

OK
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

UNAM
FACULTAD DE PSICOLOGIA

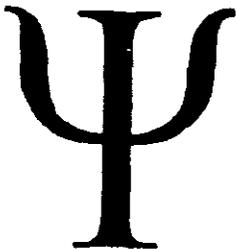
LA FARMACODEPENDENCIA A HEROINA.
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS METODOS
DE REHABILITACION APLICADOS A ADICTOS EN LA
CIUDAD DE MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
S U S T E N T A
SARA OFELIA GAMBOA MONROY

DIRECTOR: LIC. CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D. F.

MARZO 1999



TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

27/691



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESTAURACIÓN

Sola, en la oscuridad,
no te puedo ver, Señor,
pero así te amo,
no preciso verte,
para amarte más,

Sí, Tú eres mi luz,
y el amor me lleva a Ti.

Sí, parecía ser como si el sol
nunca más brillara sobre mí,
pero Tú llegaste y me diste
vida otra vez,
y mi corazón se alegró.

Por Ti he vuelto a ver,
a través de los ojos de tu amor,
Tú me has enseñado a vivir,
sí, sí, nadie es como Tú,
nadie me enseñó lo que era la vida,
pero Tú llegaste y me diste vida,
otra vez,
y mi corazón se alegró.

A MI DIOS:

Porque fue mi inspiración para elegir el tema y para realizar este trabajo de Tesis. Además, porque su perfecto amor me ha bendecido y con la diestra de su justicia me ha sostenido, en medio de dolor y dificultades. Mi vida está escondida en Dios. Para Él sea la gloria y la honra por este trabajo y por todo lo que Él es en mi existencia.

A MI AMADO ESPOSO IGNACIO:

Porque cuando hubo en mí desánimo y apatía, él supo inyectarme ánimo y presión para retomar mi meta; y su amor y ternura han motivado y alegrado mi vida, para con disciplina, entusiasmo e ilusión perseverar hasta concluir hoy la tarea.

A mis preciosos y amados hijos,

JONATHAN Y JENNIFER:

Por su perseverancia en cuidar de insistirme en que este trabajo debía ser terminado. Así también por su gran paciencia y tolerancia tan valiosa e importante para mí, con las cuales me brindaron la oportunidad de dedicarle largas jornadas de tiempo a este trabajo.

A MI AMADA MAMITA:

Con mi más amplio agradecimiento por su amorosa confianza depositada en mí, cada vez que me recordaba que no debía dejar abandonada mi meta. Hoy doy infinitas gracias a Dios por haberle extendido largamente su preciada vida, para que pudiera yo tener la dicha y el privilegio de lograr depositar en sus manos este regalo de mi tesis concluida y darle así esta satisfacción que como mi madre sé que ella anhelaba vivir.

A MI AMADA HERMANA ROSY Y A SU QUERIDO ESPOSO, DR. SERGIO GONZÁLEZ:

Mi más profundo agradecimiento a mi muy querida hermana Rosy, y a su esposo, por su muy valioso apoyo para realizar los trámites que hicieron posible que este trabajo fuera autorizado para su presentación. Sin su importantísima intervención, yo no hubiera podido realizar dicho trámite, debido a la gran distancia geográfica que me separa de mi amada UNAM.

A MI AMADO HERMANO PACO Y A SU QUERIDA ESPOSA RITA:

Por su valiosísimo apoyo y ayuda para elaborar el Proyecto de esta tesis y sus palabras de ánimo y motivación para continuar hasta terminar este trabajo.

A MI QUERIDO ASESOR:

El presente trabajo fue realizado con la supervisión académica del **MTRO. CELSO SERRA PADILLA**.

Cuando en alguna ocasión yo me encontraba buscando a un profesional del Área de Psicología Clínica, que me pudiera asesorar para realizar mi tesis, un amigo muy querido me dijo: “ve con Celso Serra; él es muy bueno en su materia y es excelente, siempre muy dispuesto y muy paciente para asesorar tesis”. A él acudí y sin gran protocolo, accedió con magnífica disposición a ser mi asesor.

Transcurrieron nueve largos años para que yo pudiera finalmente concluir y alcanzar mi añorada meta, y a pesar de un sin número de pesares y dificultades que me frenaron en todo este tiempo, para realizar mi trabajo, el Mtro. Celso siempre tuvo para mí, a pesar incluso de la distancia geográfica, una actitud de disposición, una admirable humildad y sencillez de trato, una sonrisa siempre amable y cordial, una mirada de confianza y la palabra sabia, prudente y oportuna que me impulsaron a no claudicar y seguir insistiendo y perseverando hasta concluir este proyecto por el que tanto tuve que luchar para realizarlo, pero en gran medida, fue la valiosísima ayuda del Mtro. Celso Serra la que me ha acompañado para llegar hasta aquí.

Que estas palabras sirvan para expresar, aunque sea en mínima parte, mi más profundo agradecimiento a mi querido asesor Celso, por su importante orientación y guía. Que Dios le conserve esos importantes y valiosos talentos y atributos que son una bendición para todos aquellos que tenemos el privilegio de recibir su dirección y consejo profesional.

**AL DR. DANIEL HERRERA (+),
DIRECTOR DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL DIF EN MEXICALI.**

Por su amable autorización, facilidades y apoyo para que esta investigación pudiera realizarse en la Institución a su cargo en 1992.

**AL SR. ARTURO DE LA PAZ,
DIRECTOR DE
DESAFÍO JUVENIL DE MEXICALI.**

Por su amable y muy valiosa disposición, ayuda y orientación para que pudiera efectuarse este trabajo en el Centro de Rehabilitación a su digno cargo, en 1990 y 1991, así como su importante cooperación para poder realizar el seguimiento que permitió complementar los datos de esta investigación, en 1997 y en 1998.

**AL DR. MARCO ANTONIO BOLADO
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL EN MEXICALI
Y HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL DIF EN MEXICALI**

Por su valiosísima disposición y confianza que me brindó al poner a mi disposición la importante información que dió complemento a este trabajo en Diciembre de 1998.

**AL PSIC. ANTONIO CRUZ,
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL DIF EN MEXICALI.**

Por su amable y muy útil información y apoyo para complementar la información de esta investigación.

AL M.C. ARMANDO ESTRADA LÁZARO:

Por su valioso tiempo y paciencia invertidos en orientarme y ayudarme en la revisión de este trabajo, a fin de mejorar la calidad del mismo.

A LA PSIC. MA. ANTONIETA OLVERA:

Por su amable disposición para compartirme sus amplios conocimientos y valiosa información relativa al tema de adicciones.

AL MAESTRO HORACIO QUIROGA:

Aprecio profundamente su esmerado cuidado y tiempo invertido en la revisión de este trabajo. Sus atinados y muy interesantes comentarios, correcciones y señalamientos me llevaron a redoblar el esfuerzo, a fin de que el resultado final fuera de calidad, actualizado y de mayor riqueza en su contenido, estructura y presentación.

Gracias a Dios por su vida, pues personas tan profesionales y capaces como el Mtro. Quiroga, son lo que nuestro amado país necesita urgentemente.

AL PSIC. HUMBERTO ZEPEDA VILLEGAS:

Mi más sincero agradecimiento porque a pesar de su tiempo tan saturado de actividades, tuvo la disposición y la gentileza de dedicar parte de su valiosísimo tiempo a la corrección estadística y brindarme importante asesoría para ajustar los resultados de esta investigación.

AL ING. GERMÁN MORATO:

Agradezco enormemente su oportuna intervención que evitó la pérdida de la información capturada en la elaboración de esta tesis.

No quiero omitir a nadie, por lo que agradezco a todas y cada una de las personas que de una u otra forma me apoyaron, motivaron, colaboraron, participaron, accedieron, facilitaron y me ayudaron a mantenerme firme en mi meta que hoy veo cristalizada.

INDICE

Introducción	1
CAPÍTULO I	
LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO	4
CAPÍTULO II	
HEROÍNA.....	6
2.1 Su clasificación como droga	6
2.2. Qué es y cómo trabaja la heroína	6
2.3. Encuestas y estadísticas.....	9
2.4. Problemática nacional y fronteriza que refleja la farmacodependencia..	11
2.5. Consumo de heroína en la frontera norte del país.....	14
2.6. Antecedentes históricos y características de la zona fronteriza norte del país	16
CAPÍTULO III	
ANTECEDENTES DE REHABILITACIÓN DE ADICTOS A HEROÍNA.....	19
3.1. Investigaciones previas realizadas en México	19
3.2. Diagnóstico del abuso de opiáceos	20
3.3. Sintomatología	20
3.4. Personal del adicto	22

CAPÍTULO IV	
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO.....	25
4.1. Técnicas en intervención.....	25
4.2. Efectividad de la psicoterapia.....	26
4.3. Marco teórico de la psicoterapia.....	27
4.4. Marco teórico de los modelos terapéuticos motivo de este estudio.....	30
4.4.1. Terapia Cognitiva Conductual.....	31
4.4.2. Terapia Familiar.....	34
4.4.3. Terapia Cognitiva con enfoque Cristiano Bíblico.....	35
4.5. Tratamientos de atención en México.....	54
4.6. Modalidades de tratamiento en Baja California.....	56
4.7. Modelos terapéuticos motivo de este estudio.....	57
4.7.1. Modelo de Tratamiento Profesional Clínico, en el Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali.....	57
4.7.2. Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico, en el Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” en Mexicali.....	64
CAPÍTULO V	
PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	74
5.1. Establecimiento del problema.....	74
5.2. Hipótesis.....	75
5.3. Definición de variables.....	75
CAPÍTULO VI	
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	77
6.1. Sujetos de la muestra.....	77
6.2. Criterios de inclusión de la muestra.....	77
6.3. Escenario.....	78
6.4. Instrumentos de medición.....	78
6.5. Procedimiento.....	79

CAPÍTULO VII	
RESULTADOS.....	80
7.1. Tratamiento estadístico	80
7.2. Resultados	80
7.3. Resumen y conclusiones	97
7.4. Seguimiento	98
7.5. Discusión.	99
7.6. Limitaciones.....	100
7.7. Sugerencias y aportaciones	100
APÉNDICE	102
ANEXO 1.- Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente – Primera Aplicación	103
ANEXO 2.- Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente – Segunda Aplicación	119
NOMENCLATURA	125
BIBLIOGRAFÍA.....	132

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de tesis fue el investigar la diferencia que existe entre dos métodos de tratamiento para farmacodependientes a heroína, aplicados para su rehabilitación, medidos con base en que el paciente haya suspendido la ingesta de la droga y permanezca en el tratamiento hasta completar su fase de rehabilitación.

Se formaron dos grupos de 30 sujetos cada uno, de entre los pacientes que llegan a solicitar tratamiento de rehabilitación. Un grupo se estudió en una organización gubernamental, donde se aplica el Tratamiento Profesional Clínico y el otro grupo estudiado fue en un organismo no gubernamental, donde se aplica el Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico.

Se diseñó y aplicó un instrumento para evaluar la conducta de cada sujeto en cada grupo, para conocer sus datos personales de identificación, su integración familiar, su estado emocional y la historia de su padecimiento, antes de ser sometido al tratamiento. Asimismo, se diseñó y aplicó al final del tratamiento otro instrumento para conocer su estado emocional al salir, así como su opinión acerca de la efectividad del tratamiento recibido.

Los resultados principales permiten observar un mayor nivel de permanencia en el programa de Auto Ayuda Cristiano Bíblico, a pesar de ser un tratamiento de mayor duración y que el paciente viva en estado libre de drogas. Se destaca la importancia de evaluar en forma más controlada y científica las variables que influyen para que el paciente mantenga su permanencia en el programa hasta considerársele rehabilitado y que a la vez influyen para evitarle recaídas.

INTRODUCCIÓN

La farmacodependencia, entendida como problema, como enfermedad o como fenómeno social, constituye un tema que no es exclusivo de nuestro país, ni de nuestra época. Desde tiempos remotos el ser humano ha hecho uso de una o varias drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales (*Centros de Integración Juvenil - C.I.J.*, 1998; García Liñán, 1990).

Sin embargo, en el transcurso del tiempo y particularmente en las últimas décadas, esta práctica se ha diversificado, se ha extendido a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países. En abril de 1990, en la Reunión Cumbre Ministerial efectuada en Londres, Inglaterra, el Secretario General de las Naciones Unidas, Lic. Javier Pérez de Cuéllar (1990) señaló que se estimaba que en el mundo existían 40 millones de adictos.

De acuerdo a la Secretaría de Salud y al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones - SISVEA (1996), en nuestro país la farmacodependencia se ha ido convirtiendo en un grave problema social que afecta particularmente a los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. C.I.J. (1998) ha declarado que es causa de daños a la salud, a la familia, a la escuela, al empleo y desempeña un papel muy importante en accidentes, actos violentos, suicidios y eventos delictivos. Ha detectado asimismo una difusión e incremento en el consumo y adicción a drogas como la cocaína, la heroína y la metanfetamina, que vienen a sumarse al abuso de sustancias como la marihuana, los disolventes volátiles y los medicamentos psicotrópicos (1997).

Smith (1993) señala que es un hecho innegable, como lo muestran las encuestas e investigaciones que se han realizado en México, que el problema de la farmacodependencia avanza con mayor rapidez que las medidas y técnicas que se emplean para enfrentarlo.

En lo que se refiere específicamente a la heroína, una forma de aproximarnos a conocer la tendencia de su consumo en la población de nuestro país, es a través de los datos captados en las encuestas nacionales realizadas en hogares en 1976, 1986, 1988 y 1996., en donde se encontró un consumo de heroína como sigue:

Estadísticas Nacionales:

1976	0.2 %
1986	0.4 %
1988	0.6 %

Reporte de:	Población	Droga de Inicio (%)	Droga Uso Actual (%)
CIJ	7,729	0.4	4
ONG	4,791	6.0	23

Fuente: Secretaría de Salud/Sisvea, 1996.

Esto nos habla de una problemática que va en aumento lamentablemente. Ahora bien, al comparar estas encuestas nacionales con las estadísticas por ciudad, en la zona fronteriza, encontramos el siguiente consumo de heroína:

Ciudad	CIJ			ONG		
	Inicio	Actual	N=	Inicio	Actual	N=
Matamoros		No hay CIJ		0.0%	0.0%	38
Monterrey	0.3%	1.0%	292	0.0%	1.3%	160
Nuevo Laredo		No hay CIJ		2.1%	0.0%	48
Ciudad Juárez	2.4%	16.1%	172	3.2%	34.8%	155
Mexicali	6.1%	40.6%	165	34.3%	59.0%	587
Tijuana	1.7%	24.7%	425	3.7%	55.1%	992
Ensenada		No hay CIJ		12.5%	45.5%	322

Fuente. Secretaría de Salud/Sisvea, 1996

Los datos anteriores nos indican que la prevalencia de adicción a heroína es estadísticamente más elevada en la zona de la frontera de Baja California y específicamente la Ciudad de Mexicali muestra el índice más alto.

Por otro lado, los resultados encontrados por la Secretaría de Salud (1985) enfocados a conocer el nivel de rehabilitación que logran aquellos pacientes que se someten a un tratamiento que les ayude a salir del problema y restaurar su vida, reflejan cifras poco satisfactorias. El Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali (1997) ha encontrado que de cada diez pacientes en tratamiento, se recuperan tres y recaen siete en promedio, ésto sin considerar los nuevos farmacodependientes que se inician a diario en el consumo. Vemos así que el volumen real del problema es muy superior a lo que se logra en corrección y en prevención.

A partir de 1970 surgen en nuestro país diversas instituciones y organizaciones que buscan ayudar a resolver este grave problema. Aparecen los Centros de Integración Juvenil en 1970, como una institución especializada en tratamiento e investigación sobre rehabilitación de adicciones. Posterior y adicionalmente empiezan a surgir algunos grupos de rehabilitación en el país, que han adoptado un método de tratamiento cristiano

con base bíblica, que manejan un factor espiritual y sin apego a ninguna religión institucional específica y que de acuerdo a la Jurisdicción Sanitaria de Tijuana (1997) han obtenido resultados superiores en la rehabilitación de farmacodependientes, al lograr que de cada diez pacientes, se rehabiliten seis y recaigan cuatro, como es el caso del Centro de Rehabilitación "Desafío Juvenil de Mexicali (1997). Cabe señalar que estos últimos números están calculados en forma anecdótica, sin existir un estudio ni control estadístico que los respalde. Por otra parte, en Estados Unidos el U.S. Department of Health Education and Welfare (1976) y el National Institute on Drug Abuse (1976) reportan que con este mismo tipo de tratamiento religioso logran que de cada diez pacientes se rehabiliten siete y recaigan tres en promedio. En México no se han realizado estudios para verificar si este resultado se presenta también en nuestro país, ya que sólo en Estados Unidos, en el National Institute on Drug Abuse (1976) existe un antecedente de investigación sobre este tema.

C.I.J. (1990) y García Liñán (1990) reportan que el consumo de opiáceos en general, pero muy especialmente la heroína, es un foco de preocupación por el fuerte grado de dependencia física que provoca en ocasiones incluso desde la primera dosis y su asociación con actividades delictivas.

Con base en todas las consideraciones anteriores, mi tema de estudio es la dependencia física a heroína y los objetivos de esta investigación son los siguientes:

1. Realizar este estudio en la Ciudad de Mexicali, Baja California, por ser la que muestra el mayor porcentaje de prevalencia del país, en el consumo de heroína, de acuerdo a las encuestas nacionales y por ciudad.
2. Observar mediante investigación de campo, el nivel de resultados que se obtiene en la rehabilitación de farmacodependientes a heroína, en la ciudad de Mexicali.
3. Realizar este estudio sobre la farmacodependencia a heroína, por ser una de las adicciones más difíciles de erradicar.
4. Estudiar dos de los métodos que de acuerdo a la Secretaría de Salud en Mexicali (1990) son los más utilizados para la rehabilitación de adictos en esta ciudad y que son los siguientes:
 - **Modelo de Tratamiento Profesional Clínico.**
 - **Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico.**

CAPÍTULO I. LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO.

Vivimos una época en la que la farmacodependencia, junto con el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, los accidentes, la violencia, el bandalismo y el suicidio son los problemas conductuales más frecuentes de los adolescentes y los jóvenes, según lo expresa García Liñán (1990). Asimismo observamos que los valores morales, sociales y humanos tradicionales están siendo seriamente afectados y la consecuencia la podemos observar, con bastante claridad, cuando vemos la desintegración en la familia, la notable elevación de los índices de divorcio, niños maltratados o violados, las altas tasas de suicidio y en fin, toda la amplia gama de aspectos que afectan negativamente a la humanidad. A todo esto Smith (1993) considera que hay que agregar que en lo que se refiere a la farmacodependencia, detrás de la enorme demanda de sustancias adictivas que observamos, hay un aspecto que lo motiva, favorece y propicia: el lucro.

En la farmacodependencia, el daño al individuo es evidente, por lo que no es posible manejarlo con una actitud liberalizadora o que le reste importancia al problema.

En México, desde aproximadamente el año de 1970 a la fecha, Barroso y Romero (1988) consideran que el problema de la farmacodependencia es uno de los más complejos en la salud pública, el cual tiene como consecuencia un marcado desajuste social, que frena la productividad y el progreso, además de que implica un enorme costo asistencial.

Este problema, en nuestro país, tiene que ver con diversos factores entre los cuales podría colocarse, en primer lugar, los familiares, Secretaría de Salud (1985). Además, la farmacodependencia es un síntoma de carácter social, psicológico y biológico que se manifiesta mediante un comportamiento en el que el uso de una determinada droga psicoactiva o psicotrópica adquiere, para el individuo, mucha mayor importancia que otros tipos de comportamiento, antes predominantes en el mismo individuo, según lo declara C.I.J. (1989).

El problema se hace más complejo aún, cuando vemos que hay una tendencia a usar una combinación de diversas drogas, por si falta una, usan otra; por ejemplo: una combinación de alcohol con marihuana; de barbitúricos con anfetaminas; con lo cual se mezclan estimulantes con depresores del sistema nervioso, S.S.A. (1985).

Por lo anterior, es más difícil describir el síndrome de farmacodependencia, que tratar de definirlo. Sin embargo C.I.J. (1989) manifiesta que hay un rasgo fundamental en la descripción, y éste es el llamado "comportamiento de búsqueda", con prioridad sobre otros tipos de comportamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1989) ha definido la farmacodependencia como el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre una persona y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación, por lo que al hablar de farmacodependencia, hablamos de drogadicción.

Con base en la anterior definición, CIJ (1989) considera que el estudio del tema debe hacerse bajo un modelo que comprenda un sistema de interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos del individuo y no es conveniente, ni realista, establecer una definición científica invariable y permanente válida, ya que la constante evolución del conocimiento científico, y el progreso de la tecnología de la investigación, propician cambios en definiciones de conceptos.

En México la SSA (1985) explica que los farmacodependientes habituales con frecuencia responden a un perfil: son niños y jóvenes que proceden de hogares desintegrados, donde la autoridad de los padres se ha perdido. Asimismo ha encontrado que no hay casi ningún joven que llegue a la universidad sin haber probado la marihuana, anfetaminas o barbitúricos, pero son pocos los que continúan cuando están en un nivel profesional. Esto significa que en México hay un alto número de experimentadores, de personas que usan por ejemplo, la marihuana por curiosidad o por entretenimiento, y una proporción de ellos se empieza a convertir en usuario habitual, sólo unos cuantos, quizá no más de 3 ó 4 por ciento se convierten en verdaderos adictos.

En lo que se refiere a la dependencia física y concretamente en lo que respecta a los opiáceos, (derivados de la amapola), en cuya clasificación se encuentra a la heroína, en el sentido técnico los CIJ (1989) consideran que dependiendo de muchos factores, la persona puede o no continuar con un proceso de adicción y desarrollar dependencia física, en muchas ocasiones desde la primera dosis. Por lo tanto, es importante considerar que uno de los rasgos distintivos fundamentales de los opiáceos, es un síndrome característico de un comportamiento de "búsqueda de droga", de acuerdo a CIJ (1989), así como también la SSA (1985) expresa que hay que tomar en cuenta los cambios fisiológicos tan severos, presentes al suspender la ingesta, y que convierten al heroínomano en víctima.

Goldman (1989) presenta en el cuadro de "Características de agentes depresores, alucinógenos, opiáceos, opioides y estimulantes", a la heroína como el fármaco o droga con un potencial de dependencia física y psicológica muy elevado, clasificación asignada únicamente a la heroína, de entre todos los demás fármacos ahí clasificados.

CAPÍTULO II HEROÍNA

2.1 SU CLASIFICACIÓN COMO DROGA

De acuerdo al DSM-III, de la American Psychiatric Association (1989), existen cinco clases de sustancias que presentan tanto dependencia como abuso: alcohol, barbitúricos sedantes o hipnóticos de acción similar, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cannabis y opiáceos. Los opiáceos, narcóticos naturales, se refieren a las drogas derivadas de la planta de amapola como son el opio, la morfina y la codeína con propiedades altamente psicoactivas. De acuerdo a CIJ (1989) los narcóticos semi-sintéticos son la **heroína**, hidromorfina y los totalmente sintéticos son la *metadona*, *meperifina* o más conocidos como *demerol* y el *propoxifen* (*darvon*). A todas las sustancias que se derivan del opio se les conoce como opiáceos, los cuales en la actualidad son más de cien, García Liñán (1990).

2.2 QUÉ ES Y CÓMO TRABAJA LA HEROÍNA

La heroína, del grupo de los opiáceos, en la clasificación de fármacos, proviene del opio, el cual se obtiene del exudado lechoso de la amapola o adormidera, (*papaver somniferum*). La palabra opio se deriva del griego y significa "jugo". Cuando este jugo se seca al aire libre forma una masa gomosa de color café. Se tienen referencias de este elemento desde el siglo III AC., en Grecia, CIJ (1989), y los sumerios la utilizaban con fines medicinales desde el año 3500 AC. Es probable que de allí su empleo se divulgara entre los egipcios y los persas. Los navegantes portugueses lo distribuyeron a la India y en el siglo X llegó a China, García Liñán (1990).

El principal elemento natural del opio es la *morfina*; de éste dependen las propiedades analgésicas y eufóricas del opio. El 10% del peso del opio está constituido por morfina, CIJ (1989). La morfina fue aislada como principio activo del opio por primera vez por Friederick Sertürener en 1806, García Liñán (1990). El nombre con que se denominó a este alcaloide proviene del dios griego del sueño, Morfeo, y se relaciona con la propiedad de provocarlo, que tiene la sustancia.

