 26-45 años, lo que nos señala a los 21 como fecha posible de inicio.

² Colombia Manual ... p. 35

TIEMPO DE USO (años)	%
2 a 5	50
7 a 24 meses	24
6 a 10	15
11 a 25	7
menos de 6 meses	3
más de 25	2

Su tiempo de consumo es menor que el de otras sustancias, debido a los daños físicos que ocasiona.

INFORMANTES	%
el mismo	30
pariente	27
padre	16
cónyuge	13
amigo o novio	17

Es indicativo señalar que a diferencia con otro tipo de sustancias, sus relaciones sociales no se ven tan afectadas , el 27 % un pariente, el 16% un padre , y es la sustancia que recibió mayor número de cónyuges solicitantes con un 13%, al igual que de amigo o novio con un 17%.

Centros de tratamiento anterior	%
Centros de Integración Juvenil	30
Grupos de Autoayuda	35
Servicios de Salud (públicos)	9
Centros de tratamiento (particular)	20
Hospital psiquiatrico "Fray Bernardo Alvarez"	1
Grupo religioso	5

Resulta ser la adicción que más utiliza los servicios privados de atención.

Centros de tratamiento anterior	Modalidad terapéutica.
Centros de Integración Juvenil	consulta externa
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial (farmacológico)
Servicios de Salud (públicos)	consulta externa (farmacológico)
Centros de tratamiento (particular)	consulta externa e internamiento hospitalario.
Hospital psiquiatrico "Fray Bernardo Alvarez"	internamiento hospitalario (farmacológica)
Grupo religioso	religiosa

2.4.- INHALABLES

TOTAL DE CASOS 100

Los inhalantes más usados son: thinner, pegamento-cemento y activo; debido a su precio

se asocia su uso con un nivel socioeconómico bajo.

“sabemos que los inhalables ocupan el segundo lugar de importancia a nivel nacional, se estima que un 0.76% de las personas entre 12 y 65 años de edad lo han usado alguna vez (SSA, 1990). El uso de sustancias inhalables afecta principalmente a jóvenes y niños en etapas de desarrollo físico y emocional”³.

SEXO	
MASCULINO 90 %	FEMENINO 10%

EDAD (años)	%
16 A 20	43
21 A 25	31
26 A 45	18
10 A 15	7
46-60	1

Es la sustancia más usada por los niños de 10 -15 años de edad.” es la droga de preferencia de los estudiantes, aún antes de la marihuana, en 1991 aumenta el número de usuarios activos de éstas sustancias (SEP, 1992)”⁴

TIEMPO DE USO (años)	%
2 a 5	35
6 a 10	25
7 a 24 meses	20
menos de 6 meses	9
11 a 25	7
no informa	4

INFORMANTES	%
pariente	40
padre	38
amigo o novio (a)	12
el mismo	9
cónyuge	5

Es el tipo de sustancia que reporta el menor interés por parte de los mismos usuarios, pues solo reporta el 9%, contra un 40% de un pariente y es significativa también que es

³ Median Mora, María Elena Abuso de inhalables en población de menores que trabajan en la calle p. 2

⁴ Ídem.

en donde los padres solicitaron más un internamiento de tipo residencial, pues generalmente son sujetos que no trabajan, que no son productivos.

Dentro de las observaciones realizadas se encontró significativo que nuestros usuarios no son personas de la calle, sino que aún no rompen el vínculo familiar, en contra a lo que se piensa que la mayoría de los inhalantes pertenece a los “niños de la calle”, lo que nos hace predecir que el número de consumidores en este rubro a aumentado notablemente, pero debido al tipo de población a que nos referimos su cálculo es muy difícil de definir.

Centros de tratamiento anterior	%
grupos de autoayuda	30
Hospital psiquiátrico “Fray Bernardo Alvarez”	10
Servicios de Salud (públicos)	20
Hospital psiquiátrico “Juan N. Navarro”	40
grupos religiosos	0
EDAD (años)	%
26-45	55
46-60	23
21-25	15
16-20	4

TIEMPO DE USO (años)	%
6-10	36
2-5	32
11-25	12
más de 25	5
menos de 6 meses	5

INFORMANTES	%
el mismo	65
pariente	18
padre	8
cónyuge	6
amigo o novio (a)	3

Es el tipo de adicción que reporta a los mismos usuarios como

Centros de tratamiento anterior grupos de autoayuda	Modalidad terapéutica. terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial (farmacológica)
Servicios de Salud (públicos)	consulta externa (farmacologica)
Centros de tratamiento (particular)	consulta externa (farmacológica)
Hospital psiquiátrico "Juan N. Navarro"	Internamiento Hospitalario (farmacológica)
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	Internamiento Hospitalario (farmacológica)
Grupo religioso	religiosa

El mayor número se encuentra en el Hospital psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" pues cuenta con un programa de atención a la población infantil inhaladora PAIDEIA, los casos reportados informaron que el tratamiento que tuvieron fue de Internamiento hospitalario, con manejo farmacológico, y al darlos de alta, no siempre se establece un seguimiento, y éste es a través de citas en la consulta externa, generalmente muy espaciadas.