La compañía Bayer, de Alemania, comenzó a elaborar más tarde la heroína que fue producida a partir de la morfina por primera vez en 1898, García Liñán (1990). Derivó su nombre de que se suponía que combatiría con éxito los problemas que provocaba la abstinencia de la morfina. La heroína es mucho más potente que la morfina, dado que con menores cantidades produce los mismos efectos, pero éstos son muy similares, tanto

que, al ser introducida en el organismo, la heroína se convierte en morfina casi inmediatamente.

La heroína (diacetilmorfina) es sintetizada a partir de la morfina mediante la acetilación de los grupos fenólicos y oxhidrilos. Introducida al organismo, la heroína es hidrolizada a monoacetilmorfina (MAMO), la que a su vez es hidrolizada a morfina. La barrera hematoencefálica tiende a impedir la entrada de morfina al cerebro. En cambio, esta barrera es considerablemente menos efectiva contra heroína y MAMO. La morfina es la responsable de las acciones de la heroína, la cual es 2.5 veces más potente que la morfina y esta última no produce más euforia, ni mayor dependencia física, ni menos efectos colaterales que la heroína, CIJ (1989).

La morfina y sus derivados producen su principal efecto a nivel del sistema nervioso central (SNC) e intestinal. En el SNC la morfina produce analgesia, sin pérdida de conciencia, así como somnolencia, cambios en el estado de ánimo y obnubilación mental, CIJ (1989).

La heroína puede administrarse en forma oral, por inhalación o inyectándola, tanto subcutánea como directamente en las venas. En el mundo occidental los consumidores prefieren la inyección intravenosa, quizás porque los otros métodos disminuyen el efecto inicial debido a que la absorción se hace más lenta y pasa más tiempo sin que se sientan los efectos. Esto no es lo común en el Sureste asiático, en donde por lo general se fuma o se inhala la sustancia.

En general, el adicto aunque está conciente de los problemas que le provoca la administración intravenosa repetida, se inyecta cuando siente necesidad de hacerlo. Sin embargo, el heroínomano crónico puede llegar a encontrar que todos sus posibles lugares de aplicación ya han quedado dañados por la inyección repetida, por lo que se ve en la necesidad de aplicarse su dosis en diferentes partes del cuerpo (entre los dedos de los pies y manos, bajo la lengua, etc.) Estos lugares más ocultos también los utilizan aquellos que intentan esconder su problema de consumo de heroína.

Por otra parte, la inyección intravenosa permite sentir los efectos de la droga aún si ésta no es muy pura y tiene menores niveles de concentración de lo que podía esperarse. Los adictos a la heroína siguen procedimientos definidos para su administración. En primer lugar, colocan el polvo en una cuchara o en una tapa o corcholata. Allí agregan agua para que el polvo se disuelva y calientan la mezcla aplicándole, abajo de la cuchara, tapa o corcholata, la llama de un cerillo, por ejemplo. Muchos farmacodependientes colocan en la cuchara una pequeña porción de algodón, para que actúe como filtro a través del cual el líquido es absorbido por un gotero. Por lo general, guardan el algodón y, en caso de que no puedan obtener la dosis requerida, lo juntan con otros y los hierven, extrayendo un residuo de heroína cuya aplicación puede bastar para que no sientan los síntomas del síndrome de abstinencia. Los adictos generalmente colocan la aguja epidérmica fijándola

directamente al gotero, evitando utilizar la jeringa. Cuando la aplicación se realiza en el brazo, se colocan una tira de goma o un torniquete para que se facilite la operación.

Se han observado diferencias en los instrumentos utilizados. Existen usuarios que se valen de alfileres de seguridad, navajas de afeitar, agujas y otros objetos punzantes. Con ello se incrementa el riesgo de infecciones graves o de contraer hepatitis o sida, puesto que algunos grupos de heroínómanos acostumbran aplicarse su dosis utilizando el mismo instrumento para todos, (García Liñán, 1990).

La administración crónica del opiáceo, desarrolla problemas que involucran consideraciones más complejas. La administración diaria y repetida de heroína produce:

- tolerancia
- dependencia física y psicológica
- uso compulsivo del fármaco

Se habla de **tolerancia** cuando se necesita incrementar la dosis gradualmente para obtener el efecto original de la dosis inicial. La tolerancia a opiáceos se caracteriza por una disminución de la duración de la acción, García Liñán (1990). Los mecanismos fundamentales que explican el desarrollo de **tolerancia** están bien demostrados y son como sigue:

CEMEF (1976) publicó que en el año de 1975 se descubrió que el organismo humano cuenta con un **sistema inhibitorio del dolor** y un **sistema de integración sensorio-emocional**, los cuales se encuentran controlados por una sustancia endógena que se elabora en el cerebro y que se llama **endorfinas**. En un farmacodependiente a heroína, su dosis diaria inhibe la producción normal de endorfinas y así el mecanismo del **sistema inhibitorio del dolor** pasa a depender de la heroína. Así, la **tolerancia** se explicaría a través del incremento de la dosis diaria de opiáceos para mantener los mecanismos inhibitorios del dolor en un estado de actividad, y de esta manera prevenir la aparición del **síndrome de abstinencia**. De esta forma, el SNC se hace **dependiente** del aporte externo de heroína para mantener en actividad estos sistemas, CIJ (1989).

En conclusión podemos decir que:

La administración crónica de heroína produce:

1. **Inhibición de la síntesis de endorfinas, y**
2. **Modifica la afinidad de los receptores y altera el patrón de liberación de los mismos.**

Cuando la ingesta de heroína se suspende, el mecanismo inhibitorio mantenido por el fármaco externo se inactiva, ya que no hay endorfinas disponibles en el organismo, y al quedar los receptores libres, la abstinencia se hará manifiesta clínicamente. La duración

del síndrome de abstinencia dependerá del grado en que estos receptores se recuperen y que se restaure la producción normal interna de endorfinas. La tolerancia (nivel de dosis necesaria para experimentar los efectos de la ingesta), desaparece una vez que el síndrome de abstinencia ha terminado. De aquí que muchas muertes por sobredosis ocurren en pacientes que después de cumplir su desintoxicación o de permanecer un tiempo libres de heroína, al reincidir, lo hacen con la dosis que se encontraban utilizando antes de suspenderla, CIJ (1989).

2.3 ENCUESTAS Y ESTADÍSTICAS

En cuanto a la medición de antecedentes, las **encuestas sobre el consumo de drogas** han tendido a concentrarse en los antecedentes sociales y demográficos. Es preciso analizar diversos métodos para evaluar el consumo en el pasado y también las formas de consumo de toda una vida, en lo que a drogas se refiere.

Los métodos para la medición y clasificación del consumo de drogas y de la dependencia son diversos, por lo que la comunidad científica ha ido esforzándose por lograr métodos normalizados y elaborar un conjunto de instrumentos confiables y válidos para estos propósitos, como el *Sisvea*, que surge en 1990, por la Secretaría de Salud. Antes de esto, para estudiar el consumo de drogas en la población general, se recurría a las encuestas en hogares únicamente. Entre 1974 y 1985 el Instituto Mexicano de Psiquiatría (antes CEMEF y CEMESAM), aplicó esta metodología en ciudades de la República Mexicana. Los resultados de esos años indican que las ciudades ubicadas en la Región Noroccidental (La Paz, Baja California Sur; Tijuana y Mexicali, Baja California) del país, obtuvieron índices significativamente más altos que las demás ciudades estudiadas, reportando un 0.4 % en consumo de heroína, la prevalencia más alta de consumo de heroína, en relación a otras drogas consumidas en el país.

Entre 1976 y 1986 la SSA (1987) realizó otra encuesta en la que reclasificaron las regiones del país y se encontró que la región clasificada como **Región 1: Tijuana, Mexicali, La Paz, Culiacán, Nogales y Hermosillo**, obtuvo los índices más altos que lo que las otras dos regiones alcanzaron: **Región 2: Torreón, Piedras Negras, Chihuahua y Ciudad Juárez**; y la **Región 3: Nuevo Laredo, Tampico y Monterrey**. Las drogas comparadas fueron: mariguana, anfetaminas, heroína y especialmente cocaína.

Al analizar los cambios registrados en este período mencionado entre 1976 y 1986, SSA (1987) observa que la Región 1 registró aumentos de mayor magnitud en el consumo de inhalables y mariguana, y los mayores aumentos a nivel nacional en el consumo de cocaína, tranquilizantes y heroína.

De los dos millones de habitantes que se registran en 1998 en Baja California, el 40.9 % corresponde a personas que la SSA denomina "población joven en riesgo" (15 a 24 años

de edad). Por lo tanto, la cantidad de jóvenes susceptibles de poder utilizar algún tipo de droga constituye un grupo de edad bastante amplio. Por lo anterior y dadas las condiciones que guarda el Estado respecto a su situación geográfica fronteriza, la farmacodependencia ha surgido como un problema que muestra una tendencia ascendente y es necesario adoptar medidas que nos permitan atacarla frontalmente

De acuerdo al análisis realizado por la Secretaría de Salud (1989 y 1996), las ciudades con mayor prevalencia en adicciones, son Tijuana, Mexicali y Ensenada.

En la Encuesta Nacional de Farmacodependencia, realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, de marzo a julio de 1988, se obtuvieron los siguientes datos:

- Se detectaron 1'375,000 usuarios de cuando menos una sola vez.
- La mayoría de los usuarios eran del sexo masculino y con un rango de edad de 12 a 34 años.
- Los hombres consumen mayormente marihuana e inhalantes. Las mujeres prefieren el uso de drogas médicas (analgésicas, sedantes, tranquilizantes, depresores y estimulantes).
- Los inhalables empiezan a consumirse entre los 12 y 17 años de edad; la marihuana y los alucinógenos, entre los 18 y 25 años y la cocaína y heroína, entre los 26 a 34 años.
- Los amigos o conocidos son las personas que proporcionan la mayor parte de las drogas la primera vez.
- La proporción de consumidores, tanto en el último año, como en los últimos treinta días, en relación al período de la realización de la encuesta, fue mayor en la región noroccidental (Baja California, Sonora y Sinaloa), siendo la marihuana, la heroína y la cocaína las drogas no médicas, así como las anfetaminas, las drogas médicas de mayor consumo en dicha región.
- Los farmacéuticos y los médicos son la fuente más importante del uso de drogas médicas. En el caso de los tranquilizantes, los familiares destacan más como fuente proveedora.

Posteriormente, la encuesta realizada por la SSA/Sisvea (1996), muestra que en nuestro país la prevalencia del consumo de heroína se ha incrementado, localizándose la mayoría de los casos en la zona fronteriza norte, por lo que, su potencial de expansión y la manera como afecta diversos ámbitos de la región y de la vida nacional, así como las problemáticas internacionales involucradas, hacen ver la necesidad de atender la situación y profundizar en su conocimiento.

2.4 PROBLEMÁTICA NACIONAL Y FRONTERIZA QUE REFLEJA LA FARMACODEPENDENCIA

El uso y abuso de fármacos, de una manera o de otra, ha sido un aspecto que han vivido la mayoría de las culturas y sociedades, a lo largo de la historia. Periódicamente alcanza proporciones mayores y es durante ese tiempo cuando el problema se torna importante. Actualmente vivimos un momento histórico en el que la farmacodependencia ha adquirido proporciones elevadas y la gravedad de este problema estriba en sus consecuencias negativas.

La forma en que la farmacodependencia se está presentando en nuestros días, es un síntoma o un signo de un trastorno social y como tal, se encuentra multideterminado por factores biológicos, psicológicos, culturales, económicos, políticos, religiosos, etc.

CIJ (1989) señala que el problema de la farmacodependencia se aborda a través de la oferta (producción y tráfico) y de la demanda (consumo). Combatir la oferta no es, no ha sido, ni será solución, ya que la oferta responde a la demanda, como lo muestran las enormes fortunas monetarias que se manejan por medio del narcotráfico y el lavado de dinero. Si se logra incidir en la demanda, si se comienza a trabajar por sanear nuestro ambiente, si se abate la ignorancia, si comenzamos a formar individuos con valores, íntegros y por lo tanto, individuos sanos y maduros emocionalmente, podríamos decir que estamos haciendo algo por el problema y no dando exclusivamente paliativos.

Para Goldman (1989) la farmacodependencia a sustancias psicoactivas no se restringe a un subgrupo o a una subcultura en particular de la población y el tratamiento adecuado de los trastornos por farmacodependencia requiere criterios objetivos basados en procedimientos científicos y clínicamente convenientes. Cualquier patrón de consumo de sustancias se caracteriza por una interacción compleja de variables físicas, psicológicas, farmacológicas y socioculturales. CIJ (1998) señala que debido a la multiplicidad de factores que intervienen en su aparición, la farmacodependencia se concibe indistintamente como problema, como enfermedad que compete al campo de la salud mental, como síntoma de una familia disfuncional, etc.

La problemática social de inseguridad y bandalismo en nuestro país se ha visto incrementada de forma muy marcada a partir de 1970, a la fecha, variando en su modo y frecuencia de presentación, según la región del país o del grupo a que nos refiramos. Sin embargo, existen algunos síntomas de este tipo de problemática que son incluso comunes a todos los países y que al mismo tiempo sirven de indicadores de la gravedad y de la extensión del problema, como son los siguientes:

- Incremento en las tensiones, expresado a través de neurosis.
- Los trastornos de conducta o comportamiento.
- El fenómeno del niño golpeado.

- Los marcados incrementos de divorcios, suicidios y asesinatos.
- La desintegración familiar.
- El divisionismo generacional entre jóvenes y los adultos que representan autoridad.
- La corrupción.
- El desempleo.
- La marginación social.
- La farmacodependencia.
- La crisis de valores.
- etc.

En el Estado de Baja California los antecedentes de la encuesta de la Secretaría de Salud (1988) nos muestran que, por ejemplo, en el año de 1974 el consumo de drogas registró los siguientes datos en orden de importancia:

• Marihuana.....	4.9 %
• Barbitúricos.....	4.7 %
• Anfetaminas.....	2.0 %
• Alucinógenos, inhalantes, cocaína....	1.0 %
• Heroína y morfina.....	0.4 % (la más alta en el país)

En 1988 la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizó la **Primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-88)**, mediante la cual se obtuvo por primera vez en México, información sobre el panorama epidemiológico del consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, inhalables), médicas, alcohol y tabaco, a nivel nacional y regional.

Dicha encuesta permitió identificar a la frontera norte del país como zona prioritaria. Además, los resultados de la ENA-88 marcaron la necesidad de contar con un sistema que monitorea en forma periódica y oportuna el abuso de sustancias adictivas, por lo que en 1990 la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología, instaló en el país el **Primer Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)**.

El SISVEA obtiene desde 1990 información a través de tres estrategias complementarias:

- Información continua
- Puestos Centinela
- Encuestas rápidas

Estas estrategias han permitido constatar que el abuso de drogas en México, aún no alcanza las dimensiones de otros países, pero muestra incrementos en algunas

tendencias, sobre todo en grupos específicos, como adolescentes y población en edad reproductiva.

Asimismo, una tarea primordial del SISVEA ha sido caracterizar geográficamente, y según el consumo de sustancias adictivas, a las ciudades en las que se encuentra operando, identificando áreas de alto riesgo, en donde se han delimitado zonas que favorecen la oportunidad de tráfico y venta de drogas.

Por ello, y como parte del Programa Epidemiológico del Abuso de Sustancias Adictivas de la Dirección de Epidemiología (1993), se realizó la primera de una serie de encuestas anuales, dentro del Sistema de Encuestas Continuas sobre el Consumo de Drogas en México, hecho que sitúa a nuestro país a la vanguardia de las investigaciones en este campo. Esta Encuesta sobre Consumo de drogas en la frontera norte de México (1993), fue representativa de cuatro de las principales ciudades de la frontera norte de México: Matamoras, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana.

En estos resultados de 1993, publicados en 1994, las prevalencias estimadas del consumo de drogas ilegales y médicas, según la distribución que se reportó dentro de la población estudiada, se encontró lo siguiente:

- En cada ciudad se clasificó el tiempo de uso en:
 - Prevalencia total o global (“alguna vez en la vida”),
 - Prevalencia en el último año, y
 - Prevalencia lápsica o actual (últimos 30 días).
- La información se analizó de acuerdo a edad, género y escolaridad.
- El consumo global de drogas ilegales para toda la frontera, se estimó en 5.3 %, que correspondió, aproximadamente, a 200,000 consumidores de al menos una vez en la vida.

Al expandir la muestra a la población general, se encontró que de ellas, el 84.2 % fueron hombres y el resto mujeres. Sólo el 11.4 % pertenecen al grupo de adolescentes, y el porcentaje restante pertenece al grupo de 19 a 65 años, lo que significa que hay ocho adultos que consumen alguna droga ilegal por cada adolescente.

Los usuarios activos en los doce meses previos al levantamiento de la encuesta correspondieron al 1.2 %; el 0.6 % lo fueron durante el mes anterior a la encuesta.

Con respecto al consumo global de estas sustancias, las prevalencias mostraron variabilidad entre las ciudades, donde la frecuencia fue como sigue:

• Tijuana	10.1 %
• Cd. Juárez	8.9 %
• Matamoras	5.8 %
• Monterrey	2.8 %

Se detectó que la mayor parte de los que usan drogas ilegales alcanzaron como máximo, escolaridad de nivel básico.

2.5 CONSUMO DE HEROÍNA EN LA FRONTERA NORTE DEL PAÍS

La Encuesta sobre consumo de drogas (1993) indica que la prevalencia del consumo de heroína en las ciudades de la frontera fue sumamente baja; Matamoras y Monterrey no reportaron abuso de esta sustancia, y en Tijuana y Ciudad Juárez ésta no alcanzó el 1 %. Al analizar tal proporción, de acuerdo a edad y género, se encuentra que la mayoría de los usuarios fueron varones mayores de 19 años.

Se pudo observar que todos los consumidores de heroína de 12 a 18 años de edad, habían completado su educación básica; no así la mayoría de los individuos del grupo de mayor edad, quienes sólo habían cursado la primaria. La edad de inicio del grupo de menor edad fue en todos superior a los 10 años; en cambio, entre los mayores de 19 años, el inicio se dió entre los 21 y 25 años.

El motivo de inicio más frecuente para todas estas poblaciones fue el de “sentirse bien”, así como el haberla obtenido a través de un distribuidor o de un farmacéutico en Tijuana, o incluso de un familiar en Ciudad Juárez. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la calle, el parque y la casa fueron los sitios más comunes para la obtención de heroína.

De las ciudades que reportaron consumo de heroína durante los últimos 12 meses, ninguna alcanzó el 1 %. En Tijuana, la prevalencia fue igual para los dos grupos de edad, y en Ciudad Juárez, todos los usuarios fueron mayores de 19 años. El total de consumidores en este período fueron hombres. Para el corte de uso en el último mes, solamente se registró consumo en varones mayores de 19 años en Ciudad Juárez.

En general se ha visto que México no ha tenido un problema tan grave de consumo de heroína y otros opiáceos, como en otros países. Las poblaciones donde más se ha registrado consumo es en el noroeste del país (Tijuana y Mexicali). No obstante que México es un productor de amapola, la mayor parte de esa producción se usa para exportación (CIJ 1989).

CIJ (1989) explica que México tiene una vasta frontera con los Estados Unidos de América, y desde este punto de vista, México, y en especial las ciudades fronterizas, se

encuentran influenciadas por dicho país, en cuanto a la farmacodependencia, de la siguiente forma:

1. La demanda propicia la producción y el tráfico. Los Estados Unidos son, actualmente, el principal país consumidor y por lo tanto, demandante de heroína en el mundo.
2. México es utilizado como vía de tránsito de drogas hacia los Estados Unidos.

CIJ (1989) resalta que éstos son dos factores que hacen que la facilidad de obtener droga en las regiones productoras y en las ciudades fronterizas mexicanas sea importante y si hay disponibilidad, se creará una demanda. Sólo el Estado de California, en Estados Unidos, consumió durante 1976, 17 toneladas de heroína. Las causas y factores que de manera general propician la problemática social a nivel de las ciudades de frontera, podrían considerarse que son las siguientes:

- **Migración.-** Existe una fuerte afluencia migratoria desde diversos puntos del país hacia las zonas fronterizas, ya sea para búsqueda de trabajo en la zona, o como punto de escala hasta lograr pasar legal o ilegalmente a Estados Unidos. La garita de la ciudad de Tijuana registra el mayor índice de cruces diarios fronterizos del mundo. Se observa, así, que una elevada proporción de heroinómanos mexicanos (45 %), no son originarios de la frontera norte de México, lo cual se percibe en términos generales, por el movimiento migratorio que hay hacia ese punto del país.
- **Centralismo.-** Este se practica en México y desafortunadamente persiste aún, a pesar de los muchos intentos que se han venido realizando para descentralizar. Todavía es necesario acudir a la ciudad de México a realizar muchos trámites diversos o, por lo menos, es conveniente ir para agilizarlos. Ésto afecta las zonas que se encuentran apartadas de la región central del país, lo que impide que tales zonas lleven un desarrollo adecuado, uniforme y sincrónico con el resto de México. Se produce así en muchas áreas un subdesarrollo claro que facilita en un momento dado la migración de la población rural al medio urbano. Genera, además, en los habitantes de las áreas apartadas el sentimiento de abandono e incluso hasta el rechazo en un momento dado, de políticas que tiendan a favorecer la descentralización.
- **Transculturización.-** Esta afecta primordialmente a las ciudades fronterizas, por diversas razones, tales como el contacto directo con un país extranjero y por la lejanía con la región central de México. Esta transculturización en las ciudades fronterizas se manifiesta de formas diversas, como por ejemplo, el lenguaje y las costumbres, entre otras, más.

- **Plataforma para narcóticos.-** La región fronteriza constituye un punto de enlace entre México como productor o como vía de tránsito de drogas, hacia el país de mayor demanda de estupefacientes en el mundo.
- **Los factores comunes a todas las ciudades del país:**
 - Pérdida de valores morales.
 - Desintegración familiar.
 - Ignorancia.
 - Pobreza.
 - Marginación.
 - Aumento de las exigencias de la vida.
 - Falta de comunicación favorecida por el aislamiento generado del centralismo en el país
 - Materialismo y consumismo.
 - Contaminación ambiental.
 - Deficiente urbanización y tecnificación.
 - Inseguridad.
 - etc.

Otro de los aspectos de la complejidad del problema de la farmacodependencia a heroína en la zona fronteriza, señalados por CIJ (1989), es que con el incremento de casos, este problema que antes se limitaba a adultos medios, cada vez y con mayor frecuencia se observa en adultos jóvenes, adolescentes e incluso niños, con edades de 11 a 25 años.

El farmacodependiente a heroína gasta cantidades insospechadas de dinero para satisfacer su propia demanda, pero no sólo eso, además, el adicto disminuye su productividad; la actividad criminal del sujeto se encuentra favorecida al igual que las enfermedades intercurrentes y todo ésto cuesta en términos de productividad, de tratamiento, rehabilitación, prevención y lucha en contra de la actividad criminal con estupefacientes.

2.6 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CARÁCTERÍSTICAS DE LA ZONA FRONTERIZA DEL PAÍS.

Suárez Toriello (1989) explica que el Estado de Baja California, a través de su historia, ha permanecido como una de las áreas más marginadas de México. Su débil integración al resto del país, ha sido uno de los factores dominantes hasta los últimos diez años.

Durante 400 años fue tierra de indígenas, misioneros y piratas. Su clima desértico y los muy escasos recursos naturales de la región, hicieron que cientos de intentos de colonización se tomaran en fracasos. Como resultado de ello, en su extensión se

encuentran pueblos, minas y misiones abandonadas. Entre los antecedentes más importantes de la región, Suárez Toriello (1989) y Estrada (1998) señalan los siguientes:

1. El aislamiento de los centros de civilización localizados en la región central de México, con respecto a los que se encuentran en las zonas noreste, central y noroeste del país, y éstos a su vez, también distantes de los que se encuentran en los Estados Unidos
2. La región se encontraba habitada por culturas indígenas adaptadas a la vida del desierto, individuos acostumbrados a los grandes espacios abiertos con muy baja densidad de población; sólo lo que permitían sus pobres recursos naturales.
3. Sus habitantes se caracterizaron por una constante lucha por la supervivencia en proporción directa a los escasos y pobres recursos naturales. Como resultado de esta situación, desarrollaron un individualismo áspero con sentimientos de autosuficiencia, difíciles de subordinarse y por lo tanto difíciles de colonizar. Dadas las características de la región, el colonizador, a fin de adaptarse y de sobrevivir, se concretó a iniciar y establecer su propia lucha. Por estos motivos, sus habitantes, los bajacalifornianos de nacimiento, son muy regionalistas, no aceptan fácilmente otras ideas.
4. Es evidente durante toda su historia, incluso la que abarca la época actual, la separación del contexto histórico mexicano. Baja California fue la única zona que no participó en el movimiento de la Revolución Mexicana de 1910, debido a que la población no tenía de qué liberarse, no padecía los problemas sociales del resto del país.
5. Aunque a través de su historia el habitante de Baja California persiste en sentirse básicamente mexicano en su cultura y se siente integrante del territorio nacional, la región y su desarrollo han sido influenciados importantemente por los Estados Unidos.
6. Sin embargo, el contraste siempre presente entre las culturas mexicana y americana, ha sido el principal facilitador de la conciencia que existe entre sus habitantes, en cuanto a sus lazos mexicanos y es por esto y por los antecedentes ya mencionados, que los bajacalifornianos se han caracterizado a través de su historia por su sentimiento nacionalista y patriótico y por ser los primeros defensores de la integridad nacional.

Una de las primeras preocupaciones de los gobiernos mexicanos en la primera mitad del presente siglo, fue poblar la zona fronteriza norte. Así, a partir de 1933, con el establecimiento de los perímetros libres, se logra arraigar habitantes, con lo que se buscaba garantizar la soberanía nacional sobre estos territorios; esto influye como un factor más que explica el crecimiento poblacional en los municipios fronterizos. Otro aspecto importante sería la necesidad de la gente que se traslada a esa zona del país con

la esperanza de mejorar sus condiciones de vida. Así, los principales centros de población de la frontera deben gran parte de su crecimiento demográfico a la cantidad de inmigrantes que han llegado a la zona fronteriza. De acuerdo a datos del Censo Poblacional de 1990, en Baja California el 43.7 % de la población del Estado nació en otra entidad federativa del país.

Suárez Toriello (1989) señala que a partir del año de 1966 se inicia la apertura de maquiladoras en la frontera norte de México, mismas que brindan una fuente de trabajo, constituyen una base industrial en esa zona y propician una mayor integración económica de esa región con la de los Estados Unidos, debido a que no emplean insumos nacionales, ni incorporan su producción al mercado interno mexicano, sin embargo, generan algunos problemas tales como: creció el desempleo, aunque se crearon nuevos empleos. Ésto se dió debido a que por un lado, la industria maquiladora empleaba mayoritariamente mujeres, con el objeto de pagar en esa época salarios lo más bajos posible. Así, el desempleo lo sufría el sexo masculino. CIJ (1989) señala que en 1984 el 74 % de los obreros en las maquiladoras eran de sexo femenino. Ésto trajo problemas aledaños, por otro lado, nuevos en la región, como por ejemplo, la desintegración familiar al estar ausentes las mujeres de su casa y familia, así como un alto incremento en el nivel de madres solteras.

Para 1983 más del 50 % de las maquiladoras que están a lo largo de la frontera se concentran en cuatro ciudades: Tijuana, Mexicali, Ciudad Juárez y Nogales. La zona geográfica que se define como Zona Fronteriza Norte está constituida por un total de 34 municipios que se agrupan a lo largo de 3,326 km. y que abarcan a los Estados de:

- Baja California y Sonora..... Región Noroeste
- Chihuahua y Coahuila..... Región Norte Centro.
- Nuevo León y Tamaulipas..... Región Noreste

Ortiz y Wagner (1989) indican que en 1980 el Estado de Baja California registraba 1'177,886 habitantes, de los cuales 1'002,461 (el 85 %) se concentraban en las ciudades fronterizas de Tijuana y Mexicali. De este número, un alto porcentaje (más del 40% aproximadamente), era menor de 18 años de edad, lo cual le constituía una zona de alto riesgo en materia de farmacodependencia. Para 1998 la población de Baja California registra dos millones de habitantes y el 40.9 % es de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, a los que la SSA denomina "población joven en riesgo", lo cual es confirmado por los resultados de las últimas encuestas de SSA/Sisvea (1996), que nos muestran un incremento en consumo de heroína específicamente en Tijuana, del 10.1 % en 1993, al 24.7 % reportando por CIJ (1996) y 59.0 % reportado por ONG (1996).

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES DE REHABILITACIÓN DE ADICTOS A HEROÍNA

3.1 INVESTIGACIONES PREVIAS REALIZADAS EN MÉXICO.

CIJ (1989) señala que en México se inicia la investigación epidemiológica de este problema en forma sistematizada a partir de 1970, debido a que las encuestas nacionales para la detección de farmacodependencia mostraron, a partir de esa fecha, incrementos notables en el número de usuarios y tipos de fármacos y drogas usados.

Diversas investigaciones en México realizadas por la SSA y los CIJ principalmente, han demostrado la efectividad de los programas de tratamiento que se enfocan directamente al individuo enfermo y que manejan a éste en forma integral. Asimismo, trabajos de investigación realizados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y los CIJ mostraron que a partir de 1972 se incrementó la aparición de casos nuevos por año en lo que se refiere a la adicción a heroína.

Adicionalmente se observó que el 90 al 95 % de los casos de adicción a heroína se desarrolla en donde el factor disponibilidad del fármaco es muy importante; ésto se confirma por el hecho de que en México sólo existen adictos a heroína en las zonas productoras de opio o en la zona que se utiliza como plataforma para el tráfico, o sea, en la frontera noroeste del país.

En 1983 se realizó un estudio por parte de CIJ en donde se encontró que el consumo de heroína tenía una relevancia que a nivel regional era importante, observándose la necesidad de estudiar el consumo de heroína como un fenómeno regional (fronterizo), con potencial de desarrollo extensivo.

En general, los resultados de investigaciones muestran que el problema de farmacodependencia en México está en incremento, sobre todo para el norte de la República y el centro del país, principalmente en el Distrito Federal. Así también los resultados más recientes indican que existe una tendencia de inicio en el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas. El tipo de usuario detectado más frecuentemente es experimental. CIJ (1989) recomiendan que se requiere de acciones que incidan sobre la oferta y la demanda. Por otro lado, la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, CONADIC/SSA (1998)**, señala que el problema de las adicciones en general se inserta en un contexto más amplio de salud pública.

3.2 DIAGNÓSTICO DEL ABUSO DE OPIÁCEOS.

Los criterios para el diagnóstico del abuso de opiáceos, publicados por el *DSM-III* de la *American Psychiatric Association* (1986), son los siguientes:

- a) **Patrón patológico de uso:**- Incapacidad para reducir o abandonar su uso; intoxicación a lo largo de todo el día; uso casi diario de opiáceos como mínimo durante un mes; episodios de sobredosificación por opiáceos (intoxicación de tal gravedad que tanto la conciencia como la respiración se encuentran deterioradas).
- b) **Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de opiáceos:** por ejemplo, peleas, pérdida de amigos, faltas en el trabajo o la escuela, problemas legales (no sólo debido a la detención por tenencia, adquisición o venta de sustancias tóxicas).
- c) **Duración de la alteración por un mes como mínimo.**

Adicionalmente, la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones CONADIC/SSA** (1998) marca la siguiente definición de farmacodependencia para efectos prácticos:

Farmacodependencia.- Estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irrepresible por tomar el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

3.3 SINTOMATOLOGÍA.

La **dependencia de sustancias tóxicas** es, generalmente, una forma más grave de trastorno por uso de sustancias, que su abuso, y requiere la existencia de dependencia fisiológica, evidenciada tanto por la tolerancia como por la abstinencia. El abuso y la dependencia de los opiáceos son precedidos, en general, por un período de uso de varias drogas, entre las que se pueden encontrar el tabaco, alcohol, marihuana, hipnóticos sedativos, jarabes para la tos, alucinógenos, o anfetaminas. El uso de tales sustancias continúa, por regla general, cuando se ha establecido el uso de opiáceos.

CIJ (1989) señala que una vez instaurado el patrón de dependencia de opiáceos, la obtención de la sustancia tóxica y su uso, dominan en general la vida del individuo.

La **administración intravenosa** de heroína produce un rubor caliente de la piel y sensaciones en el abdomen bajo, descritas por el adicto como similares en intensidad y calidad al orgasmo sexual, llamada por ellos "la patada", "el golpe".

CIJ (1989) explican que la conducta de la persona antes del uso de heroína, el propósito y los patrones de uso, determinan las consecuencias psicológicas y sociales que serán siempre las más importantes y las realmente graves. El DSM-III (1986) indica que la tolerancia y la dependencia física se desarrollan al mismo tiempo y para que se produzcan requiere fundamentalmente de la frecuencia de uso. Si el objetivo del adicto al usar la heroína es sentir “la patada” o el “andar arriba”, éstos fenómenos se desarrollan rápidamente y la persona tiene que incrementar constantemente la dosis.

El DSM-III (1986) y CIJ (1989) señalan que las características y severidad del **síndrome de abstinencia** a heroína dependen de muchos factores tales como: la dosis total por día, el intervalo entre la dosis, la duración de uso, incluso la personalidad y el estado de salud del adicto. El síndrome de abstinencia o “malilla”, como le dicen los adictos comunmente, se caracteriza por la siguiente *sintomatología*:

- Bostezos
- Ansiedad
- Lagrimación
- Rinorrea (escurrimiento nasal)
- Diaforesis (sudoración intensa)
- Midriasis (dilatación pupilar)
- Piloerección (carne de gallina o pavo pelado). De aquí salió la expresión empleada en la jerga de adictos “cold turkey” o “pavo frío”, que se usa cuando un farmacodependiente pasa el síndrome de abstinencia sin medicación.
- Anorexia (pérdida de apetito)
- Sudoración
- Temblores
- Cólicos o espasmos intestinales
- Vómitos y diarrea, (éstos tres últimos producen importante pérdida de peso (hasta de 5 kilos en 96 horas)
- Insomnio
- Nauseas
- Eyaculación espontánea
- Orgasmo
- Estornudos
- Escalofríos
- Dolor lumbar y en extremidades
- Hiperexcitabilidad
- Fiebre
- Aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria
- Otros síntomas y alteraciones hematológicas más.

Por lo anterior, se comprende lo **grave** de la sintomatología y el por qué este síndrome es un excelente reforzador en sí mismo para que el dependiente de heroína la continúe usando. Sin embargo, y a pesar de lo grave que puede llegar a ser, hasta el momento, **no se ha reportado una muerte por el síndrome de abstinencia**, CIJ (1998). De toda esta sintomatología, de lo que más se queja el adicto es de los dolores, del insomnio y de ansiedad. Lo más fuerte de la sintomatología tarda en desaparecer de cinco a diez días. Los síntomas remanentes desaparecen gradualmente y están dados fundamentalmente por la ansiedad.

Finalmente es importante señalar que la **tolerancia** que el sujeto alcanzó a desarrollar durante su historia adictiva desaparece una vez que el síndrome de abstinencia ha terminado, CIJ (1989).

3.4 . PERSONALIDAD DEL ADICTO.

El DSM-III (1986) indica que los trastornos por uso de sustancias tóxicas se refieren a los efectos conductuales desadaptativos asociados al uso más o menos regular de dichas sustancias tóxicas. Los trabajos de Pelicer y los de Carney (1982), sustentan la relación entre riesgo y personalidad y demuestran que aquellas personas que están dispuestas a correr riesgos son las más propensas a usar drogas.

Por otro lado, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1989) señala que las conductas y actitudes violentas del adicto, como parte de su personalidad, no son resultado directo de los efectos farmacológicos. Se ha visto que sólo cuando su uso se mezcla con metanfetaminas o cocaína, sí puede presentar violencia. Así también, dado que estos usuarios viven en un continuo estado de alerta, con temor de que se les presente el síndrome de abstinencia, el cual está caracterizado como hemos visto anteriormente, por dolores intensos y fuertes, así como por diversas alteraciones, siempre están preocupados de que el dinero no les falte; además, continuamente temen ser descubiertos por las marcas físicas que deja su aplicación, lo que les hace evitar a toda costa la atención médica.

CIJ (1998) indican que el consumo de sustancias psicoactivas como la heroína, a menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos, los cuales son designados con el término de **cormobilidad psiquiátrica**. Este concepto, en el campo de las adicciones, se refiere a la presencia simultánea de trastornos mentales con el abuso de sustancias psicoactivas.

Estudios realizados por Rouncesville (1982) demostraron la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en consumidores de sustancias psicoactivas. Asimismo, Christie (1988) señaló que adultos jóvenes con cuadros depresivos o ansiosos, tienen el doble de riesgo de presentar algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas.

En una investigación de CIJ (1998) para obtener la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes usuarios de sustancias psicoactivas, en una población de 373 sujetos con cormobilidad se encontró el consumo de ocho distintas sustancias psicoactivas: mariguana, cocaína, inhalables, alcohol, sedantes, heroína, anfetaminas y alucinógenos. De este grupo se encontraron 253 sujetos (68 %) con cormobilidad y 120 sujetos (32 %) con diagnóstico de consumo de drogas únicamente. La cormobilidad encontrada presentó la mayor frecuencia en trastornos de personalidad con 109 sujetos (29 %); el 21 % (80 sujetos), presentó trastornos psiquiátricos y el 16 % (61 sujetos), presentaron uno o más diagnósticos, incluidos en una o más categorías clínicas, de acuerdo a DSM-III-R, ejes I y II.

En los 253 sujetos que presentaron alguna patología, destacaron tres categorías: **trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad y trastornos múltiples.**

Los **trastornos de personalidad**, que es donde se presentó la **mayor prevalencia** (29%), está representado por personalidad antisocial, personalidad dependiente, pasivoagresiva, de evitación, no especificada y personalidad límite.

Respecto al tipo de drogas consumidas por los 253 sujetos que resultaron con algún trastorno psiquiátrico, se registran con más frecuencia la mariguana en el 77 % (194) de los sujetos; la cocaína en el 55 % (138); los inhalables en el 38 % (96) y el alcohol en el 31 % (78).

Con base en el DSM-III-R, los diagnósticos más frecuentes son los referentes a alteraciones en la dinámica del sujeto en interacción con su vida familiar, escolar, laboral o social. Esto hace ver el efecto nocivo del consumo de drogas en el desarrollo del individuo, en especial por el alto porcentaje de adolescentes implicados.

Para la mayoría de los adictos a heroína, el uso compulsivo del fármaco viene a formar el rasgo dominante de sus vidas y de su experiencia, alternado con períodos de abstinencia y recaídas durante muchos años. En general, se desarrolla dependencia física o uso compulsivo del fármaco. Las personas adictivas varían en personalidad y en circunstancias sociales y las observaciones clínicas muestran dificultades caracterológicas en la mayoría de ellos. Sin embargo, en general podrían describirse como sigue (CIJ, 1989):

- Pierde fácilmente su control interno.
- Buscan gratificación inmediata.
- Culpan a otros de sus problemas
- Se irritan fácilmente.
- Son muy susceptibles.
- Explotan y manipulan a otros.

- La historia de sus vidas frecuentemente revela situaciones caóticas a nivel familiar, escolar, etc.
- En general, presentan una alteración significativa de la conducta, actitud y estilo de vida.

García Liñán (1990) indica que las investigaciones acerca de las características de personalidad del adicto a sustancias derivadas de opiáceos, coinciden en señalar que entre ellos predominan los individuos con algún tipo de psicopatología, puesto que entre el 94 % y el 77 % ha sido descrito en estudios como neurótico, psicótico, sociópata o con rasgos inadecuados de personalidad.

Finalmente CIJ (1998) destacan la necesidad de que los programas de diagnóstico y tratamiento consideren un enfoque integral para el abordaje del problema de farmacodependencia.

CAPÍTULO IV. REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTOS.

4.1 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

En el campo de la psicología clínica, las técnicas de intervención son las herramientas que el profesional de la conducta utiliza para brindar ayuda al paciente que así se lo solicita.

Vázquez (1996) señala que Kendall y Norton en 1988 dieron la siguiente definición sobre técnicas de intervención: **“La intervención clínica consiste en aplicar los principios psicológicos para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Los psicólogos clínicos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a sus clientes a cambiar para mejorar”.**

Estos mismos autores explican que las razones básicas por las que se realizan las intervenciones clínicas son tres:

- a) **Mejoramiento.-** Ayudar a las personas a superar problemas que ya existen.
- b) **Prevención.-** Intentar anticiparse a los problemas antes de que se produzcan.
- c) **Superación.-** Ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales, y sus relaciones con el medio en que viven, a fin de mejorar su calidad de vida.

Asimismo, Vázquez (1996) señala que Kendall y Norton-Ford (1988) indican que el objetivo de la intervención psicoterapéutica es producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta del paciente, cambios que la sociedad en general considerará como terapéuticos.

Vázquez (1996) manifiesta que las definiciones básicas de “terapia” en diferentes tendencias teóricas son con frecuencia muy similares y se enfocan a establecer que **“terapia es ayudar a los clientes a superar sus problemas personales y llevar una vida más madura y satisfactoria, debido a la aplicación de los principios psicológicos. Se trata de ayudar a que los clientes logren un estilo de autodeterminación individual mediante un proceso educativo”.**

Las técnicas de intervención aplicadas a la práctica terapéutica con farmacodependientes van enfocadas en su objetivo a buscar el mejoramiento del paciente, a fin de llevarlo a

una vida libre de drogas y de todas las concomitantes que van alrededor del farmacodependiente.

Ahora bien, en lo que se refiere concretamente a la práctica terapéutica con farmacodependientes a heroína, los esfuerzos y polémicas que se han desarrollado son múltiples, sin que a la fecha se pueda considerar que se ha llegado al final de la búsqueda de la terapia (farmacológica y/o psicológica) que garantice el éxito (CIJ 1989). Goldman (1989) indica que el médico y el psicólogo deben reconocer que la adicción es una enfermedad crónica recidivante con consecuencias potencialmente mortales, pero que es posible la recuperación. CIJ (1998) señalan que desde un enfoque médico, la adicción se considera como un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución. En el tratamiento de las adicciones existen formas de abordaje que han demostrado su utilidad en la práctica clínica (CIJ 1998).

La mayor parte de las estrategias de tratamiento son de naturaleza psicosocial y consisten en terapéutica familiar, grupal y psicoterapia individual, según lo señala Goldman (1989). Las que han tenido más éxito consisten en participación en grupos no médicos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. El tratamiento residencial es el que se ha convertido en el más típico, en una comunidad estructurada de autoayuda para la modificación de la conducta.

Paralelo o independiente a la intervención terapéutica, en algunos farmacodependientes se puede administrar un programa de sostén farmacológico, por ejemplo, con metadona y más recientemente, a partir de noviembre de 1994, con Naltrexone, que consigue bloquear los receptores de los opiáceos en el sistema nervioso central y en el periférico, de tal forma que inhibe la acción de la heroína y sus efectos. Este tipo de tratamiento con Naltrexone se empezó a utilizar en 1992 en España, después en Italia, Francia y ahora en México. En el diario capitalino Excelsior, del 4 de febrero de 1995 se publicó la noticia de que los laboratorios fabricantes de Naltrexone anunciaron que la administración de alimentos y drogas lo había aprobado "como tratamiento químico contra el alcoholismo", el primero que se ha probado desde hace más de cuarenta años. No obstante todo esto, es aconsejable que se intenten primero, o enlazadas, las estrategias orientadas a la recuperación basada en la abstinencia, (Goldman, 1989).

4.2 EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA.

Para hablar de la psicoterapia y su efectividad, es importante partir de su definición.

De acuerdo con Wolberg (1977), "Psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones

alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad”.

Asimismo este autor agrega: **“El uso final de la psicoterapia es el de ser un medio para la maduración de la personalidad, aspirando a dar una resolución a los bloqueos del desarrollo psicosocial, con objeto de que el individuo pueda aspirar a una autorrealización creativa más completa, a promover actitudes más productivas hacia la vida y relaciones más gratificantes con la gente”.**

Castañedo (1990) nos brinda otra definición de psicoterapia. Nos dice que su esencia reside en ayudar a la otra persona (el cliente), a tomar fuerzas para que se enfrente y resuelva sus conflictos y esa fortaleza se obtiene en un clima de empatía. Feixas (1990) dice que la labor del psicoterapeuta es atender las demandas de sus clientes y ayudarlos a encontrar la solución de sus problemas.

Castanedo (1990) señala que después de analizar diversos estudios e investigaciones que sobre métodos de psicoterapia se han realizado, puede concluir que, de acuerdo a Smith, Glass y Miller (1986), en cuanto a los métodos de psicoterapia y sus beneficios, **“la psicoterapia es eficaz al aplicarla a gente de cualquier edad y resulta más eficaz cuando se centra en las experiencias internas emocionales de las personas, en sus sentimientos y satisfacciones”.** Castanedo (1990) enfatiza que el nivel de efectividad de un método de psicoterapia frente a otros, no depende de la técnica que se utilice, ni en lo que los pacientes digan, sino **en cómo dicen lo que dicen tanto el terapeuta como el cliente.**

Finalmente, la efectividad de la psicoterapia aplicada a este caso particular de rehabilitación en adictos a heroína, como en cualquier otro tipo de psicoterapia, dependerá de la **“habilidad del terapeuta para despertar la esperanza del cliente, reforzar su autoestima, “moverlo” emocionalmente e incrementar sus contactos con grupos de soporte que lo ayuden”,** (Castanedo 1990). Asimismo hay que considerar que los pacientes acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido (Feixas 1991). Las investigaciones hacen ver que ninguna escuela o método de psicoterapia ha demostrado claramente ser superior a los demás. Es en este sentido donde se apoyan los modelos de intervención, tema de esta tesis, es decir, tanto el Modelo de Tratamiento Profesional Clínico, como el Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico.

4.3 MARCO TEÓRICO DE LA PSICOTERAPIA

La American Psychological Association - APA (1996) utiliza la clasificación que hace Abraham Maslow (1950's) de los diversos modelos terapéuticos de psicología y que a la

fecha se sigue considerando. La APA divide el conjunto de modelos terapéuticos en tres "fuerzas", que son las siguientes:

PRIMERA FUERZA: Conductismo y cognoscitivismo:

1. Condicionamiento Clásico.

- Pavlov

2. Condicionamiento Operante:

- Skinner
- Wolpe
- Bandura
- Edward L. Thorndike
- John Watson
- Clark Leonard Hull
- John Dollard y Neal E. Miller: Teoría del aprendizaje conductual de la personalidad y psicoterapia.
- George A. Kelly

3. Terapia Cognitiva:

- Jean Piaget: Conductismo-cognoscitivista
- Albert Ellis: Terapia racional-emotiva (RET)
- William Glasser: Terapia de la realidad.
- Carter J. y Narramore B.: Psicoterapia Cristiana.

SEGUNDA FUERZA: Psicoterapia psicoanalítica: Surge fuera del psicoanálisis freudiano.

- Alfred Adler
- Erick Erikson
- Erick Fromm
- Karen Horne y
- Carl Jung
- Melanie Klein
- Otto Rank
- Harry Sullivan

TERCERA FUERZA: Humanismo:

1. Terapia Existencial y Fenomenológica:
 - Rollo May
 - Ludwig Binswanger
 - Medard Boss
 - Viktor Frankl

2. Terapias Experienciales orientadas a la relación.
 - Carl Rogers: Terapia Centrada en la Persona.
 - Fritz Perls: Terapia Gestalt.
 - Eric Berne: Análisis Transaccional.
 - Wilhem Reich: Bioenergéticos.
 - Virginia Satir: Terapia Familiar.
 - Richard Bandler y John Grinder: Programación Neurolingüística.
 - Nueva Era.
 - Desarrollo organizacional.