2.5.- FÁRMACOS	TOTAL DE CASOS 89
-----------------------	--------------------------

SEXO	
FEMENINO 51%	MASCULINO 49%

En este rubro encontramos a las mujeres como las principales consumidoras, lo que expresa que hombres y mujeres expresan los padecimientos de diferentes maneras. Las mujeres a través de la depresión.

"Aun en caso de los depresión, las mujeres presentan sentimientos de tristeza, soledad, incapacidad y dependencia, mientras que los hombres muestran sentimientos de culpa, de fracaso personal, de no hacer bien las cosas y de desesperanza" (Newmann, 1984,1986) ⁵

Sería interesante cruzar esta variable con violencia intrafamiliar, pero queda fuera de nuestros objetivos, aunque creemos que las cuestiones de tipo cultural son muy interesantes.

⁵ Lara, Asunción Mujer, pobreza y salud mental p. 253

EDAD (años)	%
26-45	55
46-60	23
21-25	15
16-20	4

TIEMPO DE USO (años)	%
6-10	36
2-5	32
11-25	12
más de 25	5
menos de 6 meses	5

Generalmente los consumidores de fármacos reportan que en un inicio recurrieron a una institución de salud, o a una consulta privada, por problemas relacionados con depresión fundamentalmente, y el tratamiento que les indicaron fueron fármacos, y tiempo después, reportan seguir con problemas depresivos aumentados al consumo inmoderado de fármacos.

solicitantes de atención

Centros de tratamiento anterior	%
Servicios de Salud (públicos)	60
Grupos de autoayuda	10
Servicios de Salud (privados)	20
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	10

Centros de tratamiento anterior	MODALIDAD TERAPÉUTICA
Servicios de Salud (Pública)	consulta externa (farmacológico)
Grupo de autoayuda	terapia de autoayuda
Servicios de Salud (Privado)	consulta externa (farmacológico)
Hospital psiquiátrico "Fray Beranardino Alvarez"	internamiento hospitalario (farmacológico)

Dentro de los grupos de autoayuda a que más asisten se encuentra: Neuróticos Anónimos, y el Grupo de Adictos a las Relaciones destructivas.

2.6.-Características de frecuencia por delegación.

2.6.1 Poliusuarios

DELEGACIÓN	% DE USUARIOS
GUSTAVO A. MADERO	10
COYOACAN	8
CUAHUTEMOC	6
EDO. DE MÉXICO	6
NAUCALPAN	5
ALVARO OBREGON	5

2.6.2 Alcohol

DELEGACIÓN	% DE USUARIOS
GUSTAVO A. MADERO	11
COYOACAN	10
CUAHUTEMOC	8
ECATEPEC	7
IZTAPALAPA	7
NEZAHUALCOYOTL	6

2.6.3.- Cocaína

DELEGACIÓN	% DE USUARIOS
GUSTAVO A. MADERO	14
IZTAPALAPA	11
BENITO JUÁREZ	9
CUAHUTEMOC	9
V. CARRANZA	9
CD. NEZAHUALCOYOTL	7
ECATEPEC	7
TLALPAN	7

2.6.4.- INHALABLES

DELEGACIÓN	% DE USUARIOS
IZTAPALAPA	14
G. A. MADERO	11
EDO. DE MÉXICO	10
CD. NEZAHUALCOYOTL	8
ECATEPEC	8
IZTACALCO	7
CUAHUTILAN	7

Las delegaciones con mayor número de casos de adictos registrados son:

**GUSTAVO A. MADERO
IZTAPALAPA
CUAHUTEMOC
ECATEPEC
COYOACAN
CD. NEZAHUALCOYOTL.**

Estas delegaciones políticas, son las que reportan un alta tasa de densidad de población, y también de falta de servicios públicos, entre ellos lugares donde se preste atención a la rehabilitación adictivos.

“La situación de pobreza también genera una dependencia de las instituciones sociales e impide el ejercicio de un control directo sobre los medios para satisfacer los propios deseos y necesidades. Esta falta de control sobre las propias condiciones de vida junto con la falta de esperanza de que las situación externa cambie, puede tener una relación importante con los desórdenes emocional” (Fried, 1975)⁶.

El estado de México desde su inició lo caracteriza que su población esta formada en su mayoría de emigrantes del interior de la República. Son casi nulas las opciones de tratamiento en esta área por parte de los servicios de salud pública.