*Después de analizar los diversos modelos terapéuticos englobados en esta clasificación de las “Tres Fuerzas de la Psicología” (Corey, 1986; American Psychological Association - APA, 1996; Rychlak, 1981), y de acuerdo a Wolberg (1977) y a Castanedo (1990), el nivel de efectividad de un método de psicoterapia frente a otros, no depende de la técnica que se utilice, ni en lo que los pacientes digan, sino **en cómo dicen lo que dicen, tanto terapeuta como cliente.***

Corey (1986) destaca que después de analizar y consultar diferentes autores acerca de la diversidad tan grande de modelos terapéuticos y de su efectividad y aplicabilidad, concluye en señalar que lo más conveniente es un **enfoque ecléctico.**

Smith (1982) realizó una encuesta en Estados Unidos a 422 psicólogos clínicos y consejeros, preguntándoles qué modelo teórico era en el que ellos se apegaban para su *práctica profesional. Los resultados que encontró fueron los siguientes:*

Orientación o marco teórico	% de uso
Ecléctico	41.20
Psicoanalítico	10.84
Conductual-cognitivo	10.36
Centrado en la persona	8.67
Conductual	6.75
Adleriano (neofreudiano)	2.89
Familiar	2.65
Existencial	2.17
Gestalt	1.69
Racional-Emotiva	1.69
Realidad	0.96
Análisis Transaccional	0.96
Otros	9.16

4.4 MARCO TEÓRICO DE LOS MODELOS TERAPÉUTICOS MOTIVO DE ESTE ESTUDIO

Después de todo el análisis anterior y tomando como marco de referencia la clasificación de tratamientos que señala la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, CONADIC-SSA (1998), los modelos de intervención utilizados en las Instituciones donde se realizó este estudio, son los siguientes:

Institución	Modelo de Tratamiento	Modelo Terapéutico
1. Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali.	1. Modelo Profesional Clínico	4.4.1 Terapia cognitiva-conductual 4.4.2 Terapia familiar.
2. Centro de Rehabilitación "Desafío Juvenil" de Mexicali.	2. Modelo de Auto Ayuda	4.4.3 Terapia cognitiva con enfoque cristiano bíblico.

En cuanto a la definición de **MODELOS DE TRATAMIENTO**, la Norma Oficial (1998) nos define en qué consiste cada uno de estos modelos:

1. **Modelo Profesional Clínico.**- Debe estar manejado por un grupo interdisciplinario de especialistas en el área de la salud y ofrecer diferentes servicios de atención, tales

como: consulta externa, atención a urgencias, hospitalización, manejo y seguimiento de casos en unidades de atención especializada para tratamiento de adicciones.

2. **Modelo de Auto Ayuda.**- Es una agrupación sin fines de lucro, constituida generalmente como Asociación Civil e integrada por exdrogadictos y adictos que se encuentran en recuperación por el consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas y que tienen como propósito fundamental apoyar al usuario compartiendo su experiencia y fortaleza para resolver su problema en común.

Lo que se refiere a la explicación de lo que son los **MODELOS TERAPÉUTICOS** empleados en cada una de estas Instituciones donde se realizó esta investigación, tenemos el siguiente marco teórico:

4.4.1 Terapia Cognitiva-Conductual

Antecedentes:

Los antecedentes de esta nueva corriente en la psicología, están en los trabajos de Alfred Adler, ya que sus enfoques de los años 1920's y 1930's son los precursores de muchas de las terapias cognitivas que se han desarrollado a partir de los años 1970's (Corey, 1986). De acuerdo a Matlin (1990) el conductismo raramente estudiaba los procesos mentales humanos más altos (pensamiento, lenguaje, percepción, memoria, imagen, solución de problemas, razonamiento y toma de decisiones), y es en estos procesos precisamente donde se centra el interés de la **psicología cognitiva contemporánea**.

Las técnicas de investigación de Wundt, la distinción que hizo William James de la estructura de la memoria y el proceso de la memoria, así como las investigaciones sobre solución de problemas hechas por los gestaltistas, han sido contribuciones importantes a la psicología cognitiva (Matlin, 1990).

La **psicología cognitiva** es parte de un campo más amplio conocido como la **ciencia cognitiva**. De acuerdo con Gardner (1985), la **ciencia cognitiva** es un campo contemporáneo que trata de dar respuesta a preguntas acerca de la naturaleza del conocimiento, sus componentes, su desarrollo y su uso. Es interdisciplinaria, incluyendo en su enfoque el campo de la psicología, filosofía, lingüística, antropología, inteligencia artificial y neurociencia. Algunos estudiosos incluyen la **sociología** y la **economía** en esa lista interdisciplinaria (Gardner, 1985).

La investigación de las estructuras cognitivas dentro de la ciencia cognitiva, ha sido una de las áreas más fructíferas y desarrolladas en la psicología del siglo XX (Matlin, 1990). Esta disciplina ha logrado importantes avances en la comprensión de diversos procesos cognitivos como son: *cognición, cociente intelectual, desarrollo moral, inteligencia,*

lenguaje, pensamiento, percepción y el desarrollo afectivo o emocional (Díaz y Fernández, 1998).

Los principios de la ciencia cognitiva incluyen lo siguiente:

1. Para discutir acerca del proceso *cognitivo humano*, los teóricos buscan hablar acerca de las representaciones mentales sin reducirlas a un nivel biológico o neurológico.
2. La computadora sirve como el mejor modelo para explicar las funciones de la mente humana.
3. Los factores tales como las emociones y las diferencias individuales reciben menos énfasis que aquellos aspectos relacionados con la conducta humana.
4. Los estudios interdisciplinarios los consideran altamente valiosos.
5. Así como la computadora distingue entre un procesador activo y un almacenaje de información de gran capacidad, así los psicólogos cognitivos a menudo hacen una distinción similar en la memoria humana entre la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

La Psicología Cognitiva que se ha desarrollado más fuertemente en las dos últimas décadas (70's y 80's) ha permitido ampliar el entendimiento de una amplia gama de desórdenes psicológicos tales como: depresión, ansiedad, pánico, desórdenes obsesivo-compulsivo e incluso desórdenes alimenticios como anorexia y bulimia (Beck, 1989).

Varios factores influyeron para que creciera dramáticamente la popularidad de la psicología cognitiva (Matlin, 1990) tales como:

1. La creciente inconformidad de los psicólogos hacia los conductistas americanos, por su limitación para querer explicar la complejidad de la conducta humana usando sólo su modelo tradicional de aprendizaje conductista de estímulo, respuesta y reforzamiento.
2. Los lingüistas como Noam Chomsky (1957), se oponían a que una estructura tan compleja como el lenguaje pudiera explicarse sólo bajo términos conductistas.
3. Un poco antes de 1960 se incrementó la investigación acerca de la memoria, explorando las diferentes clases de memoria. El modelo conductista era demasiado limitado en esta área.
4. El psicólogo suizo Jean Piaget empezó a influir fuertemente con su nueva teoría del desarrollo humano, en los inicios de 1960, en los psicólogos americanos.

5. Quizá la mayor influencia fue el importante desarrollo del proceso de informática en las ciencias de la comunicación y de la computación, que influyó en muchos psicólogos en dos aspectos:

- un proceso mental se puede interpretar como un flujo de información a través de varios estadios, y
- un proceso mental se puede entender mejor comparándolo con las operaciones de una computadora. La computadora es una herramienta hecha por humanos que capta tan sólo un poco de nuestra complejidad cognitiva humana (Sanford, 1985).

Esta aproximación llamada **Terapia Cognitiva** está incrustada en un movimiento mayor en la psicología y en la psicoterapia llamada “**la revolución cognitiva**” (Beck, 1989).

La palabra **cognitivo**, derivado del latín “pensamiento”, se refiere a las formas en las que la gente realiza juicios y toma decisiones, así como las formas en las que interpreta o malinterpreta las acciones de otros. Esta revolución ha proporcionado un nuevo enfoque acerca de cómo la gente utiliza su mente para resolver problemas, o crearlos, o agravarlos. El cómo pensamos determina en gran medida el que tengamos éxito y disfrutemos de la vida o aún el sobrevivir. Si nuestra manera de pensar es correcta y clara, porque se refleja en un estilo de vida de calidad, estaremos mejor equipados para alcanzar nuestras metas (Beck, 1989). Si estamos empantanados por significados simbólicos distorsionados, surgirán razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, que nos harán estar “sordos” y “ciegos”(Beck, 1989). Este mismo autor considera que conforme maljuzgamos y malcomunicamos, propiciaremos dolor tanto a nosotros mismos como a los que están cerca de nosotros y enfrentaremos el choque de venganzas dolorosas

La **terapia cognitiva** está diseñada para remediar las distorsiones y deficiencias en el pensamiento y la comunicación. La terapia cognitiva incorpora principios que se enfocan a la forma en que las personas perciben, malperciben y finalmente fallan en su percepción de aquellos con los que tratan de comunicarse, provocando que dicha comunicación este distorsionada o falle (Beck, 1989).

La **terapia cognitiva-conductual** se puede definir como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del paciente (Rimm y Masters, 1979).

Las funciones cognitivas sirven para que los pacientes comprendan lo que les comunica su terapeuta y reflexionen sobre los cambios que realizan o que no logran en la terapia (CIJ, 1998). La mayor probabilidad de que se produzca un cambio en las estructuras cognitivas radica en el descubrimiento a través de la experiencia práctica de que las antiguas estructuras cognitivas son cuestionables y no están justificadas, y que la

adopción de estructuras nuevas y más adaptativas es gratificante (Mercado y Quijano, 1998).

En la terapia cognitiva se fomenta un estilo que convierte las certezas en posibilidades, substituyendo el “siempre” por el “con frecuencia”, el “no puedo” por “me sería difícil”. Ante el fracaso se cuestiona al paciente en qué es lo que no funcionó, qué se ha intentado hacer, y cuál es el significado asignado al hecho de que no haya funcionado como se esperaba. Esas mismas preguntas se las hace a sí mismo el terapeuta cuando el tratamiento no camina en la dirección esperada. Se invita al paciente a dividir los acontecimientos estresantes en tareas más pequeñas y manejables (CIJ, 1998).

4.4.2 Terapia Familiar

Antecedentes

Este modelo se integra considerando aportes de Milton H. Erickson, de **Terapia Breve Centrada en la Solución** (Sánchez Huesca, 1998), así como el modelo de **Terapia Familiar Sistémica**, en donde se concibe a la familia como análoga a una máquina cibernética que facilita la aplicación de términos a la familia, como disfunción y mirar al terapeuta como una especie de “reparador” (Maldonado, 1997). Además considera que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su autoconcepto y la interacción con los demás.

En la terapia breve y la terapia familiar se utiliza el futuro para construir soluciones hipotéticas con base en la pregunta terapéutica “supongamos que su problema se resuelve repentinamente, ¿cómo se daría cuenta y qué sería diferente? Ante esta pregunta frecuentemente los pacientes mencionan comportamientos que ya tienen o pueden tener.

Otra fuente teórico-técnica de la terapia centrada en la solución aplicada en adolescentes adictos, es el modelo de terapia breve desarrollado por el Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto. Algunos de los supuestos básicos con los cuales opera esta propuesta de terapia familiar breve centrada en la solución (CIJ, 1998), son los siguientes:

1. **El cambio es inevitable.-** Todo está en continuo cambio y movimiento. Hay que identificar las pautas peculiares de cooperación en cada familia; una vez descubiertas, el terapeuta debe adecuar las tareas e intervenciones a ese modo específico.
2. **Sólo se necesita un pequeño cambio.-** Es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno sólo de sus miembros.

3. **Los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos para cambiar.-** Cualquier logro en el pasado servirá de modelo para obtenerlos en el presente y en el futuro. Hay mayor probabilidad de que el paciente coopere en un modelo basado en sus éxitos, más que en sus fracasos.
4. **Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos.-** La solución intentada por el paciente constituye el problema. La tarea del terapeuta consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos realistas. Las soluciones exigen un tipo de pensamiento y de acción distinto.
5. **No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo.-** Parte de la idea de que hay mucho más que el problema en la vida de cualquier persona. El terapeuta requiere investigar cuidadosamente lo que sucede en las horas, días e incluso semanas en los cuales ni el paciente, ni su familia son afectados por el problema de adicción, o de cualquier otro problema que se este tratando. Cuando se revisan esas excepciones o pautas de conducta, hay que descubrir y destacar las cosas positivas o útiles que están haciendo y diciendo entre sí y trasladarlas al futuro mediante preguntas de presuposición. Pensar en avances a futuro, hace que los vaya creando en el presente.
6. **Hay muchas maneras de considerar una situación, ninguna es menos correcta que la otra.** Para cada acontecimiento en el mundo, existen por lo menos dos o más explicaciones.

4.4.3 Terapia Cognitiva con enfoque Cristiano Bíblico

Antecedentes:

El concepto de buscar la sanidad a través de una experiencia con la Divinidad es tan antiguo como la religión misma. La teología y la psicología pertenecieron, alguna vez, a la misma disciplina: a la filosofía; pero el siglo pasado la psicología buscó alcanzar el rango de ciencia y para ser aceptada en este rango tuvo que eliminar todo lo que las otras ciencias pudieran considerar intangible, etéreo, y decidió desligarse de la teología.

Eric Fromm (1970) lo señaló diciendo que la psicología se convirtió en una ciencia que carecía de su principal tema: el alma. Se preocupaba de la mecánica, de las formaciones reactivas, de los instintos, pero no del fenómeno humano más específico: el amor, la razón, la conciencia, los valores.

La ciencia llegó a ser la nueva diosa que prometía dar solución a todos los problemas de la humanidad (Cabezas, 1988). El psicoanálisis de Freud ensanchó la brecha entre psicología y teología; se veía a la religión como base de problemas emocionales (Cabezas, 1988). Este autor añade que muchos generalizaron toda creencia y práctica

religiosa como fenómeno neurotizante. Desde entonces, la psicología se dedicó a señalar los elementos patológicos de la religión. Como una contrarreacción al enfoque psicopatológico de la religión, muchos grupos religiosos se dedicaron a combatir al "demonio" de la psicología.

Szasz (1970) señala que los psicólogos y psiquiatras de nuestra época creen erróneamente que su responsabilidad es mantenerse neutrales ante todo lo que afecta al ser humano. A la vez Cabezas (1988) indica que se ha encontrado que, dada la oportunidad de escoger, el paciente elegirá a un terapeuta que refuerce sus propios valores.

En 1979 el Dr. Mario E. Rivera Mendez, pastor evangélico de la denominación Presbiteriana y psicólogo clínico de Puerto Rico, designó el término "Teoterapia" en su Tesis de Doctorado, a la búsqueda de integrar la psicología y la religión.

John D. Carter y Bruce Narramore (1979), en su libro "The Integration of Psychology and Theology" describen cuatro posturas diferentes que, tanto psicólogos como teólogos, han tomado sobre el tema de la integración de estas dos disciplinas:

1. El modelo en contra de la integración.
2. El modelo que intenta estudiar la **psicología de la religión**.
3. El modelo que busca el **paralelismo** entre estas disciplinas.
4. El modelo que lucha por una **verdadera integración** de las dos.

En 1982 Cabezas realizó una investigación entre los psicólogos de Costa Rica, para descubrir la posible influencia de los valores religiosos de estos profesionales. Los ochenta psicólogos que respondieron (47 % de la población total de psicólogos), mostraron los siguientes resultados:

- 55 % tenían un nivel bajo de conocimiento de grupos, prácticas y creencias religiosas en Costa Rica.
- 35 % tenían un nivel mediano de conocimiento.
- 10 % tenían un grado alto de conocimiento en este campo.

Añade Cabezas (1982), que los psicólogos de esta investigación informaron que sus profesores omitieron el campo de la **psicología de la religión**, en su formación profesional, y que éstos le daban poco, o ningún valor, a lo religioso. Se supone, agrega, que el psicólogo como científico que es, debe procurar que sus juicios estén basados sobre datos objetivos, es decir, sobre el conocimiento y la experiencia. Es obvio que los juicios religiosos de un psicólogo que tiene poco o ningún conocimiento de las creencias, prácticas, literatura y grupos religiosos son más bien prejuicios, puesto que no se basan en el conocimiento.

A partir de los 50's se iniciaron los esfuerzos por integrar a la psicología, la psiquiatría y la religión. En 1951 Parker y St. Johns llevaron a cabo la primera investigación en terapia de oración. En 1954 se iniciaron los "Talleres Psiquiátrico-Pastorales", en el Instituto de Salud Mental de San Juan de Puerto Rico, en un clima de cooperación entre psiquiatras, psicólogos y clérigos de diferentes religiones y denominaciones.

La Psicología y la Psicoterapia Cristiana se ubican dentro del Modelo de Psicología Cognitiva, a partir de los 70's con más fuerza y manejada precisamente por psicólogos cristianos que, convencidos de sus creencias, buscan la manera de que éstas trasciendan a su vida profesional (Cabezas, 1988), ubicándose en el **modelo de integración**.

De acuerdo a este mismo autor, el psicoterapeuta cristiano no puede separar su fe en Jesucristo de su trabajo diario. Para él, esta fe es algo que filtra todas sus actividades. No es una serie de ritos que practica ciertos días en determinado lugar religioso. El es primero cristiano y luego psicólogo. Esto significa que su manera de trabajar refleja el hecho de que, en su escala de valores, es Dios el que ocupa el primer lugar. El psicoterapeuta cristiano es psicólogo porque está convencido de que Dios lo ha llamado a servir y busca la mejor forma de servir a Dios, a través del ejercicio de su profesión. Su fe se refleja en todo cuando es y en todo cuanto hace.

La Psicoterapia Cristiana busca aplicar métodos espirituales en combinación con la terapia mental y emocional. El psicoterapeuta cristiano cree que toda sanidad viene de Dios, puesto que Él es la fuente de salud (Salmo - 103:3 Dios es quien sana todas mis dolencias). Para los psicoterapeutas cristianos, los médicos, psicólogos, psiquiatras y consejeros, pueden ser instrumentos de Dios para salud, pero ellos no pueden "curar". Dios es el que cura (Éxodo 15:26 - Yo soy el Señor, el que los sana a ustedes; Isaías 57:18 - Los sanaré y les daré descanso y tranquilidad completa; Isaías 53:5 - Por sus heridas (de Jesús) alcanzamos la salud).

Lair (1975) expresa que cuando nos ponemos en el centro de todo, queremos que el mundo entero se ajuste a nosotros y gire a nuestro alrededor. Pero si nos salimos de este mundo focal, dándole a Dios ese espacio, veremos que comienza a darse un equilibrio en nuestras vidas. Cabezas (1988) señala que el Dr. Paul Tournier, psiquiatra suizo, en su práctica profesional reconocía que los problemas personales de sus pacientes y su relación con Dios, podrían influir en su enfermedad y su sanidad. Se dedicó entonces a estudiar psicología y a profundizar su lectura de la Biblia, buscando la relación entre su fe y su profesión.

Señala asimismo Cabezas (1988) que Tournier opera con la convicción de que al comenzar a trabajar con una persona, hay que realizar dos diagnósticos: uno científico y otro espiritual, de modo que el tratamiento se dirija al hombre integral. Para Tournier existen como mínimo cuatro factores que determinan la conducta humana:

1. Aquellos que son observables por los métodos objetivos de la ciencia.
2. Las influencias inconscientes, ocultas, que el psicólogo ayuda a descubrir.
3. Las causas sobrenaturales trascendentales (Dios y las fuerzas del mal).
4. El libre albedrío del individuo.

A su juicio, Tournier opina que el mensaje religioso puede provocar la enfermedad mental o fungir como agente de sanidad, debido a que la religión tiene dos caras: la enferma o distorsionada que crea temor, paraliza y debilita al individuo, provee un escape irreal de los problemas y lleva al desastre psicológico, y la segunda, la religión “de la gracia” (un regalo de Dios), por medio del conocimiento bíblico que puede liberar al hombre, romper las ataduras de la culpa y la neurosis, producir un mejor equilibrio psicológico y crear una personalidad más estable.

En qué consiste.

Este modelo terapéutico consiste en los siguientes pasos:

1. Identificar los principios bíblicos que están relacionados con el problema a tratar y tomarlos como material de trabajo de análisis.
2. Quitar los principios equivocados en la persona, que le han llevado al problema y colocar los principios correctos (los bíblicos).
3. Detectar cuáles son los problemas cognitivos (de conocimiento o creencias equivocadas) que el paciente muestra:
 - prejuicios, como por ejemplo, creer que nunca podrá ser diferente;
 - **legalismos religiosos, como no aceptar el divorcio en ningún caso; no comer carne; aprender a vivir con un problema porque no es posible cambiarlo; etc**
 - **malos hábitos**
 - **malas imágenes (autoimagen o imagen de otros)**
 - creencias equivocadas (pensar, por ejemplo, que lo que ha hecho no tendrá consecuencias; o que no puede ser perdonado)

Una vez detectado, entrar a un proceso de integrar los conocimientos y principios bíblicos a su forma de vida, ya que la manera de pensar de una persona establece una trayectoria; le lleva a establecer valores, estilo de vida, actitudes, motivaciones, etc.

4. Quitar la culpabilidad: Ésta incapacita a la persona; la hace justificar sus “faltas”; se siente sin esperanza; experimenta condenación (no hay remedio). Cambiar la culpabilidad por **convicción**: la conduce a reconocer su falta; experimentar **arrepentimiento en lugar de remordimiento** por lo que hizo; se reconcilia con Dios; ésto lo lleva a corrección; hay esperanza; hay gracia (regalo) de Dios.

Objetivo de la terapia.

El objetivo de este modelo terapéutico es introducir al paciente en los principios bíblicos y cambiar su forma de pensar conforme a esos principios, de tal manera que sus actitudes y su comportamiento vaya mostrando cambios favorables. La lectura y reflexión de la Biblia será un apoyo básico en el proceso terapéutico, pues le llevará a actuar de acuerdo a lo que va entendiendo (2a. Corintios 3:18 - Por tanto, nosotros todos, mirando a cara descubierta como en un espejo la gloria del Señor, somos transformados poco a poco, en la misma imagen, como por el Espíritu del Señor).

Principios del Modelo Terapéutico

Los principios en los que se basa este modelo son respaldados en la Biblia y son los siguientes:

1. **Suficiencia y confiabilidad de las Escrituras.** La terapia es para que el conocimiento que se va adquiriendo de la Biblia sirva para redargüir (hacerme ver), instruir y corregir en justicia (en concordancia con la Escritura), llevar a la persona a confiar en los lineamientos de conducta que establece la Biblia y comprometerse consigo misma a obedecerla. Su lectura es el método de autoanálisis y reflexión para que el paciente vaya descubriendo los cambios que hay que hacer.
2. **La centralidad de Cristo es la solución.** La tarea del terapeuta es ayudar a que el paciente permita que Cristo sea el centro de su vida, y que con ese parámetro encuentre la solución a su problema. Por ejemplo, el terapeuta no se limitará a corregir el síntoma (adulterio), sino ir a la raíz (las causas que le llevaron al adulterio), que es su falta de compromiso con Dios principalmente, entre otras cosas. La oración es la herramienta terapéutica para hacer posible el cambio.
3. **La importancia de la comunidad (iglesia), para efectuar cambios:**
 - Lugar donde el cambio se facilita, por lo que va viendo el paciente, va escuchando y va aprendiendo.
 - El paciente sabe que la comunidad cristiana lo conoce y eso le frena.
 - por la facilidad para ir aprendiendo a entender y aplicar la Biblia.

Proceso básico terapéutico

1. Guiar al paciente a **identificar su pecado** (falta cometida) y todo lo que en el ambiente contribuyó a dicho pecado.
2. Guiarlo a entender la magnitud de la misericordia de Dios: nos da perdón no merecido, cuando se tiene **convicción de pecado**.

3. La persona siente un **arrepentimiento** completo y genuino.
4. **Confesión a Dios** del pecado, reconociendo que se pecó.
5. **Pedir perdón a Dios y aceptar el perdón de Dios.**
6. Se experimenta la **limpieza**:
 - El paciente se siente libre de culpa.
 - La persona recibe la **salvación espiritual** (es una vida de relación personal con Dios). Establece su vida cristiana, que es una vida de arrepentimiento.
 - Inicia el proceso de **transformación** de su estilo de pensar y de vivir.
 - Recibe una justificación para vida eterna (Juan 17:3 - La vida eterna es que te conozcan a Tí, el Padre, el único *Dios verdadero*, y a *Jesucristo*, a quien Tú has enviado).

El proceso lo repite el paciente, ya en su vida independiente de la terapia, cada vez que reconoce que en algo faltó a los principios de vida cristiana.

Conceptos básicos del Modelo

- **Alma.-** Es el asiento de las emociones, sentimientos, voluntad, inteligencia, conocimientos, memoria, pensamiento. El alma requiere un proceso de transformación. La clave está en ir quitando de ella todo lo que nos impide tomar decisiones correctas (de acuerdo a la voluntad de Dios, expresada y contenida en la Biblia). Sólo requiere nuestra disposición.
- **Arrepentimiento.-** Lleva a pedir perdón a Dios. Por gracia (regalo de Dios) se recibe el perdón de Dios, al confesarle a Él el pecado, se recibe limpieza y libertad (se eliminan los efectos de la culpabilidad). Implica un cambio de dirección en el comportamiento. Los pasos del arrepentimiento son los siguientes (Oseas 14:1-3):
 1. Volver nuestra actitud a Dios. Reconocer que lo necesito para ordenar mi vida.
 2. Confesar (expresar en palabras, poniendo nombre específico al pecado) a Dios.
 3. Pedir perdón a Dios. Se obtiene la sanidad espiritual, porque el pecado queda resuelto (confesado y perdonado por Dios).
 4. Pedirle a Dios que me acepte y restaure mi relación con Él. Profundizar nuestra relación con Dios, aprendiendo a depender de Él y llevar fruto (actitud y comportamiento de acuerdo a los lineamientos bíblicos).
 5. Nos hace agradables a Dios.
 6. Nos hace agradables a nosotros mismos.
 7. Beneficia a otros.

8. Entendemos que nuestro fruto viene de Dios.
 9. Adquirimos verdadera sabiduría para vivir.
- **Compromiso.-** Vida disciplinada a Dios y sus lineamientos plasmados en la Biblia. Es la palabra clave en la vida del cristiano.
 - **Condenación.-** Estar apartado o separado de Dios. Con el pecado personal viene la culpa, surge así un estado emocional de culpabilidad que trae consecuencias: alteración emocional, intranquilidad, angustia, amargura, depresión, soberbia, prepotencia, enfermedades psicosomáticas, autosuficiencia, dolor, ira, insatisfacción, *nerviosismo*, *ansiedad*, *proyección*, aislamiento, apatía, insomnio, pesadillas, suicidio, etc.
 - **Conocer a Dios - Relación con Dios.-** Implica no sólo conocer a Dios mentalmente, porque sé que existe, sino principalmente **en experiencia y resultados personales**. Al no cumplirse ésto, se da lugar a teólogos ateos.
 - **Espíritu.-** Es la entidad del sér humano que está en la posibilidad de relacionarse con Dios. El problema básico del espíritu es el de no poderse relacionar con Dios porque está muerto a causa del pecado. Con el **nuevo nacimiento** este problema queda resuelto. El espíritu **nace de nuevo (cobra vida)**, y la persona queda justificada, perdonada por Dios, declarada inocente y queda libre.
 - **Fortalezas.-** Mecanismos de defensa que se establecen en la mente y que pretenden controlar a la persona: malos hábitos, ideas equivocadas, amargura, rencores, rebeldía, herencia generacional, orgullo, etc.
 - **Justicia.-** Todo lo que el hombre siembra, eso mismo segará.
 - **Justificación o ser justificado.-** Ser perdonado por Dios.
 - **Nacer de nuevo.-** Nacer espiritualmente al aceptar a Cristo en su vida, pidiéndole que tome Él el control de ella. Así la persona restaura su relación personal con Dios. Su espíritu cobra vida, empieza a ser guiado por el Espíritu de Dios y la revelación de Dios se hace personal. Cuando la persona no ha nacido de nuevo, su espíritu está muerto e incapaz de percibir a Dios y sólo puede entender la revelación de Dios a través de sus sentidos físicos, al observar la creación de Dios.
 - **Necesidades humanas.-** Existen tres tipos de necesidades en el ser humano:
 1. **Necesidades casuales.-** Son las materiales, las menos importantes: alimento, casa, escuela, ropa, mantenimiento de auto o de casa, etc.

2. **Necesidades críticas.**- Las que si no se cumplen, producen angustia, porque la persona les da demasiada importancia:
 - amar y ser amado, aceptado, valorado.
 - sentirse útil, productivo y eficiente.
 - comprender y ser comprendido, respetado.
 - trascender, al impactar positivamente la vida de otros.
 - etc.

 3. **Necesidades cruciales.**- Las que si no se cumplen producen muerte:
 - aceptar mi salvación
 - cuidar mi salvación
 - tener una relación personal y estrecha con Dios.
 - servir a Dios, poniendo en uso y práctica en mi vida y en la vida de otros, los atributos y habilidades que Dios me da.
- **Pecado.**- Fallar al blanco: lo que Dios ha establecido y lo da a conocer en su Palabra, la Biblia.
 - **Pecado original.**- Es la tendencia a pecar. Nacemos en **condenación**: condenados o con la tendencia natural a pecar. Somos así condenados (separados de Dios).
 - **Salvación.**- Es un feliz retorno al Reino de los Cielos dentro de nosotros mismos, y a todas las cosas que nos da Dios por añadidura: paz, armonía, gozo, etc., y que ya están así al verdadero alcance nuestro. Ésto es a partir del momento en que la persona decide aceptar con convicción, entendimiento y disposición a Cristo en su vida, pidiéndole que venga a tomar control de ella.

Elementos espirituales de la psicoterapia cristiana

Dios es el que sana.- Alguien que careció de amor y afecto mientras crecía, lleva dentro de sí un vacío de amor de tal magnitud que ningún profesional de la salud, por bien intencionado que sea, puede llenar. En casos como éstos, Dios es el único que puede llenar este vacío, hasta sobreabundar. Él es el único que puede efectuar una curación perfecta. Si se cree que Dios creó al ser humano y a todo cuanto existe, es Él el único que conoce a detalle lo que creó. Es así como Él es el más indicado para detectar la falla, para mostrar cómo debe arreglarse o, si es el caso, para arreglarlo Él mismo. Para los psicoterapeutas cristianos, los médicos, psicólogos, psiquiatras y consejeros, son instrumentos de Dios para salud, pero ellos no pueden “curar”. Dios es el que cura.

Sanidad interior.- La psicología puede ayudar enormemente a desenredar y a aclarar los pensamientos confusos que perjudican a la persona, puede ayudar a vencer la represión dañina de experiencias dolorosas para hacer aflorar las situaciones no resueltas que enferman al individuo, pero en ningún caso puede deshacer totalmente lo hecho, no

puede desaparecer, por así decirlo, el pasado y su efecto. Sólo Dios puede eliminar todo tejido emocional cicatrizado y lo reemplaza con tejido nuevo y sano.

Francis MacNutt (1977) considera que:

“la idea básica de la sanidad interior es sencillamente ésta: que Jesús, quien es el mismo ayer, hoy y por siglos, puede tomar las memorias de nuestro pasado y:

1. Sanarlas de las heridas que aún permanecen y que afectan nuestras vidas en el presente;
2. Llenar con su amor todos los lugares dentro de nosotros que han estado vacíos por tanto tiempo, una vez que hayan sido sanados y drenados del veneno de los sufrimientos pasados y de resentimientos.

Podemos pedirle a Cristo Jesús que camine hacia atrás, en el tiempo, al momento en que fuimos heridos y nos libere de los efectos presentes de esa herida.

Esto involucra dos cosas:

1. Traer a la luz las cosas que nos han dañado. Esto generalmente se hace mejor con la ayuda de otra persona; aún el hablar sobre el problema constituye un proceso sanador.
2. Orar a Dios que sane los efectos esclavizantes, las ataduras, de los incidentes dañinos del pasado.

Oración.- Es uno de los principales instrumentos para comunicarse con Dios. En psicoterapia cristiana se utiliza para pedir la guía de Dios hacia la salud y para pedir la sanidad del paciente.

Perdonar.- Mucha gente logra sanar cuando por fin logra perdonar a alguien con quien previamente estaba resentido u odiaba. Esto es porque el perdonar es un requisito de Dios para obtener sus bendiciones, para obtener respuesta a las oraciones y ser perdonado por Dios.

Culpa sana.- Es la culpa real que da la sensación de maldad que resulta de transgredir la ley de Dios escrita en la mente (conciencia) de la persona. Su propósito es conducirla al arrepentimiento, a confesar a Dios el pecado, motivarla a entregar su vida a Cristo y estar dispuesta a transformar su conducta.

Culpa dañina.- Es enfermiza, destructiva, no viene de Dios y sólo sirve para atormentar a la persona. Su origen está en los problemas emocionales del individuo. A pesar de

confesar, no experimenta el sentimiento de perdón de Dios y el alivio de la culpa, pues aunque Dios ya la haya perdonado, la persona no ha podido perdonarse a sí misma.

Biblioterapia.- Es la terapia basada en la lectura, análisis, reflexión y aplicación de la Biblia. En ella se encuentra una guía clara de cómo se debe vivir para poder disfrutar de una salud integral. La única manera segura de comprender a profundidad lo que la Biblia enseña, es que la persona pida a Dios que le guíe en el estudio bíblico, a fin de poderlo entender, aprovechar y aplicar a su vida diaria.

Cabezas (1988) concluye que en la integración de psicología y cristianismo se tiene un arma tan potente como nunca ha existido para lograr modificaciones impresionantes y duraderas en la vida del creyente.

La Biblia como herramienta terapéutica.

La Biblia es el filtro o el lente a través del cual el paciente necesita aprender a ver todo. Algo que le impide avanzar en el proceso terapéutico y lo debilita, es el leer la Biblia sin pensar en su aplicación práctica. Dios le puede ayudar, si la persona está dispuesta a aplicarla. Dependiendo de la calidad de relación con Dios, será la calidad de vida que se tenga o se vaya adquiriendo (Efesios 2.10 - Porque somos hechura suya, creados en Cristo Jesús para buenas obras, las cuales Dios preparó de antemano para que anduviésemos en ellas; Salmo 103:4 y 5 - El que rescata del hoyo tu vida; el que te corona de favores y misericordias; el que sacia de bien tu boca de modo que te rejuvenezcas como el águila).

Si la persona deja a Dios o nunca busca acercarse a Él, estará sólo aplicando sus propias soluciones a su vida (Jeremías 2:13 - Porque dos males ha hecho mi pueblo: me dejaron a mí, fuente de agua viva, y cavaron para sí cisternas, cisternas rotas que no retienen agua).

¿Cómo entender la Biblia e interpretarla (hermenéutica)? - Tiene sólo tres elementos básicos:

1. Qué es lo que dice,
2. Qué es lo que quiere decir (Ejemplo: las parábolas).,
3. Cómo la aplico a mi vida.

Al leer la Biblia es importante cuidar lo siguiente:

1. No tratar de encontrar más de una explicación: la Biblia no tiene propósitos escondidos, ni mensajes ocultos.
2. Buscar pasajes paralelos para entender su significado:

Ejemplo: Efesios 5:22 y 25 - Las casadas estén sujetas a sus propios maridos, como al Señor; maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella.

Colosenses 3:18 y 19 - Casadas, estad sujetas a vuestros maridos, como conviene en el Señor; maridos, amad a vuestras mujeres, y no seáis ásperos con ellas).

3. Sólo después de que el hombre se convierte (nace de nuevo), le es posible entender y aplicar los fundamentos Bíblicos (2a. Corintios 2:14 - Pero el hombre natural no percibe las cosas que son del Espíritu de Dios, porque para él son locura, y no las puede entender, porque se han de discernir espiritualmente.

El papel de la oración como herramienta terapéutica.

En psicoterapia cristiana se utiliza la oración para pedir la guía de Dios para ayudar al paciente a encontrar su camino hacia la salud y para que el mismo paciente pueda aprender a depender de Dios en oración, para encontrar la sanidad. De esta forma, la oración es simplemente platicar con Dios.

En 1951, en la Universidad de Redlands se llevó a cabo, en condiciones de rigor científico, el primer experimento controlado acerca de la oración, como una terapia específica o un factor curativo (Parker y Johns, 1989). Este experimento se realizó de la siguiente forma:

Se tomaron 45 voluntarios que fueron entrevistados y cuidadosamente divididos en tres grupos control iguales, de 15 sujetos cada uno. Este número pareció a los experimentadores lo suficientemente amplio para indicar una fuerte tendencia hacia el resultado encontrado, y a la vez relativamente pequeño para poder ser manejado en forma efectiva. A cada grupo se les aplicó diferente tratamiento:

Grupo I - 15 - Psicoterapia.

Grupo II - 15 - Oración que cada sujeto sabía hacer (eventual o fortuita)

Grupo III - 15 - Terapia de oración.

Grupo I - Se le proporcionó terapia psicológica individual, una vez por semana, para aclarar y curar desórdenes emocionales. No se hizo mención alguna de religión y los 15 sujetos seleccionados para esta categoría manifestaron una preferencia definida por la psicoterapia, o habían sido recomendados específicamente por sus médicos para este tipo de tratamiento.

Grupo II - Fue formado por sujetos de una denominación religiosa y eran cristianos fieles y practicantes. Cada uno manifestó su confianza en la oración como una solución para sus problemas, para sus enfermedades físicas y emocionales, creían que la psicología era un aditamento innecesario y que ellos sabían cómo

orar. Aceptaron orar cada noche antes de acostarse, durante el transcurso del experimento, nueve meses del año universitario.

Grupo III - Fue integrado también con personas cristianas fieles y practicantes. Se les indicó que participarían en un experimento terapéutico a base de oración, pero se les iría diciendo los pasos a seguir. Este grupo se reunía como grupo de terapia, dos horas por semana.

Los grupos se mantuvieron sin ninguna conexión o comunicación entre sí, y para llevar un control cualitativo y cuantitativo de los resultados se usó una batería de cinco pruebas usualmente aceptadas y científicamente elaboradas para revelar el inconsciente y los factores nocivos que están latentes en la personalidad. Fueron administradas privadamente a cada uno, tanto al principio como al final, por un psicometrista muy competente, graduado en psicología y quien de ninguna manera estaba involucrado en el trabajo que se realizó. Las pruebas que se aplicaron fueron las siguientes:

1. Rorschach.
2. Test de Szondi
3. Test de Apercepción Temática (T.A.T.)
4. Frases Incompletas.
5. Asociación de Palabras.

A cada sujeto del grupo de terapia de oración se le dió cada semana, un sobre cerrado con una hoja que señalaba un aspecto negativo de su personalidad y que no tenían ellos consciente, pero había sido revelado por los tests individuales. La tarea de la persona era eliminar o mejorar ese aspecto específico mediante oración, pero sería un tipo específico de oración, es decir, tendrían que orar específicamente por el rasgo negativo detectado en las pruebas, y que se les había dado en el sobre.

Los exámenes de conciencia que usualmente la gente practica, se centran sólo en los "pecados de omisión y de comisión": he mentado, he hecho trampa, he robado, soy impaciente". Se necesitaba descubrirle a los sujetos lo más inconsciente y que les estaba causando mayor dolor en su vida. Por ejemplo: "yo temo..... y a qué le temo; yo odio..... y a quién odio". No se les sugirió ninguna confesión pública. Los sujetos fueron adquiriendo mutua confianza y ellos mismos fueron discutiendo libremente en la sesión de grupo, el contenido de sus problemas personales y a compartir sus dificultades. Las inhibiciones y barreras fueron derribándose a medida que reconocían que cada uno de ellos necesitaba ayuda y curación y que cada uno tenía algo que podía compartir con el otro, aunque sólo fuera el mutuo estímulo.

Los sujetos de los tres grupos control presentaban diversas problemáticas, tales como: diagnósticos médicos de agotamiento nervioso, anemia, afección en la espalda, pérdida de energía física, depresión, personas que se podía llamar "ineficaces", ya que no

lograban desarrollo profesional, ni económico satisfactorio, tenían malas relaciones sociales y familiares, sintiéndose incapaces, frustrados y en soledad; había también dolores de cabeza, jaquecas, migraña, síntomas de tuberculosis, tics nerviosos, epilepsia del tipo gran mal (en uno de los sujetos), altas dosis de sedantes, problemas conyugales, financieros, emocionales, morales (adulterio), con actitud de amargura y desilusión, úlceras, artritis, asma, tartamudeo, en fin, había una amplia gama de padecimientos en los sujetos que ingresaban los grupos.

Al término de los nueve meses del experimento, se aplicaron nuevamente los tests psicológicos, y los resultados fueron los siguientes:

El grupo I, compuesto por quienes recibían psicoterapia sin ninguna mención de la oración o de la religión, obtuvo un 65 % de notable mejoría en lo referente a los tests psicológicos y a los síntomas. Estos resultados fueron excelentes, desde el punto de vista del psicólogo. Jaquecas, tartamudeo y úlceras respondieron satisfactoriamente a la psicoterapia.

El grupo II, de oración fortuita o eventual, integrado por aquellos que oraban cada noche, según la modalidad preferida de cada quién, y sin la ayuda de una comprensión psicológica, no demostraron ningún progreso en las pruebas psicológicas, incluso tuvieron bajas en algunos casos. Los síntomas no variaron notablemente.

El grupo III, el de terapia de oración, hizo un progreso del 72 % con un grado significativo de mejoría, tanto en lo referente a los síntomas como a las pruebas psicológicas, incluyendo dramáticas curaciones totales, que fueron evidentes para los médicos y para quienes los conocieron durante el tratamiento.

Estos resultados hicieron concluir que la terapia de oración era no solamente un factor de curación muy efectivo, sino que la oración adecuadamente entendida y practicada puede ser el instrumento más importante en la reconstrucción de la personalidad del sujeto. Asimismo, estos resultados indicaron que la terapia de oración había aportado algo adicional a la psicología, algo necesario para completar el proceso curativo. Además, un aspecto muy interesante fue el de que, mientras los integrantes del grupo de psicoterapia se sentían preparados para salir y tomar su propio camino, los participantes en la terapia de oración deseaban volver nuevamente el año siguiente para ayudar a otros, así como ellos habían sido ayudados. Ésta actitud es muy característica de los pacientes que se integran a un grupo de Auto Ayuda Cristiano Bíblico, para recibir tratamiento en rehabilitación de adicciones. Asimismo, ésto indicó que esta última terapia había tenido éxito al hacer volver las miradas y el oído de cada persona hacia el exterior, hacia otras personas, con lo cual también se demostró que cuando nuestra atención sólo se enfoca hacia nosotros, no experimentamos ni comprendemos la necesidad de ayudar y de ser ayudado.

A través de este experimento se concluyó que el medio principal para llevar a cabo un cambio dentro de nosotros mismos es la oración. Pero es muy importante destacar que si nosotros oramos, oramos y oramos sin llegar a ninguna parte, no significa otra cosa que el que hay defecto en la comunicación. Es como tan sólo conocer cómo se usa el teléfono y una vez instalado se utiliza, porque se le considera una forma válida de comunicación. Una vez que los principios de la oración son entendidos, se establecen las líneas de comunicación y sólo queda utilizarlas.

Cuatro puntos inherentes a toda oración eficaz

1. **Orar regularmente.**- La oración es sencilla, pero no es un arte fácil. La oración debe convertirse en una parte constante y reguladora de nuestra vida, siempre poniendo énfasis en el amor de Dios. La oración es parecida al músculo, que se fortalece y crece con la práctica y el uso.
2. **Hacer que la oración sea un acto de entrega y de honestidad.**- Entrega significa que ofrecemos a Dios nuestra vida, nuestras virtudes, nuestros talentos, y sobre todo, nuestra voluntad. Así también ofrecemos y entregamos nuestras preocupaciones y dificultades (nuestros demonios) que se disolverán en la medida que nuestra voluntad y deseo genuino de ser íntegros, sean una convicción. Si una persona quiere ser libre del dolor y la pena que le produce su adicción, pero se aferra a sus resentimientos, a su autocompasión, a su culpabilidad, no pasará nada. Debe **desear entregar todo**. Al despojarse de su yo antiguo, se inicia el proceso de liberación y renovación.
3. **La mente sólo aprende mediante constantes repeticiones.**- Si digo: "soy un miserable pecador", la persona está insistiendo en la infelicidad, en la enfermedad y en el pecado, como aferrándose a ellos. Nuestros constantes pensamientos y las cosas que afirmamos son nuestra oración, aquello que ejercerá un poder en nuestra vida: La oración negativa producirá efectos negativos.

Pasos para la oración diaria.

1. Concentrarse y enfocar la mente en Dios.
2. Meditar en el amor de Dios y en nuestra relación con Él.
3. Pedir ayuda para poder contribuir más efectivamente al plan del amor de Dios y poder emprender esta tarea sin tener una carga abrumadora.
4. Liberarse verbalmente de la carga: sentimientos de inferioridad, de inseguridad, de odio, de ira, o de cualquier cosa que esté molestando.

5. Afirmar verbalmente que ahora estoy libre y como Dios quiere que sea. Permanecer en silencio y tranquilamente hasta experimentar una sensación de triunfo y de serenidad.
6. Seguir adelante con la seguridad de que mi oración ha sido escuchada.

Los participantes en el experimento de Terapia de Oración (Parker y St. Johns, 1989), concluyeron que además de tener así un método para hacer la limpieza de su vida interior y de proporcionarles nuevos valores “aquí y ahora”, lo que aprendieron les servía para prevenir futuros conflictos y crisis emocionales”.

Descubrieron lo que la psicología había sospechado hace mucho tiempo: que la educación intelectual **no** educa al ser humano en forma integral (Parker y St. Johns, 1989). Agregan ellos mismos que de hecho a menudo apenas toca el lado emocional de la persona, dejándolo así titubear en la inmadurez que actualmente afecta a tantos cerebros cuidadosamente superalimentados. **Aprendizaje significa un cambio de conducta y de mentalidad.**

Método terapéutico de oración (Parker y St. Johns, 1989)

Se trabaja en un aspecto específico durante una semana y luego se pasa a otro. Es un plan individual, con los siguientes pasos a seguir:

1. Reconocemos al Dios de amor dentro de nosotros mismos como el poder curativo y director de nuestras vidas.
2. Conscientemente nos despojamos o removemos cualquier característica negativa (motivación, impulso, pensamiento, sentimiento) que no queremos tener.
3. Invitamos a este poder divino para que llene el vacío que se creó al habernos despojado de lo negativo.
4. En los tiempos específicos de oración y durante el día tendremos delante de nosotros mismos, pensamientos e imágenes positivas, sanas, plenas, estando ciertos que solamente ellos están de acuerdo con la voluntad de Dios acerca de sus creaturas.
5. Cuando oramos creemos que hemos recibido aquella ayuda especial que hemos pedido y **actuamos** como si la hubiéramos recibido.
6. Meditamos en Dios como **amor**, en el mandamiento de Jesús de **amar** y buscamos la entrada a ese círculo de perfección: el amor de Dios, del yo como hijo de Dios y del prójimo como a mí mismo.

7. Escuchamos y aguardamos un cierto sentido de victoria, una cierta sensación de presencia, que nos hace sentir: "Yo estoy aquí; todo está bien."
8. Ya se ha cumplido Gloria a Dios en las alturas. ¡Te damos gracias!

Este modelo lo aplica el terapeuta en su propia vida personal e instruye al paciente para que lo aplique también.

Asimismo Parker y St. Johns (1989) señalan que no podemos volver al pasado y cambiarlo. Lo único que podemos hacer es mirarlo con comprensión y con perdón y liberarlo, soltarlo. Tratándose de temas espirituales, la verdad no tiene tiempos, es universal y la comparten muchas creencias.

Principios de la adicción bajo el enfoque Bíblico

Hoff (1981) explica la farmacodependencia de la siguiente forma:

1. La adicción es una dependencia a algo o a alguien, buscando evitar el dolor.
2. Abajo del comportamiento adictivo, existe siempre una raíz. El umbral del dolor va subiendo y se busca mayor dosis para buscar satisfacción.
3. Se experimenta un sentimiento de culpabilidad.
4. La persona tiende a **negar** que es adicto y el problema está fuera de su control.
5. Se pretende justificar.
6. Se irrita, se siente el centro y nada le satisface, sólo cuenta él y cada vez es más fuerte su adicción.
7. Busca una satisfacción inmediata, sin importar las consecuencias, porque se siente vacío y cree que su adicción lo va a satisfacer.
8. Su adicción destruye a la persona, sus relaciones y su bienestar.

Hoff (1981) indica que cada hombre tiene dentro de sí mismo la solución de sus problemas. Esto no quiere decir que no necesita la ayuda de Dios, sino que la solución de su problema comienza con la autopercepción y el entendimiento de su dificultad.