⁶ Lara, Asunción Mujer, pobreza ...p.254

Fenómenos como la migración rural-urbana , generalmente motivadas por el deseo de encontrar mejores oportunidades para elevar su calidad de vida, resultan estresantes, pues el proceso migratorio implica, una constante adaptación psicológica a un ambiente hostil y diferente al de la comunidad de origen. Estos motivos de tensión han sido encontrados significativamente relacionados con indicadores de trastornos mentales como la depresión, la somatización, la ansiedad y con ello también de fármacodependencia.

La vida cotidiana de la población pobre que vive en la ciudad se desenvuelve en un ambiente caracterizado por grandes carencias, la falta de servicios básicos como agua potable, escasez de vivienda y deterioro social generalizado que se manifiesta a través de la violencia en la comunidad y violencia doméstica, corrupción, crimen, abuso sexual, alcoholismo, exigencias y explotación laborales, roles múltiples.

2.7.- EL Genero dentro de las adicciones.

Nos encontramos que existe dos tipos de clasificaciones sobre las drogas, las “legales” como son el alcohol y las drogas medicas; su uso se encuentra socialmente aceptado, y dentro de está permisividad se perciben como inocua lo que aumenta considerablemente el consumo de sustancias como fármacos y alcohol entre mujeres. Las drogas “ilegales” o prohibidas son: cocaína, mariguana, inhalantes, drogas químicas o “de diseño”, y generalmente son más consumidas por hombres.

Por lo tanto existen diferencias conforme al uso de sustancias tóxicas de acuerdo a la variable genero

- El sexo femenino caracteriza por sintomatología depresiva, lo que se puede observar a través del consumo en los fármacos (51%), también es interesante que las edades de dicho consumo son entre los 26-45 años, fundamentalmente.
- El masculino se caracteriza más por un perfil de ansiedad y de mayor agresividad.
- Lo que refleja diferencias culturales en la educación para hombres y mujeres.

“la condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que designen a la mujer como ser social y cultural genérico, es decir, con un conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres - desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relaciones económicas y sociales y la opresión que las somete - cuyo origen y dialéctica escapan a la historia y pertenecen, para la mitad de la humanidad a determinaciones biológicas congénitas ligadas al sexo., Por otro lado, esta condición de la mujer se constituye por el conjunto de instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan “*

Pues encontramos que en cuanto a la violencia doméstica y social de las mujeres en general y de las adictas en particular, la perspectiva de género se expresa en diferentes reglas para hombres y mujeres, siendo para los varones conductas más abiertas, permitidas, que para las mujeres.

Pero tomando como referencia la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1990 encontramos:

* Hierro, Ma. Elena, Género p.12

“En cuanto al consumo del alcohol y de estupefacientes encontramos clasificados como bebedores excesivos al 2% de las mujeres y el 27.3 de los hombres”⁷, y conforme a nuestra muestra se reporta un aumento en el consumo de mujeres. (13%).

En este rubro se encontró:

- Son susceptibles de violencia y hostigamiento sexual en mayor grado, por parte de sus compañeros, de la policía y también dentro de los tratamientos de rehabilitación.
- Los familiares “sienten” o expresan mayor preocupación y lo toman como un problema más indignante. Por lo cual se comenta “se sufre una doble estigmatización una por ser adicta y otra por ser mujer”⁸.

⁷ tomada de Lara, Asunción Mujer, pobreza y Salud. p. 252

⁸ Romero, Martha Necesidades de atención p.13

CONCLUSIONES

Los servicios de atención a la salud en el área de la salud mental es muy limitada en todos sus niveles (primario, secundaria, y terciaria), y por lo tanto la atención a las adicciones dentro de los tratamientos de rehabilitación es más escasa.

Dentro de los servicios de salud pública existe un mínimo de tratamientos de rehabilitación dentro del IMSS, ISSSTE, La gran mayoría se encuentra desprotegido socialmente por lo tanto recurre a los servicios otorgados por la Secretaría de Salud, o por el DDF., que también son mínimos, en este rubro se insertan los servicios proporcionados por Los Centros de Integración Juvenil. Y por ello es muy escasa la participación de profesionales capacitados en el área de las adicciones.

Dentro del estudio institucional que realizamos se percibe falta de coordinación general, lo que se aprecia por la ausencia de instrumentos homogéneos para la investigación, y el trabajo conjunto dentro de los servicios de salud.

Pues no encontramos un instrumento de trabajo homogéneo que permita conocer la problemática de las adicciones en el D.F., sino por lo contrario se cuentan con apreciaciones fragmentarias basadas en los esfuerzos de una sola institución, dificultando con ello la apreciación general del problema, que limitan el diagnóstico y canalización a los servicios de una sola institución, evitando con ello la integración a un programa de tratamiento más idóneo del adicto, que repercutirá en una mayor permanencia dentro del tratamiento y con ello de mejores resultados en la reinserción social.