Hoff (1981) explica la experiencia de una persona adicta, en cuanto a su sentir interno, lo que vivió primero, después de tratamiento psicológico sin conversión; y lo que era su sentir interno después de tratamiento psicológico cristiano y con conversión:

En tratamiento psicológico sin conversión a Cristo	En tratamiento psicológico y espiritual con conversión a Cristo
<ul style="list-style-type: none"> • inestable • tenso • nervioso • culpable • avergonzado • presionado • incapaz • incierto • indigno 	<ul style="list-style-type: none"> • tranquilo • seguro • calmado • contento • agradecido • limpiado • receptivo • con deseos de orar • con paz

La adicción es un problema físico, emocional y espiritual y es así necesario tratarlo con los tres niveles simultáneamente (Hoff, 1981). Agrega asimismo este autor que la hospitalización puede romper la dependencia física en el transcurso de tres semanas, pero dado que queda el deseo ardiente de usar las drogas, tal programa no basta por sí solo. La conversión a Cristo ha probado ser la manera más eficaz de efectuar la liberación.

Los centros de rehabilitación como los que ha organizado David Wilkerson, han tenido mucho éxito. Los pacientes viven en un ambiente de disciplina y afecto. Participan en los cultos de oración y estudios bíblicos; observan cómo los creyentes viven y trabajan; y a ellos mismos se les asignan trabajos (Wilkerson, 1978). Después de desarrollarse espiritualmente son dados de alta e integrados a iglesias en las cuales la gente está dispuesta a aceptarlos. El trabajo además se extiende a sus familias.

El adicto no es capaz de soportar mucha ansiedad. Probablemente habrá recaídas y la persona comenzará muchas veces, a abstenerse nuevamente (Wilkerson, 1978). Pero con la ayuda divina y el apoyo de un terapeuta, el drogadicto puede ser liberado. A medida que crece espiritualmente y madura emocionalmente, experimentará la victoria sobre la farmacodependencia (Tommie, 1965).

Además agrega el mismo autor, es importante siempre cuidar que la dependencia del paciente sea con Dios, no con el terapeuta.

Fundamentos Bíblicos para la restauración de la familia

1. Orientación precisa por medio de la Biblia. Es el elemento principal, porque la Ley de Dios es perfecta (Salmo 19:8 y 12 - Los mandamientos del Señor son rectos; que alegran el corazón; ¿quién podrá entender sus propios errores. Líbrame de los que me son ocultos; Salmo 19:7 - La Ley del Señor es perfecta, que convierte el alma).

La Biblia ayuda a ubicar dónde están los sentimientos, emociones y voluntad de cada miembro de la familia. Dios es prioridad con la pareja, con los hijos, con el trabajo, con las amistades, con la iglesia (comunidad de creyentes). Es muy importante aprender a atender a la pareja y a los hijos, llevándolos a la iglesia, para que se integren a ella y aprendan a acercarse a Dios.

2. El poder transformador del Espíritu Santo es el único que puede cambiar a fondo a la persona.
3. La valiosa ayuda de la comunidad cristiana facilita el crear un ambiente en la iglesia, de creyentes que ayudan a otros. A través de nuestra familia, Dios bendice a otras familias. La familia existe para Dios (Romanos 11:3 - Porque de Él, y por Él y para Él, son todas las cosas).
4. La familia fue creada por Dios y existe para cooperar con Su propósito eterno para la familia: Tener una familia e hijos iguales a Jesús (Romanos 8:29 - Porque a los que antes conoció, también los predestinó para que fueran hechos conforme a la imagen de su Hijo, para que Él sea el primogénito entre muchos hermanos).
5. La familia coopera con el propósito de Dios de la siguiente forma: (Malaquías 2:15 - Dios hizo al hombre y la mujer uno, en abundancia de espíritu; los hizo uno porque buscaba una descendencia para Dios).
 - a) En la procreación y crianza de los hijos.
 - b) En la formación y desarrollo del ser humano:
 - Conocernos y perfeccionarnos.
 - Se evidencian más así nuestros defectos.
 - El hombre y la mujer se conocen tal cual son.
 - c) La familia es una base para el crecimiento y la edificación de la iglesia (comunidad de creyentes que se rigen y comportan bíblicamente).

Funciones de la Familia

1. La familia es el fundamento de la estructura social (Ezequiel 44:23 - Y enseñarán a mi pueblo a hacer diferencia entre lo santo y lo profano, y les enseñarán a discernir entre lo limpio y lo no limpio).
 - 1.1 La familia es un canal del amor de Dios.
 - 1.2. Debe establecer el orden de Dios en sus miembros y en la sociedad.
 - 1.3. Quitar el temor, establecer lineamientos y seguir lo que Dios indica.
 - 1.4. Enseñar entre lo santo y lo profano; entre lo limpio y lo no limpio.

2. La familia otorga identidad, arraigo, protección y cobertura.
3. La familia debe capacitar y poner en práctica los lineamientos de Dios:
 - 3.1 En la familia se expresa la plenitud de la capacidad afectiva, psíquica, física y espiritual del hombre y la mujer.
 - 3.2 Afirmar - Detectar los talentos, motivar, respaldar, para que se desarrollen.
4. Intimidad - Relación cercana, confianza, conocimiento, quitar el temor.
5. Desarrollar independencia para facilitar la madurez, a través de aprender a depender de Dios.
6. Aceptar la responsabilidad - Habilidad para responder en forma correcta ante cualquier circunstancia.
7. La familia es transmisora de las verdades de Dios, de una generación a otra, y específicamente es responsabilidad del padre, instruyendo en valores y carácter, mediante el ejemplo: (Deuteronomio 6:2, 6 y 7 - Para que respetes al Señor tu Dios, guardando todos sus estatutos y sus mandamientos que yo te mando, tú, tu hijo, y el hijo de tu hijo, todos los días de tu vida, para que tus días sean prolongados; y estas palabras que yo te mando hoy, estarán sobre tu corazón; y las repetirás a tus hijos y hablarás de ellas estando en tu casa, y andando por el camino, y al acostarte, y cuando te levantes.

Fundamentos Bíblicos del matrimonio.

El matrimonio se forma con:

1. Voluntad comprometida (los votos matrimoniales para que permanezca).
2. Sentimientos.
3. Emoción

En la pareja debe haber una búsqueda de unión:

- **espiritual**
- **emocional (alma)**
- **física (cuerpo)**

La **unión espiritual** se da porque el hombre ministra (satisface) las necesidades de la mujer y la mujer ministra las necesidades del hombre, y esto es posible cuando ambos buscan en lo individual, en su relación con Dios, que sus necesidades personales sean satisfechas. La meta en el matrimonio no es felicidad, sino obediencia a Dios. La

relación matrimonial ideal depende de nuestra relación con Dios. El modelo de Dios y fundamento para el matrimonio se encuentra en Efesios 5:21-33:

Someteos unos a otros en el temor de Dios. Las casadas, esten sujetas a sus propios maridos, como al Señor; porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es cabeza del hombre, y es cabeza de la iglesia, la cual es su cuerpo, y Él es su Salvador. Así que, como la iglesia está sujeta a Cristo, así también las casadas lo esten a sus maridos en todo. Maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia y se entregó a sí mismo por ella. Así también los maridos deben amar a sus mujeres como a sus mismos cuerpos. El que ama a su mujer, a sí mismo se ama. Cada uno de vosotros ame también a su mujer como a sí mismo; y la mujer respete a su marido.

Conclusión:

Estas técnicas aquí descritas (Tratamiento Profesional Clínico y Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico), se utilizan como base en el tratamiento de adictos en las Instituciones elegidas para este estudio (Hospital Psiquiátrico Psiquiátrico del DIF en Mexicali y Centro de Rehabilitación "Desafío Juvenil" de Mexicali, respectivamente), no son la respuesta única, para todos los casos de consumo de drogas, pero son una alternativa más. En la clínica cotidiana, lo importante no es cuál ostenta ser la mejor, sino cuál es útil para los pacientes (CIJ, 1998).

4.5 TRATAMIENTOS DE ATENCIÓN EN MÉXICO.

El tratamiento de farmacodependientes a heroína, morfina y opio hasta antes de 1965 fue institucional y enfatizado a la total abstinencia. A partir de 1965 se inició el tratamiento con **metadona**, ideado por Doley Nyswander (CIJ, 1989).

Sin embargo, el objetivo del tratamiento no se logró, pues la adquisición del estado libre de drogas no pudo ocurrir mediante la metadona. Aunque sí se logró reducir varios de los síntomas, tales como:

- **El deseo vehemente por la heroína.**
- **Bloquear los efectos de la heroína.**
- **Reducir el uso de heroína.**
- **Rehabilitación social medida con base al incremento de empleos legítimos y disminución de la conducta criminal.**
- **Dependencia continua de la metadona, la cual se llegó a clasificar posteriormente como narcótico, ésto al hallarse que la metadona puede ser substituída por**

morfina, cuya dependencia continuada en el tratamiento es el criterio de éxito, como lo fue en un principio la metadona, por sus efectos reductivos en el hambre por heroína y en bloquear su acción eufórica.

En México el tratamiento de los consumidores crónicos de heroína surgió como una nueva necesidad de los servicios del sector salud, a partir del incremento en el número de los adictos percibido desde la década de 1970. Surgieron así diferentes modalidades de servicios, en los que se desarrollaban también diversos abordajes de tratamiento.

En relación a los servicios que actualmente se brindan a los usuarios, éstos varían de acuerdo con el período durante el cual el farmacodependiente permanece en las instalaciones. Dentro de estos servicios García Liñán (1990) enlista los siguientes:

1. **Servicios de recepción, orientación y canalización.-** Son clínicas o unidades para el primer contacto con el farmacodependiente. En general, canalizan a los pacientes a las instituciones especializadas, pero pueden también proporcionar atención de urgencias o crisis y servicios de ambulancia.
2. **Unidades de desintoxicación.-** Pueden ser independientes o ser parte de una institución hospitalaria. La atención que brindan es breve, una semana en promedio, y en muy raras ocasiones se prolonga más de tres semanas. En estos servicios el personal médico vigila el desarrollo del síndrome de abstinencia u otro tipo de crisis.
3. **Servicios de internación.-** En general se encuentran en instituciones hospitalarias, especialmente en las psiquiátricas, pero pueden ser independientes. En estos servicios no sólo se observa el desarrollo del síndrome de abstinencia, sino que se intenta modificar el patrón de vida del consumidor crónico, motivándolo a alejarse del uso de las drogas. Por lo general el paciente permanece internado en el hospital y recibe atención psicoterapéutica, así como algunas otras modalidades de terapia (ocupacional, recreativa, artística, etc.).
4. **Tratamiento de internación a largo plazo.-** Puede tratarse de la internación en unainstalación hospitalaria, en el caso de pacientes que hayan desarrollado trastornos psiquiátricos graves, o algún tipo de comunidad terapéutica.
5. **Centro de día o consulta externa.-** Los pacientes que no requieren supervisión permanente pueden participar en estos programas. En los Centros de día se les brindan actividades terapéuticas y educativas que les ocupan la jornada, pero regresan a pasar la noche a sus casas. La consulta externa se basa por lo general en psicoterapia individual o grupal, pero puede ir acompañada de algún otro tipode actividad de apoyo educativo o de capacitación laboral, que de todos modos emplea menos horas diarias del paciente atendido que en los otros casos. Este tipo de tratamiento se proporciona, en el caso de los consumidores de heroína, en una etapa

de transición, para los pacientes que han asistido a un programa de internación y han sido dados de alta, pasando a un proceso de retorno a la comunidad.

6. **Centros comunitarios.**- Representan otra manera de reforzar la rehabilitación del exconsumidor de heroína proporcionándole algún tipo de capacitación o educación mediante el cual se facilite su permanencia productiva en el medio social. En algunos se brindan diferentes tipos de psicoterapia u orientación vocacional, actividades recreativas o bolsa de trabajo. Pueden estar conectados con instalaciones deportivas, recreativas o culturales de la comunidad y también con clubes de servicio o cámaras de comercio e industrias.

4.6 MODALIDADES DE TRATAMIENTO EN BAJA CALIFORNIA

García Liñán (1990) considera que de la concepción que se tenga de lo que el consumo de heroína representa para el consumidor crónico y para la sociedad, surgen diferentes modalidades de tratamiento. Estas modalidades, que en un principio se concebían como opuestas, en la actualidad se brindan con frecuencia en forma conjunta, reconociendo tanto la falta de homogeneidad en la población consumidora de drogas, como la complementareidad de los factores etiológicos sobre los que es necesario incidir terapéuticamente.

De entre las técnicas de intervención para la farmacodependencia en México, han surgido desde finales de los años 70's diversos centros de tratamiento y rehabilitación de farmacodependencia, como los que se especifican en el punto 4.5 (Tratamientos de Atención en México), y además cada uno, con diversos métodos.

En el Estado de Baja California, principalmente en Tijuana y en Mexicali, la Secretaría de Salud tiene registrados (1998) los siguientes centros de tratamiento.

- **2 centros de rehabilitación gubernamentales:**
 - Hospital Psiquiátrico del DIF.
 - Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- **18 centros de rehabilitación no gubernamentales:**
 - 14 de orientación cristiana.
 - 14 de "12 pasos y 12 tradiciones", inspirados en el método de Alcohólicos Anónimos y que se apoyan en psicoterapia de grupo.

En Mexicali donde se realizó este trabajo de tesis, existen diversas instituciones de salud trabajando en el tratamiento de farmacodependientes. Las que más destacan son:

- Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ)
- Clínicas privadas
- Centros de Auto Ayuda.

Se eligió el **Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali**, para realizar este estudio, debido a que era la única institución gubernamental que atendía farmacodependientes en el momento de realizar esta investigación (1992).

La otra institución que se eligió para realizar este estudio comparativo, fue el **Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” de Mexicali**, ya que es el primer centro de auto ayuda que se abrió en esta ciudad y que maneja la terapia cognitiva con enfoque cristiano bíblico.

4.7 MODELOS TERAPÉUTICOS MOTIVO DE ESTE ESTUDIO.

4.7.1. Modelo de Tratamiento Profesional Clínico

Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali

Este Hospital inició sus actividades como parte del DIF a partir del 27 de Enero de 1987. El modelo de tratamiento que utiliza está apegado a la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones CONADIC - SSA, (1998)**. Este modelo está clasificado en dicha Norma como **Modelo Profesional Clínico**. Está manejado por un **grupo interdisciplinario de especialistas en el área de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo, médico residente, enfermero y trabajador social**. Tiene un cupo de 20 camas. Cuando se satura, los solicitantes esperan turno para ingresar y mientras tanto se les invita a recibir ayuda en terapia individual, en consulta externa. El proceso del Tratamiento consiste en lo siguiente:

FASE 1.- Valoración.- Consiste en una entrevista que se aplica al paciente, preferentemente acompañado de un familiar, y que realiza el grupo interdisciplinario, de la siguiente forma:

1. Elaboran **Ficha de Identificación.-** Contiene nombre, edad, estado civil, hijos, historia del padecimiento, principalmente.
2. Se le aplican al paciente **técnicas de inoculación al stress**. Consiste en visitar las instalaciones, que vea sus condiciones, la comida; se le explica el proceso de estancia en el Hospital, y se le da a conocer el **Reglamento:**

Hospital Psiquiátrico del DIF

Requisitos de Internación:

1. Es necesario que el paciente se presente acompañado de un familiar que se haga responsable de él, en el Servicio de Desintoxicación. El ingreso deberá ser voluntario.
2. El familiar o el responsable acepta los procedimientos médicos que sean necesarios en el diagnóstico y el tratamiento del paciente.
3. Queda estrictamente prohibido la utilización de bebidas alcohólicas, cigarros o cualquier sustancia tóxica dentro del Hospital.
4. El personal de Enfermería no está obligado a proporcionar medicamento que no esté autorizado por el médico.
5. Al ingresar el paciente deberá portar ropa adecuada: pijamas, sandalias o pantuflas (no tenis, zapatos o botas), no más de dos cambios de ropa por paciente. El Instituto no se hace responsable por la pérdida de pertenencias.
6. Los horarios de comedor, patio y televisión deberán ser respetados:
Desayuno 8:00 hrs.
Comida.....12:00 hrs.
Cena.....18:00 hrs.
Patio.....de 8:30 a 11:00 a.m. y de 15:00 a 17:00 hrs.
7. De los pacientes derechohabientes del IMSS, ISSSTE, ESSSTECALI, serán los familiares quienes tramiten la documentación requerida para la subrogación del servicio o servicio especial, que el Instituto considere necesario. En caso de no cumplir este punto, los gastos no cubiertos por la subrogación deberán ser cubiertos por el responsable, previa firma de un pagaré.
8. Los familiares se comprometen a pagar los daños o deterioros causados por su paciente a este Instituto, incluyendo el pintado de paredes.
9. El familiar responsable acepta cubrir los gastos que se generen por la hospitalización, de acuerdo a la cuota asignada por la Unidad de Recursos Financieros en coordinación con el Departamento de Trabajo Social.
10. Se deberán tener cubiertos los gastos generados por el servicio, el día que egrese el paciente o bien establecer convenio de pago, con la Unidad de Recursos Humanos.
11. Es obligación del familiar acudir a las citas relacionadas con el tratamiento y recuperación del paciente, así como acudir a la terapia familiar.

12. El familiar al entregar las pertenencias del paciente a la Trabajadora Social, deberá ésta extender un recibo en el que se indique: nombre de la persona que entrega las pertenencias, descripción de las pertenencias, nombre y firma del familiar, de la Trabajadora Social y del personal del área de Enfermería.
13. Todos los artículos autorizados que los familiares deseen hacer llegar al paciente, serán revisados cuando menos en dos ocasiones de manera minuciosa por la Trabajadora Social y el personal de Vigilancia.
14. En el caso de que el paciente sufra un accidente o presente cualquier intercurriencia médica, la Institución proporcionará los primeros auxilios y de considerarse necesario su traslado, el familiar será avisado y se enviará al hospital que cuente con los medios necesarios para su atención, siendo responsabilidad de los familiares o responsables, cubrir los gastos que se generen.
15. El Instituto como Centro de Atención de la Salud Mental, no se compromete a mantener la vigilancia estrecha del paciente, por no ser parte de sus características de atención y por no contar con medios físicos arquitectónicos que garanticen la estancia obligatoria del enfermo. En caso de fuga, ni el Instituto ni su personal adquieren ninguna responsabilidad.
16. Si el paciente presenta ideas de autoagresión o suicidio, se proporcionará vigilancia especial por el tiempo que el Médico considere conveniente. Si a pesar de la vigilancia se presentase autoagresión o suicidio, se dará parte a las autoridades correspondientes y la Institución se deslinda de toda responsabilidad legal.
17. El período de hospitalización dependerá de su evolución y valoración médica, sin derecho de salir del Instituto bajo ningún motivo, salvo de los casos de decisión médica.

Consideraciones para el Servicio de Desintoxicación exclusivamente:

1. El paciente que sea sorprendido con cualquier tipo de droga, será turnado a las autoridades correspondientes.
2. Cuando se pague total o parcialmente la semana de hospitalización, y el paciente se de a la fuga de nuestra Institución, no procederá devolución alguna por dicho pago.
3. Toda falta de respeto al personal de este Instituto o a sus compañeros, será motivo de sanción por parte del Médico de servicio.
4. Los pacientes que guarden medicamento o sustraigan medicamento de los anaqueles, se les encuentren cigarros o bebidas alcohólicas, serán dados de Alta Necesaria. En

este caso los familiares no tendrán derecho a devolución alguna por el pago anticipado que hubieran realizado. En caso de solicitar su reingreso, el caso será analizado por el Médico del Servicio.

Este Reglamento es firmado por el paciente y por su familiar responsable, al aceptar las condiciones estipuladas en él.

Esta Fase 1 tiene como objetivo seleccionar a los pacientes que han de ingresar, que son aquellos que muestran disposición a las condiciones del tratamiento. Si muestran disposición, pero además presentan alteraciones observables de personalidad (irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, agresión, ansiedad, insistencia repetitiva, etc.), se le aplicará un examen psicológico de evaluación (Batería: Bender, HTP, Raven y Waís, si el paciente tiene escolaridad mínima de preparatoria).

FASE 2.- Desintoxicación.- Es una atención breve (14 a 15 días), en hospitalización, proporcionada por el personal médico para vigilar el desarrollo del síndrome de abstinencia u otro tipo de crisis. Todos los pacientes están en la sala general, excepto aquellos que presentan alteraciones psicóticas o alcohólicos alterados, quienes son ubicados en una sala de cuidados específicos. Esta Fase se divide en las siguientes partes:

2.1 Tratamiento del síndrome de abstinencia aguda (4 ó 5 días).- Es un tratamiento médico únicamente. Consiste en la aplicación de fármacos para el control de los síntomas del síndrome de abstinencia. Se administra a los pacientes a base de **Benzodiacepinas**, para controlar las alteraciones físicas del síndrome (dolores físicos), y no produce dependencia. Asimismo se les administra **Clonidina**, para evitar los síntomas relacionados con la ansiedad (sudoración, taquicardia, etc.). También se le aplican antidepresivos, principalmente **tricíclicos**.

2.2 Control médico-psicológico (10 días).- El paciente permanece internado en el Hospital por diez días más. Recibe atención médica y psicoterapéutica para intentar modificar el patrón de vida del consumidor crónico, motivándolo a alejarse del uso de drogas, así como otras modalidades de terapia (ocupacional, recreativa, artística, etc.).

Se les administra el mismo tratamiento médico, pero en disminución, de acuerdo a la necesidad del paciente, para dominar el síndrome de abstinencia. Se les puede administrar adicionalmente antiinflamatorios no esteroideos, para evitar dolores de huesos y musculares, más otros fármacos adicionales, dependiendo de la evolución del paciente.

Aquí la labor del psicólogo es fundamental, porque es la etapa crítica en que el paciente, una vez que pasa la sintomatología de abstinencia, entra en depresión, hay sentimientos de culpa, se sienten solos, abandonados, devaluados.

El tratamiento psicológico consiste en psicoterapia individual y/o grupal, según la necesidad observable en el paciente. Asimismo se motiva al paciente diciéndole que se mantenga en tratamiento y prosiga, en su momento, a la **Fase de Rehabilitación**. La motivación consiste en que a través de la terapia individual y la de grupo, y en general el grupo interdisciplinario de atención, propician y despiertan el interés del paciente para mantenerse en el Programa, de acuerdo a sus necesidades e intereses particulares.

Es requisito indispensable para que el paciente permanezca hospitalizado recibiendo el tratamiento, que su familiar asista a las pláticas informativas.

Al final del día el médico residente elabora el Reporte Final del Día, integrando toda la información reunida de los diferentes participantes del equipo interdisciplinario, en la valoración diaria y se registra en el expediente del paciente.

Fase 2.2 - Control Médico-Psicológico

Programa Semanal de Trabajo

Lunes a Jueves:

- 7:00 - 8:00 Hrs. Levantarse y arreglo personal.
- 8:00 - 8:30 Hrs. Desayuno.
- 8:30 - 9:30 Hrs. **Visita médica:** Se realiza por el equipo interdisciplinario, a cada paciente, en su habitación. Esta visita sirve **para evaluar diariamente** el estado físico y emocional del paciente, a través de entrevista y observación clínica.
- 9:30 - 12:00 Hrs. **Terapia psicológica grupal:** Se maneja en grupos máximos de ocho pacientes, dirigida por el psicólogo. Consiste en las siguientes técnicas:
1. **Terapia de relajación progresiva Gestalt.-** Se usa como apoyo para facilitar la participación del paciente y su disposición para la segunda parte de la terapia, que es la principal. En esta terapia se les ayuda a evocar sentimientos y

emociones y desarrollar en el paciente conciencia de enfermedad.

2. **Terapia cognitiva.** Intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos de pensamiento de los pacientes, sabiendo que la emoción del sujeto es una consecuencia de sus pensamientos.
3. **Terapia recreativa y ocupacional.**- Se utiliza para:
 - a) Evaluar de qué es capaz el paciente y planear así sus actividades ocupacionales. Se evalúa mediante observación de cómo se relaciona con los demás, su nivel de tolerancia y cómo desarrolla sus actitudes.
 - b) Reforzar en el paciente su concepto de independencia económica (él puede bastarse por sí mismo).
 - c) **Ergoterapia.** (terapia de trabajo). Son actividades manuales, como por ejemplo, fabricación de objetos que pueda después vender. Atendida por Enfermería.
 - d) **Socioterapia.**- Es una terapia recreativa que le permite al paciente socializarse, mediante la integración a juegos diversos en grupo.

12:00 - 12:30 Hrs.

Comida.

12:30 - 14:30 Hrs.

Terapia psicológica grupal.-

1. Dinámica de grupo con

- **Técnica de rompehielo y**
- **Psicodinámicas de grupo enfocadas a:**
 - Comunicación
 - Integración
 - Sensibilización

2. Taller de autoestima y superación personal (Técnicas cognitivas de Louis L. Hay y Beck (1970).

14:30 - 15:30 Hrs.