La investigación realizada es un estudio de tipo exploratorio, cuantitativo, pues consideramos que debido al tipo de población y la dificultad para identificarla, encontramos variables que no estaban previstas como son:

- Las diferencias en el funcionamiento de los distintos grupos de autoayuda.
- La temporalidad de muchos de los programas de rehabilitación efectuados en las distintas instituciones.
- La falta de estudios comparativos sobre la efectividad de los distintos modelos de tratamiento, y las causas de la reincidencia dentro del D.F.; y la influencia en la reincidencia de los tratamientos parciales.

Los Toxicómanos reincidentes detectan ausencias en los tratamientos anteriores, que pueden propiciar la reincidencia en el uso de sustancias tóxicas, como es:

- Falta de servicios en el área de la desintoxicación (sobretudo en drogas de diseño)
- Ausencia de tratamiento residencial a nivel institucional, que los separe de su medio natural, pues señalan lo difícil de continuar en abstinencia sujeto a las mismas presiones sociales anteriores a su tratamiento.
- La falta de dinero para los traslados, los conflictos familiares son otro factor señalado, que se solucionaría si se les proporciona un tratamiento residencial.
- La ausencia de apoyo social en el área de la educación y la capacitación para el trabajo también son señaladas como un factor condicionante para evitar la readaptación, y propiciar la reincidencia.
- Falta de apoyo legal.

Podríamos decir que los tratamientos son parciales porque no contemplan dichos factores, mientras que el modelo integral las contempla como prioritarias, para lograr la reinserción eficaz, y con ello impedir la Toxicomanía, pero en la práctica no contamos con una institución de salud pública que contemple un modelo integral, lo más cercano a él, son algunos grupos de autoayuda.

Consideramos que es necesario realizar otros estudios para comparar nuestros resultados.

- Si las instituciones dedicadas a brindar tratamientos de rehabilitación en el área de la desintoxicación (Hospital Toxicológicos, y Centros de Integración Juvenil), están optimando sus servicios o si por lo contrario se podrían aprovechar más.
- Elaborar una investigación sobre los resultados por los tratamientos de rehabilitación de las instituciones observadas.
- Investigar si los programas parciales de atención estudiados, son guiadas a través de los enfoques que buscan la aplicación de la psiquiatría más amplia con acciones de menor costo y mayor cobertura, o por lo contrario producen mejores resultados.

Dentro de los servicios de desintoxicación encontramos que:

- Se brinda solamente atención emergente porque: son de internamiento parcial de 12 a 36 horas como máximo y se reduce a 3 centros (2 Toxicológicos Venustiano Carranza, Xochimilco, y el Hospital de Xoco).

- Prácticamente los Centros de Integración no cuentan con éste servicio, pues no tienen módulo de desintoxicación en el D. F., y por su estructura para ingresar en uno de sus dos centros de desintoxicación se tiene que estar en lista de espera. Tampoco manejan atención en casos de crisis (24 Hs.), y muchos de sus miembros trabajan de manera voluntaria, por lo tanto no tienen la formación profesional idónea.
- En su mayoría las instituciones trabajan a base de consulta externa en horarios restringidos debido a que no cuentan con presupuesto, y debido a la crisis económica se han restringido programas de rehabilitación en adicciones.

La falta de capacitación del personal de salud en el área de las adicciones ocasionan que se caiga en actitudes moralistas, que descalifican a forma de vida del adicto, el querer imponer los conceptos propios sobre lo que debe ser desde el enfoque tradicional médico-paciente, por lo que el pronóstico es bueno, si los sujetos cooperan a los objetivos de adaptación del médico o terapeuta, según las observaciones realizadas ésta es una practica cotidiana que aumenta la angustia en el toxicómano y con ello se contribuye al abandono del tratamiento.

El debate incluye la disparidad de posiciones frente al mismo ordenamiento causal en el sentido de considerar si los toxicómanos son enfermos porque consumen, o si consumen porque están enfermos, es decir si las adicciones son una enfermedad o un síntoma.

- Las sustancias más utilizadas son: Poliusuarios, alcohol, inhalantes, y fármacos. Existen diferencias en torno al tipo de personalidad y relaciones familiares, por elección de sustancia tóxica, lo que señala lo necesario de

realizar un diagnóstico tomando en cuenta dichas particularidades, para canalizarlo al tratamiento más idóneo.

- Existe una “subcultura de las drogas”. Por lo tanto el adicto construye su identidad entorno al mundo de las drogas.

Debemos partir de que se consume porque la droga cubre espacios vacíos, porque en tiempo y forma los mecanismos que debían favorecer el desarrollo fallaron en su constitución y el “drogarse” forma parte (para el adicto) de ser alguien en este mundo.

No debemos seguir argumentando con políticas de prevención obsoletas y fuera de la realidad, como es esperar que el joven “toque la puerta” y los “padres respondan”^{*}, que niega la dinámica familiar y la baja autoestima característica de los Toxicómanos, sino por lo contrario aprovechar dichas variables en la elaboración de programas de tratamiento que relacionen al adicto con los tratamientos de rehabilitación.

A diferencia de otras enfermedades, las adicciones no pueden verse de una manera aislada entre sujeto-droga, en donde el único enemigo a vencer es la sustancia tóxica, como principio y fin de la enfermedad, según el enfoque epidemiológico, por lo tanto no podemos limitarnos a proporcionar un medicamento sustituto, porque a la larga es caer en lo mismo, crear una “promesa de felicidad”, de no sufrimiento, es seguir manteniendo al adicto en un plano de incapacidad, de buscar soluciones rápidas y fáciles aparentemente a

^{*} campaña de Centros de Integración Juvenil en los medios de comunicación.

bajo costo (sin tomar en cuenta el gasto social). Por lo contrario, a nivel de diagnóstico y tratamiento es evidente que el médico no puede contender solo con el problema, por lo que es indispensable la postura de trabajo multidisciplinarios e interdisciplinario de carácter biopsicosocial.

Los centros de desintoxicación que existen son principalmente privados, pero:

- Debido a sus precios son prohibitivos para la mayoría de la población. Se debe realizar un estudio sobre todos los centros de tratamiento en adicciones privados en la ciudad de México, y en general en toda la República, pues no encontramos un directorio actualizado en dicho rubro.

La mayor carga de trabajo la tienen:

- los grupos de autoayuda basados en las experiencias vivenciales y la presión del grupo, son lo más cercano a las Comunidades Terapéuticas, aunque en ellas no se cuente con tratamiento profesional.
- Los grupos que atienden adicciones son: Grupo Compañeros Uno, Alcohólicos anónimos (AA), Drogadictos Anónimos (DA), y Narcóticos Anónimos (NA), Adictos a las Relaciones Destructivas (ARD), y Neuróticos Anónimos (NA).
- Solo que observamos fuertes diferencias dentro del manejo de su programa de recuperación sobretodo en su organización: tipo de "corrientes" (tradicional, 24 has, etc.), y los tratamientos residenciales ("anexos" y granjas) que brindan, por lo tanto se hace necesario un estudio que señale las variantes

entre los grupos, pues dichas diferencias, no permite probar su grado de rehabilitación o eficacia.

- El inconveniente que encontramos en ello es que se dejan de largo otro tipo de patologías.

Son distintos tipos de grupos religiosos:

- Trabajan de acuerdo a su corriente religiosa, y fundamentalmente en base a sus ideas doctrinales.
- Por lo que el pronóstico es bueno, si los sujetos aceptan los principios religiosos, y se adaptan a los objetivos de la comunidad o grupo religioso.
- También, se hace necesario un estudio que investigue sobre el poder de la religión como agente de cambio dentro de las adicciones, los clasifique e identifique, para conocerlos y probar su grado de efectividad.
- También es necesaria su reglamentación para evitar abusos.

No encontramos una institución dedicada a la capacitación y educación de los toxicómanos a una nueva forma de vida que permita su reincursión social

- tampoco encontramos las “casas de medio camino”, que señala el manual de adicciones de la Secretaría de Salud.
- Solo encontramos talleres de panadería, carpintería, con los que cuentan algunos “anexos o granjas”, para el automantenimiento del grupo.

Se necesita investigar la manera en que se reparte el presupuesto destinado al trabajo en materia de adicciones (lucha contra el narcotráfico, programas de

prevención, tratamientos de rehabilitación, etc.), para conocer el porcentaje otorgado a los tratamientos de rehabilitación.

Consideramos que la forma en que abordan las instituciones el problema depende de sus distintos enfoques, y de la manera en que influyen las políticas marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y La Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por todo lo anterior se necesitan nuevas propuestas de trabajo en el área de las adicciones en general.

BIBLIOGRAFÍA

Bauleo, Armando. *Psicología Social y Grupos, Contrainstitución y Grupos*, Ed. Fundamentos, México, 1977, pp. 29-71

Barruecos Villalobos, Luis *Drogas, Historia y Religión (Entrevista)*

Cárdenas Arroyo, Jorge; Souza y Machorro, Marío *Los enfoques sociomédicos y los modelos para el abordaje de la problemática del consumo de alcohol*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Casco Flores, Margarita, Nateras Guillermina **El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan**. *Salud Mental*, V.16 No. 1, marzo de 1993.

Lara, Ma. Asunción, Salgado de Snyder, Nelly **Mujer, pobreza y Salud Mental** p.243-291 en *Las Mujeres en la Pobreza* Colegio de México.