Tiempo libre.

15:30 - 16:30 Hrs.

Descanso en el patio para juego o tiempo libre.

16:30 - 18:00 Hrs.

Ergoterapia.

18:00 - 18:30 Hrs.

Cena

18:30 - 19:30 Hrs.

T.V. o libre.

19:30 - 21:00 Hrs.

Pláticas de información:

1. Para pacientes. Las realiza el médico residente. Son pláticas de orientación sobre temas de higiene y médicos: sida, hepatitis y demás enfermedades por compartir jeringas.

2. Para familiares de los pacientes para que conozcan las características de la enfermedad de su paciente y aprenda a manejarlo en casa.

21:00 - 22:00 Hrs. T. V. o libre.
22:00 Hrs. Dormir.

Viernes

11:00 - 12:00 Hrs. **Cine.-** Se proyecta una película relacionada con su enfermedad, tratando principalmente la problemática familiar y de relaciones sociales.
12:30 - 15:00 Hrs. **Debate.-** Se analiza la película proyectada en la mañana.

Sábado y Domingo

Tiempo libre. Permanecen en el pabellón o andan por el Hospital.

Visitas

15:00 a 17:00 hrs. Jueves y Sábados

Este **Programa Semanal de Trabajo** está diseñado por el equipo interdisciplinario del Hospital, de acuerdo a la experiencia del mismo equipo y a las necesidades observadas en el paciente: carácter, deseos, personalidad, actitud, metas, etc. Se le motiva al paciente a que una vez que sea dado de alta del Hospital, continúe su tratamiento en la Fase 3, a fin de garantizar su rehabilitación.

FASE 3.- Rehabilitación y/o seguimiento en Clínicas de Seguimiento.- Tiene una duración de dos meses, aunque el paciente tiene la opción de continuar más tiempo. Esta Fase se desarrolla en consulta externa, o sea, en tratamiento ambulatorio. Se les brinda psicoterapia individual, grupal y/o familiar. Es una etapa de transición para los pacientes que han asistido al Programa de Internación (14 días), y han sido dados de alta, para pasar así a un proceso de retorno a la comunidad.

Las terapias de grupo buscan el que los pacientes se identifiquen unos con otros, se sientan comprendidos, entendidos, con confianza, compartan sus vivencias adecuadamente, puedan sentirse útiles y capaces. Asimismo, se somete a los pacientes a terapias ocupacionales y recreativas que les permitan percibirse a sí mismos capaces, que sí pueden y tienen capacidad para realizar y alcanzar logros.

Altas de pacientes.

Son de tres tipos:

1. **Alta médica.**- Al término de su tratamiento en internación (14 días). Se evalúa tiempo de permanencia en el tratamiento, comportamiento, actitud, y cooperación, medido por observación diaria.
2. **Alta por fuga.**- Se da en el momento en que el paciente decide abandonar el servicio e irse antes de los 14 días.
3. **Alta necesaria.**- Se da antes de los 14 días cuando el paciente causa muchos problemas: agresión, violencia, no acata el reglamento, no sigue instrucciones, etc.

De acuerdo a la información proporcionada por el Hospital, el 80 % de los pacientes permanece los 14 días, de la Fase 2 - (Desintoxicación). En la Fase 3 - (Rehabilitación y/o Seguimiento), el promedio de pacientes que continúan hasta terminar el proceso, es muy inestable. No se lleva por lo mismo, un registro estricto. Se realizan evaluaciones que consisten en observar su asistencia a la clínica de seguimiento, lo cual indica que se mantiene sin usar droga. Se evalúa asimismo por observación, su actitud, cooperación, comportamiento, frecuencia en la asistencia a las sesiones, su nivel de colaboración, su calidad de socialización y que no use droga. En esta etapa el paciente está aprendiendo a vivir sin droga. Se propicia la colaboración de la familia, invitándola a seguir asistiendo a las pláticas informativas.

Costo.

El programa de internación tiene un costo de \$1,250.00 M:N:, por semana, o en ocasiones menos, dependiendo del resultado del estudio socioeconómico que se realiza a los pacientes.

4.7.2 Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico

Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” de Mexicali.

Este Centro de Rehabilitación fue fundado en Agosto de 1975, en la ciudad de Mexicali, B. C. El modelo de tratamiento que utiliza está apegado a lo señalado por la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones CONADIC-SSA, (1998)**. Este modelo está clasificado en dicha Norma como **Modelo de Auto Ayuda**. Está constituido como Asociación Civil e integrada por exdrogadictos y adictos que se encuentran en recuperación por el consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas y que tienen como propósito fundamental apoyar al usuario compartiendo su experiencia y fortaleza para resolver su problema en común.

“Desafío Juvenil” es un rancho a orillas de la ciudad de Mexicali, en donde los pacientes permanecen hospitalizados a lo largo del Programa. Tiene un cupo de 30 camas. Cuando está saturado, los solicitantes esperan turno para ingresar y mientras tanto se les invita a asistir a pláticas bíblicas. Sólo se aceptan tres reingresos como máximo. El proceso del tratamiento consiste en lo siguiente:

FASE 1.- Inducción.- Consiste en lo siguiente:

1. **Entrevista** que el Director o el Supervisor del Centro aplica al paciente, preferentemente acompañado de un familiar. La entrevista es para detectar por observación del tipo de respuesta y actitud del paciente, su disposición a ajustarse al tratamiento, y si está realmente aceptando su padecimiento, que requiere ayuda para resolverlo, y que la principal ayuda que recibirá es la que él mismo permita que Dios le de.
2. Se le explica en qué consistirá el tratamiento, su duración mínima a la que deben ajustarse y se le da a leer el siguiente:

Reglamento Interno.

1. El solicitante deberá someterse a la autoridad determinada por la Administración o Dirección del Centro.
2. Sus pertenencias como son: dinero, credenciales, documentos, etc., que a juicio de la Dirección no deberá tener durante el período de rehabilitación, serán guardados y se le entregarán al término de su rehabilitación o cuando desee abandonar el Centro.
3. Deberá aceptar el solicitante el tratamiento de rehabilitación seguido en este Centro, evitando usar todo tipo de medicamento y/o droga no prescrita por la autoridad.
4. Los internos se abstendrán de usar también todo tipo de cigarros, o de ingerir todo tipo de bebidas embriagantes.
5. A cualquier interno que se le sorprenda en su poder o usando cigarros o bebidas embriagantes, droga o cualquier otro medicamento nocivo, sin la debida vigilancia médica, será expulsado inmediatamente del Centro.
6. Cuando así lo considere necesario el Director o cualquier persona designada por la autoridad administrativa, podrá revisar (esculcar) en cualquier momento, a cualquiera de los internos que se nieguen a cooperar, y se le podrá solicitar que abandone el Centro de, ser necesario.

7. Ningún interno podrá salir del Centro solo, en el período de rehabilitación: invariablemente deberá ir acompañado por un consejero, y debe contar previamente con la autorización de la Dirección.
8. Deberá observar en todo tiempo buena conducta para con sus compañeros internos, familiares y visitantes, evitando pláticas de la calle, maldiciones y sobrenombres. Deberá aprender a amar a su prójimo como a sí mismo.
9. Deberá participar en las labores diarias necesarias para el mantenimiento y conservación del Centro, como son en las áreas de cocina, dormitorios, patios y cualquier labor que se le asigne.
10. Los internos no podrán dormir en el día, sólo en aquellos casos de enfermedad o prescritos por la autoridad médica. "La noche viene cuando el hombre no trabaja".
11. Sólo se permitirá en el área de cocina, a las personas designadas por la Dirección, como cocineros y ayudantes; así mismo, la Dirección podrá designar a un supervisor, si fuera necesario, quien será responsable del buen funcionamiento y que todas las cosas se encuentren en su lugar en la cocina.
12. El solicitante se compromete a asistir a todo tipo de reuniones culturales y de terapia que se consideren necesarias por la Administración de este Centro, ya que éstas serán para su rehabilitación.
13. El solicitante deberá participar en algunas de las enseñanzas técnicas asistiendo a los talleres con que cuenta este Centro.
14. La Dirección proveerá del trabajo o labores que deberán desarrollarse durante el día, y las supervisará conforme sea necesario.
15. Los internos no deberán interrumpir ni distraer a sus compañeros que se encuentren trabajando. Las preguntas deberán hacerse al o a los consejeros designados por la Dirección.
16. No se permite a los internos usar cosas personales de sus compañeros, sin la autorización del dueño.
17. Después de 30 días se le autorizará un día de permiso para visitar a sus familiares, asignándole un consejero, de ser necesario.
18. Los familiares de los internos podrán visitarlo en el Centro los domingos o un día entre semana, previa entrevista con el Director.

19. La hora de acostarse será a las 22:00 hrs., y de levantarse a las 6:00 hrs. A menos de que sea estrictamente necesario, podrá ser cambiada por la Dirección.
20. Después de tres amonestaciones efectuadas por el Director y/o supervisor o consejeros designados, el interno se hará acreedor de una expulsión.
21. A todo solicitante se le practicará un estudio socioeconómico familiar para determinar hasta qué importe puede donar al Centro de Rehabilitación para los gastos de sostenimiento.

Aclaraciones complementarias.

- a) El período de desintoxicación, no es a base de medicamentos o drogas que sustituyan la dosis faltante.
- b) No creemos que "droga cure droga". Por lo tanto, sólo en caso de extrema urgencia, y por excepción, y una vez autorizado por la autoridad médica, se permitirá usar algún medicamento.

Este **Reglamento** es firmado por el solicitante y por su familiar responsable, al aceptar las condiciones estipuladas en él.

3. Si el paciente está de acuerdo en apegarse al tipo de tratamiento, firma una Carta Compromiso en la que manifiesta su disposición para permanecer en el Programa y ajustarse al mismo, por lo menos un mes; en promedio, tres, e idealmente nueve meses.

A los pacientes a los que se observa poco dispuestos a apegarse al tipo de tratamiento, se les invita a buscar otro tipo de instituciones para recibir ayuda.

FASE 2.- Desintoxicación.- Es una atención personal de breve duración (4 ó 5 días), proporcionada por el grupo de Consejeros, el cual consta de cuatro pacientes rehabilitados, más los pacientes más avanzados que ayudan a los Consejeros. La función de los consejeros es dar apoyo, guía, orientación y hacer que se cumplan las reglas. Desde el momento de ingreso del paciente, se interrumpe la ingesta de todo tipo de droga. Se proporciona al paciente lo siguiente:

1. Apoyo emocional manifestado en expresiones verbales de ánimo, de interés, de motivación, de actitud empática por lo que está pasando.

2. Apoyo espiritual que consiste en lectura, análisis y reflexión bíblica, así como oración para ayudarlo a superar la Fase de Desintoxicación y adaptarse al programa.
3. Se le mantiene bajo estricta observación para apoyar directa y personalmente su evolución en esta Fase.
4. Se le fija un tiempo para lectura bíblica de reflexión, combinada con apoyo de consejería personal, dándole énfasis a desarrollar su autoestima y el respeto hacia los demás, todo con respaldo de la Biblia.
5. La Fase 2 se da por terminada una vez que ya no muestran síntomas de malestares por la interrupción de la droga.
6. El único medicamento que se llega a aceptar en algunos casos especiales, durante esta Fase 2, en los que se le perciba al paciente decaído, es el siguiente:
 - Bedoyecta - una inyección diaria, por cinco días; o
 - Neurobión, una inyección diaria, por cinco días, y
 - Acido ascórbico efervescente

En algunos casos se les aplican cataplasmas de lodo en el vientre.

FASE 3.- Rehabilitación.- Esta Fase tiene una duración de un mes. En este primer mes, el trabajo consiste en lo siguiente:

Programa Semanal de Trabajo

Lunes a Viernes:

- | | |
|--------------------|--|
| 6.00 - 7:00 Hrs. | Levantarse y hacer devocional (lectura bíblica, reflexión y oración de unos por otros). |
| 7.00 - 8:00 Hrs. | Arreglo personal y del dormitorio. |
| 8:00 - 8:30 Hrs. | Desayuno. |
| 8 30 - 13:00 Hrs. | Terapia ocupacional: (se van rotando): <ul style="list-style-type: none">- alimentación y cuidado de animales (se tiene un criadero de perros de raza).- mantenimiento del huerto (se tiene un huerto para consumo interno).- trabajo de construcción (se da mantenimiento, remodelación y ampliación a las instalaciones del Centro)- cocina (para consumo interno). |
| 13:00 - 14:00 Hrs. | Comida |

14:00 - 18:00 Hrs. Continúa la terapia ocupacional.

18:00 - 21:00 Hrs. **Lunes y jueves:** tiempo libre;

Martes, miércoles y viernes: Los que tienen ya dos semanas en el programa, salen todos a una plática bíblica y de oración. Los que tienen menos de ese tiempo, permanecen en el rancho bajo cuidado de dos consejeros, con tiempo libre para platicar o descansar.

21:00 - 22:00 " Cenar.

22:00 Hrs Dormir.

Sábados:

Mismo programa en general, pero con flexibilidad para recibir visitas.

Domingos:

6:00 - 7:00 Hrs. Levantarse y hacer devocional.

7:00 - 8:00 " Arreglo personal y del dormitorio.

8:00 - 8:30 Hrs. Desayuno.

9:00 - 14:00 Hrs. Estudio bíblico fuera del rancho.

14:00 - 15:00 Hrs. Comida.

15:00 - 20:00 Hrs. Tiempo libre (en el rancho).

21:00 - 21:30 Hrs. Cenar.

22:00 Hrs. Dormir.

Actividad adicional:

Una vez a la semana, los que son casados y de buen comportamiento (que han cumplido el Reglamento), salen del rancho a un **estudio bíblico familiar** en una casa. Esta actividad tiene por objetivo el que los pacientes inviten a su familia a asistir a este estudio semanal para que conozcan y aprendan el nuevo estilo de vida que ellos están aprendiendo.

En esta **Fase 3** se le proporciona al paciente lo siguiente:

1. Se le asignan a los pacientes actividades rutinarias para mantenerlos ocupados, productivos, activos y empiecen a desarrollar disciplina y responsabilidades.

2. Al asignar a los pacientes las responsabilidades anteriores y además al propiciar el estudio, análisis y reflexión diaria de la Biblia, así como la práctica diaria de oración, se les va ayudando a educar sus emociones y a modificar su forma de pensar, sus actitudes van cambiando y se manifiesta en cambios paulatinos de comportamiento.

FASE 4.- Reafirmación.- Tiene una duración de un mes. Es el **segundo mes** de tratamiento y consiste en lo siguiente:

1. Los que tienen mejor cumplimiento del Reglamento y una actitud de cooperación, se les empieza a dejar que en ocasiones acompañen a los que salen a dar pláticas de prevención, que se hacen en escuelas y en empresas.
2. Continúan con el mismo programa de aprendizaje bíblico.
3. Se les ofrecen algunas oportunidades educativas, para que asistan a escuelas técnicas con las que "Desafío Juvenil" tiene convenio, para que estudien mecánica automotriz, artesanías, agricultura, entre otras. Podrán asistir, si así lo solicitan, a partir del tercer mes., según su evolución en el tratamiento, evaluado por su actitud positiva y comportamiento apegado al Reglamento.
4. Se les permite hacer visitas a sus familias, pero **siempre** acompañados por algún otro paciente de mayor tiempo y vuelvan al rancho por la tarde.
5. Se busca que se sientan útiles, productivos, capaces de cambiar y ayudar a otros.
6. Se les motiva y estimula al mencionarles y reconocerles los logros que se observan en ellos.

FASE 5.- Reincorporación y seguimiento.- Este **tercer mes** de tratamiento puede extenderse hasta cuatro meses, si el paciente así lo solicita. Esta Fase es un programa de medio tiempo, en un ambiente semi-supervisado, ya que sale del rancho a estudiar. Recibe el beneficio del apoyo y entusiasmo de los otros pacientes y va ganando así mayor autoconfianza y autosuficiencia. Se desarrolla lo siguiente:

1. Los pacientes que así lo desean, y los que son de buen comportamiento (apegados al Reglamento), salen a tomar clases a la escuela técnica donde hayan elegido inscribirse y regresan al rancho después de sus clases.

2. Salen con el grupo que va a dar pláticas de prevención a escuelas y empresas, y se les permite que empiecen a participar en forma activa, dando ellos parte de la plática. Su intervención es de 5 minutos en promedio y consiste en hablar acerca de lo siguiente:
 - Cómo se inició en la adicción.
 - Qué le llevó a hacerlo.
 - Qué edad tenía.
 - Hasta dónde cayó en el problema.
 - Qué perdió al hacerlo.
 - Cómo se siente ahora.
3. Recibe apoyo a través de consejería bíblica que incluye **consejería bíblica familiar**, para que se vaya facilitando la reintegración familiar y social.
4. Se le ayuda a encontrar colocación en un trabajo, en alguna de las empresas con las que "Desafío Juvenil" tiene contacto.
5. Se le motiva a integrarse a una iglesia o centro cristiano en la comunidad.
6. Se le da al paciente **seguimiento** que consiste en mantener contacto con él durante el año posterior a su salida. Esto se logra invitándolo a participar en las actividades de "Desafío Juvenil" que él prefiera. Asimismo, se tiene contacto con el paciente, cuando él asiste a la misma iglesia a la que asisten los demás pacientes del rancho.
7. Se exhorta al paciente a que continúe su aprendizaje de los principios bíblicos para aplicarlos a su vida diaria, asistiendo a una iglesia de su preferencia, preferentemente con su familia y buscar ahí apoyo emocional en consejería en momentos que así lo requiera.

Altas de pacientes.

Son de tres tipos:

1. **Voluntaria temprana.**- Antes del primer mes. El paciente decide *descontinuar el tratamiento*.
2. **Voluntaria intermedia.**- Entre el primer y segundo mes. El paciente considera que ya está rehabilitado.

- 3. Por rehabilitación.-** Del tercer mes cumplido en adelante. El paciente es evaluado por medio de su comportamiento y actitud y se le da la opción de salir y reintegrarse a la sociedad.

De acuerdo a la información proporcionada por el Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil”, el 70 % de los pacientes permanecen en el Programa de Tratamiento por tres meses. En esta Fase 5 -(Reincorporación y seguimiento) el promedio de pacientes que continúan el proceso, del tercer mes en adelante, es también del 70 %, lo cual significa que aquellos pacientes que logran permanecer en el Programa de Tratamiento un mínimo de tres meses, muestran probabilidad de mantener su rehabilitación. Se entiende por **rehabilitación, una vida libre de drogas.**

Los mismos pacientes buscan, en la mayoría de los casos, conservar una relación personal con el Centro de Rehabilitación, principalmente porque les interesa ayudar a otros nuevos pacientes, o por lo menos, procuran asistir a las reuniones de estudio bíblico.

Costo

Se asigna una cuota al paciente, conforme a una encuesta socioeconómica que se realiza a su ingreso. Es muy variable, pudiendo llegar a quedar exento de pago. El Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” se sostiene principalmente a través de donativos, para los cuales se extiende recibo exento de impuestos.

Finalmente, y para resumir cada uno de los Modelos de Tratamiento motivo de esta investigación, éstos están integrados con las siguientes Fases y tiempos de aplicación:

Modelo de Tratamiento Profesional Clínico Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali

Fase 1 - Valoración (Entrevista).

Fase 2 - Desintoxicación:

- 2.1 Tratamiento del síndrome de abstinencia aguda (4 ó 5 días).
- 2.2 Control médico-psicológico (10 días).

Fase 3.- Rehabilitación y/o seguimiento en Clínicas de Seguimiento (2 meses).

**Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico
Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” de Mexicali**

Fase 1- Inducción (Entrevista).

Fase 2.- Desintoxicación (4 ó 5 días).

Fase 3.- Rehabilitación (1 mes).

Fase 4.- Reafirmación (1 mes).

Fase 5.- Reincorporación y seguimiento (1 mes en adelante).

CAPÍTULO V PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 ESTABLECIMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de la adicción a heroína, es actualmente tema preocupante en los medios del sector salud del país, ya que alcanza cifras importantes, principalmente en la zona fronteriza de la nación, como lo demuestran las encuestas de adicción que periódicamente se realizan por parte de la Secretaría de Salud, y por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en el país.

Como un intento de traer solución, o al menos contribuir para resolver tan grave problema, han surgido organismos gubernamentales y organismos no gubernamentales en todo el país, como una forma de respuesta. Esta investigación se enfocó a estudiar dos de los métodos de tratamiento que para rehabilitación se realizan en Mexicali, tomando como muestra uno de los centros gubernamentales que aplican el **Modelo Profesional Clínico**, que es el **Hospital Psiquiátrico del DIF**, y uno de los centros no gubernamental que aplican el **Modelo de Auto Ayuda con enfoque cristiano bíblico**, que es el **Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil”**.

Como parte de estos organismos no gubernamentales de Auto Ayuda, han surgido diversos centros de rehabilitación que se les ha denominado también “grupos religiosos”. Estos grupos se manejan bajo un método y filosofía cristiana-bíblica, y están desligados de una denominación religiosa institucional. Realizan una labor importante en diversas zonas del país, como es Mexicali, Tijuana, Ensenada, Tecate y el Distrito Federal. Son independientes entre sí, pero todos se basan en la misma filosofía cristiana-bíblica, aunque su método de aplicación práctica pueda cambiar., de un centro a otro. Cabe mencionar igualmente, que este mismo tipo de centros de rehabilitación existen también en otros países del mundo y su característica distintiva es que todos se apegan y aplican en la práctica la misma filosofía cristiana-bíblica.

Lo interesante de estos grupos de Auto Ayuda religiosos, es que sus resultados en los niveles de rehabilitación son del rango del 70% o más, de acuerdo con los resultados arrojados en una investigación realizada en uno de estos centros de rehabilitación en Estados Unidos, (“Teen Challenge”), por el U.S.Department of Health Education and Welfare (1976), y el National Institute on Drug Abuse - NIDA (1976). Asimismo se obtuvo información directa y personalmente en forma verbal por los Directores de algunos de estos centros de rehabilitación en Mexicali, y con apoyo en los registros de ingreso y de salida de los pacientes que atienden. Asimismo, la Secretaría de Salud en Baja California, a través de su Jurisdicción Sanitaria en Tijuana (1998), registra a estos

grupos como los que mejores resultados están obteniendo en rehabilitación de adicciones.

Todo esto constituyó para mí un motivo importante de inquietud que me llevó a tomar como tema de investigación para mi Tesis de Licenciatura, el poder verificar esos resultados y profundizar en el método que aplican, a fin de poder entender cómo es que logran estos niveles de recuperación, comparativamente con los resultados que se están logrando con los tratamientos denominados Tratamiento Profesional Clínico, que se aplican en las organizaciones gubernamentales y en práctica profesional privada.

Por todo lo anteriormente expuesto, esta investigación se enfocó a mostrar lo siguiente:

CÓMO INFLUYE EL MÉTODO DE REHABILITACIÓN EMPLEADO EN EL TRATAMIENTO DE ADICTOS A HEROÍNA, EN EL NIVEL Y TIEMPO DE RECUPERACIÓN.

5.2 HIPÓTESIS

Dado que se trata de un estudio en donde el objetivo es investigar qué nivel de efectividad tiene cada uno de los dos tratamientos motivo de estudio, se tomaron como indicadores las directrices incluidas en el instrumento de medición diseñado para realizar esta investigación (**Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente**), aplicado al inicio y al final del tratamiento que cada organización estudiada tiene para pacientes con problema de adicción a heroína. Se plantearon así, las siguientes Hipótesis:

HIPÓTESIS NULA = No existen diferencias significativas entre los tratamientos Profesional Clínico y el de Auto Ayuda, para reducir el consumo de heroína.

HIPÓTESIS ALTERNA = Sí existen diferencias significativas entre los métodos Profesional Clínico y el de Auto Ayuda, para reducir el consumo de heroína.

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Tomando como punto de partida el objetivo de encontrar qué nivel de efectividad logra cada uno de los dos tratamientos elegidos para esta investigación, se manejaron las siguientes variables:

Definición Conceptual:

Variable Independiente.- Tratamiento:

- I.- Modelo de Tratamiento Profesional Clínico, descrito en el apartado 4.7.1
- II.- Modelo de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico, descrito en el apartado 4.7.2

Variable Dependiente.- Consumo de heroína:

Suspensión de consumo de heroína después de concluir su tratamiento.