Lapassade, George **Grupos, organizaciones e instituciones**. Gedisa, México, 1985; 326 p.p

Lourau, Rene **El Análisis Institucional**. Amarrortu editores, Buenos Aires, 296 pp.

Geimberg, León et al **Introducción a las ideas de Bion**. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979 17-35 pp

Griffth Edwards **El Modelo Integral** (ponencia)

Medina Mora, María Elena Coord. **Abuso de Inhalantes en población de menores que trabajan en la calle**. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Proyecto de Investigación sometido a consideración del Fideicomiso de Solventes e Inhalables FISI, 1995.

Narro, José, **Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México**, Rev. Fac de Med UNAM Vol. 35 No. 2 Abril-Junio, 1992

Nateras Dominguez, Alfredo. **De Instituciones, drogas y jóvenes** 25 pp. (ponencia)

Páez, D., Valencia J, Morales J.F., Ursua N. **Teoría, Metateoría y Problemas Metodológicos en Psicología Social**, 31-205

Pérez López,C, González Lourdes,Rosovsky,Casanova Leticia. **La mujer en los grupos de Alcohólicos Anónimos**; Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría,1992

Pérez López,C, González Lourdes,Rosovsky,Casanova Leticia. **Las características de los grupos y de los miembro de Alcohólicos Anónimos.**;Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría,1991

Romero Mendoza Martha P., Gómez Castro Cecilia, Ramiro Maritza, Díaz Alejandro; **Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta** Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales; Antiguo camino a Xochimilco 101. México 14370, D. F.

Rosovsky, Haydée **Avances en el Desarrollo de un Sistema de Información y Documentación en Alcohol.** Reseña de la VII reunión de investigación 1992, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Rosovsky, Haydée, Leyva German;**Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991

Wagner Glenn, Susan, Parsons, Oscar. **Alcohol Abuse and Familial Alcoholism: Psychsocial Correlates in Men and Women**, Journal of Studies on Alcohol, Vol 50, No. 2, 1989.

Secretaría de Salud (SSA). Consejo Nacional contra las Adicciones.(CONADIC) 5 **Mitos Sobre el Alcoholismo** (folleto)

Secretaría de Salud (SSA). Consejo Nacional contra las Adicciones.(CONADIC) **Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México**

----- **Reportes de la clínica de Metadona.**

Secretaría de Salud (SSA). Consejo Nacional contra las Adicciones.(CONADIC) CESSAL **Alcoholismo: Información básica para la población rural.** México:SSA. CESSAL, 1995,28PP.

----- **Información básica para la educación y la comunicación social en el campo de la farmacodependencia** (Serie Técnica) México:SSA, CESSAL,1995,32 pp.

Sefchovich, Sara **Violencia y Familia** Psicoterapia y Familia, 1990, vol.3,n.2,p 14-19.

Zemelman, Hugo **La totalidad como perspectiva de descubrimiento**

ANEXO 1
POLUSUARIOS TOTAL 366 CASOS

SEXO			
MASCULINO	88 %	FEMENINO	12 %

EDAD	MÁS FRECUENTES %
26-45	41
21-26	29
16-20	22
46-60	4
10-15	3
MENOR DE 10	0.5
MAYOR DE 60	0.5

TIEMPO DE USO	AÑOS	MAS A MENOS %
2 A 5		39
6 A 10		23
11 A 25		18
más de 25		6
no informa		5

INFORMANTE	%
parientes	32
el mismo	30
padre	24
cónyuge	7
amigo / novio	7

Centros de tratamiento anterior	%
Centros de Integración Juvenil	22
grupos de autoayuda	53
Servicios de Salud Pública	13
grupo religioso (iglesias)	4.3
	3.5
Hospital Psiquiatría "Fray Bernardino Alvarez"	
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	1
Centro contra las adicciones (CENCA)	0.5
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"	0.2

Centros de tratamiento	modalidad terapéutica
C.I.J.	Consulta externa
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro"	
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino A"	Internamiento hospitalario
Tóxicologico	Internamiento Parcial

ANEXO 2

ALCOHOL	TOTAL DE CASOS 255
----------------	---------------------------

SEXO	
MASCULINO 87 %	FEMENINO 33 %

EDAD (años)	%
26-45	60
21-25	14
46-60	12
16-20	9
mayor de 60	4
10 - 15	0.7
menos de 10	0.3

TIEMPO DE USO (años)	%
11 a 25	33
21 a 25	29
16 a 20	24
más de 25	8
7 a 24 meses	6

INFORMANTES	%
el mismo	42
pariente	31
cónyuge	12
padre	9
amigo/ novio (a)	6

Centros de tratamiento anterior	%
grupos de autoayuda	70
Hospital Toxicólogo "Jóvenes por la Salud"	4
Servicios de Salud (públicos)	15
Centros de tratamiento (particular)	6
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	4
Grupo religioso	1

Centros de tratamiento anterior	Modalidad terapéutica.
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial (farmacológica) consulta externa (farmacológico)
Servicios de Salud (públicos)	consulta externa e internamiento hospitalario.
Centros de tratamiento (particular)	Internamiento hospitalario (farmacológica)
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	religiosa
Grupo religioso	

ANEXO 3

COCAÍNA	TOTAL DE CASOS 122
----------------	---------------------------

SEXO	
MASCULINO 91 %	FEMENINO 9%

EDAD (años)	%
26-45	46
21-25	28
16-20	21
46-60	4

TIEMPO DE USO (años)	%
2 a 5	50
7 a 24 meses	24
6 a 10	15
11 a 25	7
menos de 6 meses	3
más de 25	2

INFORMANTES	%
el mismo	30
pariente	27
padre	16
cónyuge	13
amigo o novio	17

Centros de tratamiento anterior	%
Centros de Integración Juvenil	30
Grupos de Autoayuda	35
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	0
Servicios de Salud (públicos)	9
Centros de tratamiento (particular)	20
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	1
Grupo religioso	5

Centros de tratamiento anterior	Modalidad terapéutica.
Centros de Integración Juvenil	consulta externa
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial (farmacológico)
Servicios de Salud (públicos)	consulta externa (farmacológico)
Centros de tratamiento (particular)	consulta externa e internamiento hospitalario.
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	internamiento hospitalario (farmacológica)
Grupo religioso	religiosa

ANEXO 4

INHALABLES	TOTAL DE CASOS 100
-------------------	---------------------------

SEXO	
MASCULINO 90 %	FEMENINO 10%

EDAD (años)	%
16 A 20	43
21 A 25	31
26 A 45	18
10 A 15	7
46-60	1

TIEMPO DE USO (años)	%
2 a 5	35
6 a 10	25
7 a 24 meses	20
menos de 6 meses	9
11 a 25	7
no informa	4

INFORMANTES	%
pariente	40
padre	38
amigo o novio (a)	12
el mismo	9
cónyuge	5

Centros de tratamiento anterior	%
grupos de autoayuda	30
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	10
	20
Servicios de Salud (públicos)	
Hospital psiquiátrico "Juan N. Navarro"	40
Grupo religioso	0

Centros de tratamiento anterior	Modalidad terapéutica.
grupos de autoayuda	terapia de autoayuda
Hospital Toxicológico "Jóvenes por la Salud"	Internamiento parcial (farmacológica)
	consulta externa (farmacológica)
Servicios de Salud (públicos)	
Centros de tratamiento (particular)	consulta externa (farmacológica)
Hospital psiquiátrico "Juan N. Navarro"	Internamiento Hospitalario (farmacológica)
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	Internamiento Hospitalario (farmacológica)
Grupo religioso	religiosa

ANEXO 5

FÁRMACOS	TOTAL DE CASOS 89
-----------------	--------------------------

SEXO	
FEMENINO 51%	MASCULINO 49%

EDAD (años)	%
26-45	55
46-60	23
21-25	15
16-20	4

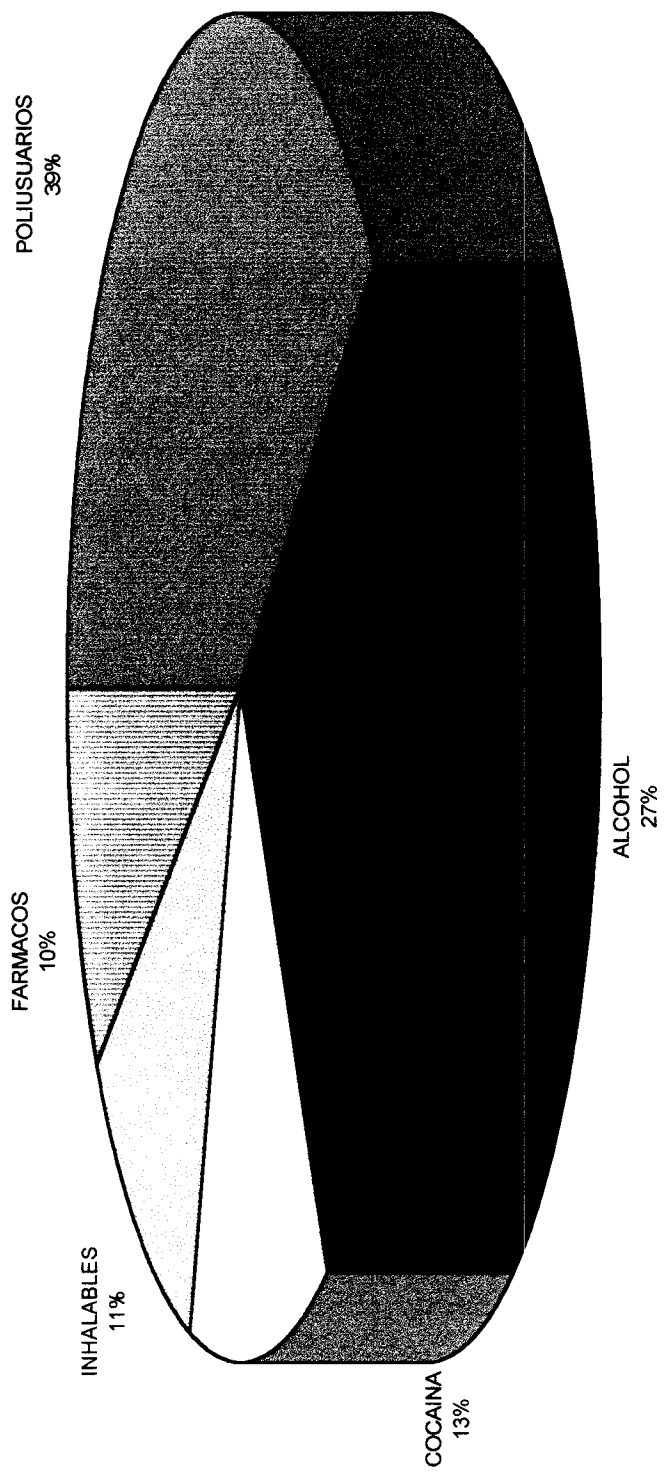
TIEMPO DE USO (años)	%
6-10	36
2-5	32
11-25	12
más de 25	5
menos de 6 meses	5

INFORMANTES	%
el mismo	65
pariente	18
padre	8
cónyuge	6
amigo o novio (a)	3

Centros de tratamiento anterior	%
Servicios de Salud (públicos)	60
Grupos de autoayuda	10
Servicios de Salud (privado)	20
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	10

Centros de tratamiento anterior	MODALIDAD TERAPÉUTICA
Servicios de Salud (Pública)	consulta externa (farmacológico)
Grupo de autoayuda	terapia de autoayuda
Servicios de Salud (Privado)	consulta externa (farmacológico)
Hospital psiquiátrico "Fray Beranardino Alvarez"	internamiento hospitalario (farmacológico)

CONSUMO DE SUSTANCIAS





CEDULA DE ATENCIÓN DE LLAMADAS

Clave del operador:
Fecha:

Turno:
Hora de

INFORMANTE	Relación Informante/Adicto		Motivo de la llamada	Medio de Conocimiento del CASO/C	Edad	Sexo	Ocupación	Escala de escolaridad	Tipo de sustancia adictiva	Tiempo de uso	Tratamiento	Emergencias	Solicitud Inform.
	1) Mi mismo	1) Desconocido											
	2) Padre	2) Masculino											
	3) Amigo / Novia /a	3) Femenino											
	4) Conyuge	4) Adicción											
	5) Vecino	5) Problema Público											
	6) Pariente	6) Emergencia											
	7) Desconocido	7) Otro problema											
		8) Salud de Informante											
		9) Broma											
	10) Desconocidos												
	11) Otros												
	12) Televisión												
	13) Radio												
	14) Prensa												
	15) Escuela												
	16) Instituciones de Salud												
	17) Organización												
	18) Interpersonal												
	19) Directorio telefónico												
	20) Teléfono de información												
	21) Menor de 10 años												
	22) De 10 a 15												
	23) De 16 a 20												
	24) De 21 a 25												
	25) De 26 a 45												
	26) De 46 a 60												
	27) Mayor de 60												
	28) No informa												
	29) Masculino												
	30) Femenino												
	31) Grupo mixto												
	32) Estudiante												
	33) Empleado												
	34) Desempleado												
	35) Desempleado												
	36) Inactivo												
	37) Obrero												
	38) Hogar												
	39) No informa												
	40) Primaria												
	41) Secundaria												
	42) Técnica												
	43) Media superior												
	44) Superior												
	45) Ninguna												
	46) No informa												
	47) Marihuana												
	48) Cocaína												
	49) Inhalables												
	50) Alcohol												
	51) Tabaco												
	52) Otra adicción												
	53) Se desconoce												
	54) Inhalable												
	55) Farmacos												
	56) Menos de 6 meses												
	57) 7 a 24 meses												
	58) 2 a 5 años												
	59) 6 a 10 años												
	60) 11 a 25 años												
	61) Más de 25 años												
	62) No informa												
	63) SI												
	64) No												
	65) No informa												
	66) Intención suicida												
	67) Intoxicación												
	68) Malicia												
	69) Publicaciones												
	70) Audiovisual												
	71) Conferencias												
	72) Bibliografía												
CANALIZADO													
Observaciones													