Definición Operacional:

Variable Independiente.-

- I.- Tratamiento brindado por el personal multidisciplinario especializado, a farmacodependientes de heroína.
- II.- Tratamiento brindado por el grupo de consejeros y otros pacientes, a farmacodependientes de heroína.

Variable Dependiente.-

Respuesta que emiten después del tratamiento, los pacientes, a los reactivos números del 1 al 35, de la segunda parte de la "Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente".

CAPÍTULO VI MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

6.1 SUJETOS DE LA MUESTRA

1. Se integraron dos grupos de 30 sujetos cada uno, del sexo masculino, para constituir:

Grupo Experimental I Grupo Experimental II

2. Con edades fluctuando entre los 15 y 45 años.
3. Se tomaron los pacientes que acuden a solicitar ser admitidos en el tratamiento para farmacodependientes, en cada una de las dos instituciones donde se realizó este estudio.
4. Se eligieron, de entre todos los pacientes que iban ingresando, únicamente aquellos presentaban adicción a heroína, en uso diario y por mínimo un año de consumirla.
5. Se tomaron sujetos con cualquier tipo de escolaridad y de cualquier procedencia, ya fuera local o de fuera de Mexicali.

6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

1. *Antecedentes de uso diario de heroína*, por lo menos durante un año, previo a su ingreso al tratamiento.
2. *Antecedentes de haber experimentado cuando menos en una ocasión el síndrome de abstinencia*, ya que éste es un facilitador de que se mantenga la adicción.
3. *Antecedentes de uso compulsivo del fármaco*, es decir, que los efectos producidos por la droga o las condiciones asociadas con su ingesta, sean necesarias para mantener un estado de bienestar.

6.3 ESCENARIO

Se realizó esta investigación en el siguiente escenario:

Se integraron dos grupos como sigue:

- **Grupo Experimental I.-** En el Hospital Psiquiátrico del DIF en Mexicali, institución en la que se aplica el **Método de Tratamiento Profesional Clínico**.
- **Grupo Experimental II.-** En el Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” de Mexicali, en donde se aplica el **Método de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico**.

6.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Como instrumento de medición para esta investigación, se utilizó la “Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente”. Se diseñó esta escala nominal tomando como modelo diversos instrumentos elaborados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, para diferentes investigaciones que han realizado, así como diversos aspectos de los planteados en el marco teórico de este trabajo de tesis, para integrar así un instrumento, el cual está conformado de la siguiente forma:

A) CUESTIONARIO APLICADO AL INICIO DEL INGRESO DEL PACIENTE, (al terminar su Fase de Desintoxicación - Anexo 1):

91 reactivos en total, divididos en cuatro módulos, como sigue:

Módulo I.- Datos Generales y de Identificación Personal.- Constituido de 25 reactivos que abordan estrategias y lineamientos de identificación del paciente.

Módulo II.- Integración Familiar.- Formado por 10 items enfocados a conocer la situación de relaciones familiares del paciente.

Módulo III.- Estado Emocional.- Integrado por 30 preguntas mediante las cuales se pretende ubicar al paciente en cuanto a su carácter, actitudes emocionales y características de comportamiento.

Módulo IV.-Historia de su Padecimiento.- Consta de 26 reactivos diseñados para conocer lo más representativo de su vida de adicción, su actitud ante su problema y nivel de disposición al cambio, el cual a la vez ayudará a predecir el nivel probabilidad de éxito del tratamiento, al que se expone el paciente.

B) CUESTIONARIO APLICADO AL TÉRMINO DEL INTERNAMIENTO DEL PACIENTE: (Anexo 2).

35 reactivos en total, conformados de la siguiente manera:

Módulo I.- Estado Emocional.- Constituido de 30 reactivos que son los mismos que se aplicaron en el Módulo III, del primer Cuestionario. Se pretende conocer si hay alguna diferencia en el tipo de respuesta dada por el paciente, entre ambos momentos de aplicación (al inicio y al término del tratamiento).

Módulo II.- Opinión del paciente y permanencia en el Programa.- Constituido por 5 ítems, para que el paciente nos informe:

- a) Con quién vivirá al salir del tratamiento.
- b) Su opinión del tratamiento y si lo recomendaría.
- c) En qué considera que le ha ayudado el tratamiento.
- d) Determinar el tiempo de permanencia del paciente en el tratamiento.

6.5 PROCEDIMIENTO

A los 30 sujetos de cada uno de los dos Grupos Experimentales, se les aplicó el Instrumento de Medición diseñado para esta investigación: “Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente”, la cual constaba de 91 reactivos para la **primera aplicación** y 35 reactivos para la **segunda**. Esta aplicación se hizo en dos momentos diferentes:

1 Se aplicó la Escala – **Primera aplicación**, a los 30 sujetos, de la siguiente forma:

Grupo Experimental I.- Al concluir la Fase 2 – Desintoxicación, en la etapa 2.1 **Tratamiento de abstinencia aguda** (al 4º. ó 5º. día de su ingreso).

Grupo Experimental II. Al concluir la Fase 2 – Desintoxicación, (al 4º. ó 5º. día de su ingreso)

2 Se aplicó la Escala – **Segunda aplicación**, a los 30 sujetos, de la siguiente forma:

Grupo Experimental I.- Al concluir la Fase 2 – en la etapa 2.2 – **Control Médico –Psicológico** (a los 14 días de su ingreso).

Grupo Experimental II.- Al concluir la Fase 5 – **Reincorporación y seguimiento** (a los 3 meses de su ingreso).

CAPÍTULO VII RESULTADOS

7.1 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico se realizó por medio de la computadora, a través del **Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)**, en donde se observó, primeramente en un análisis de frecuencias, que no existían diferencias en las respuestas entre los dos grupos, antes del tratamiento, lo cual permitía su comparación. Los resultados arrojados se describen como sigue:

7.2 RESULTADOS

CUADRO NO. 1 – CÓMO LLEGARON POR AYUDA

La mayoría de los sujetos llegó por ayuda por iniciativa propia, 18 pacientes del grupo experimental I (60 %) y 19 del grupo experimental II (63 %).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim. II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Por iniciativa propia	18	60	19	63
2. Sugerencia familiar	10	33	3	10
3. Sugerencia amistad	2	6	7	23
4. Por presión familiar	0	0	1	3

CUADRO No. 2 – EDAD A SU INGRESO

El modo de edad al momento de su ingreso al tratamiento fue de 20 a 24 años (26% en el grupo experimental I y 30% en el grupo experimental II).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim. II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. 17 - 19 años	7	23	3	10
2. 20 - 24 años	8	26	9	30
3. 25 - 28 años	5	16	6	20
4. 29 - 32 años	4	13	6	20
5. 33 - 36 años	4	13	6	20
6. 41 +	2	6	0	0

CUADRO No. 3 – LUGAR DE NACIMIENTO:

Los pacientes fueron originarios de la Ciudad o del Valle de Mexicali principalmente.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Mexicali	23	76	20	66
2. Otro lugar	7	23	10	33

CUADRO No. 4 – ESTADO CIVIL

En cuanto a su estado civil, en el grupo experimental I, el 36 % de los sujetos eran solteros y en el grupo experimental II, el mayor porcentaje fue de casados (40%).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Casado	7	23	12	40
2. Unión libre	9	30	6	20
3. Separado	2	6	2	6
4. Divorciado	1	3	1	3
5. Soltero	11	36	9	30

CUADRO No. 5 - ESCOLARIDAD

La mayoría de los sujetos en el grupo experimental I tenían escolaridad de secundaria, mientras que en el grupo experimental II, tenían preparatoria. En ambos grupos hubo casos de sujetos con escolaridad profesional.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Primaria	6	20	6	20
2. Secundaria	17	56	8	26
3. Técnica	0	0	2	6
4. Preparatoria	6	20	9	30
5. Profesional	1	3	5	16

CUADRO No. 6 – RELIGIÓN

Ambos grupos, en cuanto a religión, sólo una persona en cada grupo manifestó no tener ninguna religión. Los demás, en su mayoría manifestaron ser católicos, (73 % y 83 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Católico	22	73	25	83
2. Evangélico	4	13	2	6
3. Otra	3	10	2	6
4. Ninguna	0	3	1	3

CUADRO No. 7 – PRÁCTICA RELIGIOSA INDIVIDUAL

La práctica religiosa que los sujetos manifestaron tener fue principalmente de esporádica (53 %), en el grupo experimental I, y de nunca asistir (36 %), en el grupo experimental II.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Asiste con regularidad	1	3	2	6
2. Asiste esporádicamente	16	53	7	23
3. Sólo por algún compromiso	8	26	10	33
4. Nunca asiste	5	16	11	36

CUADRO No. 8 -- PRÁCTICA RELIGIOSA FAMILIAR

Se buscó qué relación había entre la religión y la práctica religiosa individual y la familiar y se encontró que en el grupo experimental I la familia era muy apegada (33 %), y en el grupo experimental II (medianamente apegada (43%). En lo individual los sujetos no muestran influencia familiar en este aspecto, puesto que la mayoría de los pacientes reportaron tener un apego bajo a la religión.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Muy apegada	10	33	5	16
2. Medianamente apegada	9	30	13	43
3. Poco apegada	5	16	4	13
4. No les interesa	6	20	8	26

CUADRO No. 9 – RELACIONES ENTRE LOS PADRES

En ambos grupos se encontró que la relación entre los padres era buena en la mayoría de los casos (53 % y 56% respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Buenas	16	53	17	56
2. Regulares	10	33	11	36
3. Malas	4	13	2	6

CUADRO No. 10 – RELACIONES CON SUS PADRES

La relación de los sujetos con sus padres la reportaron como buena en la mayoría de los casos (53 % y 56 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Buenas	16	53	17	56
2. Regulares	11	36	11	36
3. Malas	0	0	1	3
4. Son como extraños	3	10	1	3

CUADRO No. 11 – APOYO DE SUS PADRES

El apoyo que los sujetos sentían tener por parte de sus padres era bueno (80% en ambos grupos).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Bueno	24	80	24	80
2. Regular	6	20	5	16
3. Malo	0	0	1	3

CUADRO No. 12 – ANTECEDENTES ADICTIVOS FAMILIARES

Se investigó si había antecedentes adictivos de algún tipo en la familia y en la mayoría no lo había (66 % y 80% respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Padre	2	6	0	0
2) Madre	0	0	0	0
3) Hermano(a)	8	26	6	20
4) Ninguno	20	66	24	80

CUADRO No. 13 – CARÁCTER EN LA ESCUELA

El caracter que los sujetos recordaron haber tenido en la escuela era de alegre (56% y 36 % respectivamente) y además atrevidos e ingeniosos (36% en el grupo experimental II).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1. Alegre, juguetero, ruidoso	17	56	11	36
2. Atrevido, ingenioso, líder	3	10	11	36
3. Pacífico y aislado	6	20	4	13
4. Tímido y miedoso	4	13	4	13

CUADRO No. 14 – LA CULPA DE SUS PROBLEMAS ES

El 93 % y el 86 % respectivamente, consideraban que la culpa de su problema era de ellos mismos.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Padres	0	0	3	10
2) Amigos	2	6	0	0
3) Los demás	0	0	1	3
4) Usted mismo	28	93	26	86

CUADRO No. 15 – EDAD DE INICIO EN DROGA

La edad de inicio de los sujetos en el uso de la droga fue de menos de 15 años a 21 años, en ambos grupos (46 % y 56 % respectivamente), lo cual le constituye la edad de riesgo. Sólo se encontró una persona que se inició a los 32 años de edad

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Menos de 15 años de edad	14	46	17	56
2) De 16 - 18 años	13	43	11	36
3) De 19 - 21 años	3	10	1	3
4) Mayor de 32 años	0	0	1	3

CUADRO No. 16 – CAUSA DE INICIO

La causa de inicio fue la curiosidad (97 % y 80 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Curiosidad	29	97	24	80
2) Presión del grupo	1	3	2	6
3) Desintegración familiar	0	0	1	3

CUADRO No. 17 – DROGA DE INICIO

La droga de inicio del 83% y 73% de los pacientes respectivamente, fue la mariguana. Sólo un caso se inició directamente con heroína.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Mariguana	25	83	22	73
2) Inhalables	3	10	2	6
3) Tranquilizantes	0	0	2	6
4) Anfetaminas	0	0	2	6
5) Pastillas	0	0	2	6
6) Cocaina	1	3	0	0
7) Heroína	1	3	0	0

CUADRO No. 18 – FUENTE DE ADQUISICIÓN

La fuente de adquisición fue principalmente un amigo (90 % y 76 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Amigo	27	90	23	76
2) Familiar	0	0	3	10
3) Desconocido	3	10	4	14

CUADRO No. 19 – PRIMERA REACCIÓN

La primera reacción que los sujetos manifestaron tener al probar la droga por primera vez fue de haberles gustado y decidir volver a tomarla (53 % y 70 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Le gustó y decidió volverlo a hacer	16	53	21	70
2) Le gustó, pero pensó que era peligroso o malo	10	33	5	16
3) Consideró que era mejor no hacerlo otra vez.	4	14	4	14

CUADRO No. 20 – EDAD DE INICIO EN HEROÍNA

La edad en que los sujetos se iniciaron en el uso de la heroína fue en la siguiente proporción:

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Menos de 15 años	1	3	0	0
2) De 16 a 18 años	1	3	12	40
3) De 19 a 21 años	13	43	8	26
4) De 22 a 24 años	8	26	4	13
5) De 25 a 27 años	6	20	5	16
6) De 28 a 30 años	1	3	0	0

Por lo tanto, la edad de inicio del uso de heroína en el grupo experimental 1 fue de 19 a 21 años, mientras que en el grupo experimental 2 fue de 16 a 18 años. Esto ubica la edad de riesgo entre el final de la adolescencia y la juventud temprana.

CUADRO No. 21 – DÓSIS DE HEROÍNA

La dosis de heroína que los grupos estudiados usaban al momento de su ingreso al tratamiento de rehabilitación fue de 3 ó más dosis diarias (60 % y 66 % respectivamente).

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Tres o más dosis diarias	18	60	20	66
2) Dos dosis diarias	9	30	8	26
3) Una dosis diaria	1	3	1	3
4) Una dosis cada tercer día	1	3	1	3
5) Una dosis por semana	1	3	1	3

CUADRO No. 22 – COMBINA LA HEROÍNA CON OTRAS DROGAS.

La mayor parte de los sujetos (56 % y 73 % respectivamente), combinaban la heroína con otras drogas, ya fuera para aumentar el efecto o bien para suplir la falta de heroína en algunas ocasiones.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Sí	17	56	22	73
2) No	13	43	8	26

CUADRO No. 23 – NÚMERO DE INTENTOS DE SUSPENDER

El 50 % y el 47 % de los pacientes respectivamente, habían intentado muchas veces dejar la droga, sin lograrlo totalmente. El 3 % y el 6 % respectivamente, no habían intentado suspenderla antes de llegar a este tratamiento.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim. II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Una vez	3	10	1	3
2) Dos veces	5	17	2	6
3) Tres veces	4	14	8	27
4) Cuatro veces	2	6	3	11
5) Muchas veces	15	50	14	47
6) Ninguna vez	1	3	2	6

CUADRO No. 24 – TIEMPO DE SUSPENSIÓN

El tiempo de suspensión en esos intentos que los sujetos hicieron para dejar la droga fue en la siguiente proporción:

	Grupo Experim. I		Grupo Experim. II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Más de una semana	4	14	1	3
2) Menos de un mes	6	20	3	10
3) De uno a dos meses	6	20	3	10
4) De tres a cuatro meses	3	10	4	14
5) De cinco a seis meses	0	0	2	6
6) De siete a once meses	3	10	3	10
7) De un año o más	6	20	8	27
8) Nunca ha suspendido	2	6	6	20

CUADRO No. 25 – MOTIVO DE LA DECISIÓN DE SUSPENDER

Los pacientes reportaron haber suspendido el tratamiento por diversos motivos tales como:

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Motivos de salud	3	10	0	0
2) Motivos religiosos	0	0	1	3
3) Problemas familiares	9	30	5	17
4) Problemas económicos	1	3	4	14
5) Problemas con la ley	0	0	2	6
6) Varios de estos problemas	17	57	18	60

CUADRO No. 26 – HA SOLICITADO AYUDA ANTES

El 63 % de los sujetos en el grupo experimental I y el 70 % en el grupo experimental II ya habían solicitado ayuda anteriormente para rehabilitarse, sin haberlo logrado.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Sí	19	63	21	70
2) No	11	36	9	30

En cuanto a la **estadística no paramétrica**, el análisis de los reactivos que permiten aceptar la **hipótesis alterna** y que nos muestran las diferencias significativas entre los dos métodos de rehabilitación estudiados, se compararon **antes y después** de que los pacientes estuvieron expuestos al tratamiento, en el lapso que los sujetos decidieron voluntariamente permanecer en dicho tratamiento. Se realizó un **análisis de frecuencias** en las respuestas **entre** los dos grupos. Adicionalmente al análisis anterior, se aplicó la **U de Mann Whitney**, para determinar si existían diferencias significativas **entre** los grupos. Este resultado se corroboró con la **prueba de Wilcoxon**, para buscar si había diferencias significativas **al interior** de los grupos, **después** del tratamiento. Se observó lo siguiente:

CUADRO No. 1 - ESTADO DE ÁNIMO.

El estado de ánimo de los sujetos en el grupo experimental I mostró una frecuencia mayor en la tendencia a la depresión (del 13 % antes del tratamiento al 17 % después del tratamiento. En el grupo experimental II se mostró una frecuencia menor en la depresión (36 % antes del tratamiento a 0 % después). Este resultado coincide con el que Hoff (1981) observó en un paciente al que se le aplicó primero un tratamiento psicológico y después un tratamiento psicológico y espiritual, (apartado 4.4.3, página 50, de este estudio).

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Alegre y expresivo	3	10	3	10	6	20	10	33
2) Tranquilo y controlado	16	53	14	47	3	10	15	50
3) Triste, deprimido, pesimista	4	13	5	17	11	36	0	0
4) Irritable, exigente, impaciente	7	23	2	6	10	33	0	0

Este resultado se corrobora al encontrar en U de Mann Whitney una diferencia significativa de .04 entre los grupos. En Wilcoxon se observó igualmente una diferencia de .04 en el grupo I. En el grupo II la diferencia significativa fue de .0002, que confirma en resultado encontrado en el análisis de frecuencia.

CUADRO No. 2 – ACTITUD ANTE AGRESIÓN

La actitud ante la agresión se modificó en ambos grupos después de haber estado expuestos al tratamiento. La tendencia a desquitarse ante la agresión, en el grupo experimental I la frecuencia bajó del 26 % al 13 %; mientras que en el grupo experimental II la frecuencia disminuyó del 40 % a 0 %.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) No le da gran importancia	10	33	10	33	8	26	20	66
2) Se siente dolido y lastimado	12	40	10	33	10	33	5	17
3) Trata de desquitarse	8	26	4	13	12	40	0	0

En U de Mann Whitney no se encontró una diferencia significativa (.06), pero existe la tendencia a disminuir la agresión, aunque no sea significativa. En Wilcoxon hubo una

diferencia significativa de .009 en el grupo I y de .0002 en el grupo II, corroborando así el resultado observado en el análisis de frecuencia.

CUADRO No. 3 – ANTE LOS PROBLEMAS HA PENSADO EN EL SUICIDIO

La tendencia al suicidio disminuyó en ambos grupos después del tratamiento. Se mostró más marcado el cambio en el grupo experimental II, donde la frecuencia bajó del 36% bajó al 0%. En el grupo experimental I disminuyó del 30% al 27%.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Sí	9	30	8	27	11	36	0	0
2) No	21	70	16	53	19	63	25	83

Este resultado se corrobora en U de Mann Whitney, ya que hubo una diferencia significativa de .009 entre los dos grupos. En Wilcoxon no se encontró diferencia significativa en el grupo I (.08). En el grupo II hubo una diferencia significativa de .0007 después del tratamiento, lo cual corrobora el análisis de frecuencia realizado.

CUADRO No. 4.- CARACTERÍSTICAS DE SUEÑO

Los sujetos lograron alcanzar un sueño más tranquilo, libre de pesadillas. La frecuencia subió del 20% al 50% en el grupo experimental I, y del 36% al 83% en el grupo experimental II. Nuevamente la frecuencia del cambio fue mayor en el grupo experimental II.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Tranquilo, duerme bien	6	20	15	50	11	36	25	83
2) Inquieto, con pesadillas	24	80	9	80	19	63	0	0

En U de Mann Whitney la diferencia significativa encontrada fue de .03. En Wilcoxon fue de .03 para el grupo I y .0001 para el grupo II.

CUADRO No. 5.- TENDENCIA A LA DEPRESIÓN

La tendencia a la depresión disminuyó su frecuencia en ambos grupos. En el grupo experimental I, del 23% bajó al 17%. En el grupo experimental II bajó del 30% al 0%.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Mucho	7	23	5	17	9	30	0	0
2) Medianamente	14	46	9	30	7	24	1	3
3) Poco	8	26	3	10	8	26	6	20
4) Nada	1	3	7	23	6	20	18	60

En U de Mann Whitney se encontró una diferencia significativa de .009. En Wilcoxon no hubo diferencia significativa en el grupo I (.47), mientras que para el grupo II se encontró una diferencia significativa de .03.

CUADRO No. 6.- PIERDE EL CONTROL AL ENORJARSE.

El perder el control al enojarse la frecuencia se modificó en ambos grupos. En el grupo experimental I la frecuencia disminuyó del 66 % al 40 %. En el grupo experimental II la frecuencia bajó del 70 % al 3 %.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Sí	20	66	12	40	21	70	1	3
2) No	10	33	12	40	9	30	24	80

La prueba de U de Mann Whitney dio una diferencia significativa de .01 entre los grupos. En Wilcoxon no hubo diferencia significativa (.64), en el grupo I. En el grupo II hubo una diferencia significativa de .01 después del tratamiento.

CUADRO No. 7.- PIDE PERDÓN FACILMENTE.

La facilidad para pedir perdón disminuyó su frecuencia del 50% al 47% en el grupo experimental I, mientras que en el grupo experimental II aumentó la frecuencia en la disposición a pedir perdón del 37% al 77%.

	Grupo Experim. I				Grupo Experim. II			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1) Sí	15	50	14	47	11	37	23	77
2) No	15	50	10	33	19	63	2	6

Este resultado se corrobora con la prueba de U de Mann Whitney, ya que se encontró una diferencia significativa del .0001 entre los grupos. En la prueba de Wilcoxon no se encontró diferencia en el grupo I (.6233), mientras que en el grupo I se encontró una diferencia significativa de .002.

Adicionalmente al análisis anterior, se observó que los pacientes al concluir el tratamiento, o al momento de decidir interrumpirlo, opinaron lo siguiente, en relación al programa recibido:

CUADRO No. 8.- SU OPINIÓN DEL TRATAMIENTO.

	Grupo Experim. I		Grupo Experim. II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Muy adecuado y motivante	5	17	23	77
2) Adecuado	10	33	2	6
3) Medianamente adecuado	7	23	0	0
4) Deficiente y falta de motivación	2	6	0	0

Se aplicó asimismo la U de Mann Whitney para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos, y se encontró una diferencia significativa de .0004 entre los grupos. En la prueba de Wilcoxon se encontró que el grupo I no muestra diferencia (.2549). El grupo II mostró una diferencia significativa de .0007.

CUADRO No. 9.- EN QUÉ LE AYUDÓ EL TRATAMIENTO

La frecuencia de opinión de los pacientes acerca de en qué le ayudó el tratamiento, fue parcialmente favorable en el grupo experimental I y totalmente favorable en el grupo experimental II

	Grupo Experm. I		Grupo Experm.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) En todo	4	13	25	83
2) En algunos aspectos	15	50	0	0
3) En muy pocos aspectos	5	17	0	0

La U de Mann Whitney mostró una diferencia significativa entre los grupos de .0002. En la prueba de Wilcoxon el grupo I no mostró diferencia significativa (.6791). El grupo II mostró una diferencia significativa de .0001.

CUADRO No. 10.- RECOMENDARÍA EL PROGRAMA

La frecuencia de opinión de los sujetos acerca de la disposición y actitud para recomendar el tratamiento, fue mayor en el grupo experimental II que en el grupo experimental I:

	Grupo Experm. I		Grupo Experm.II	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
1) Sí	19	63	25	83
2) No	5	17	0	0

La prueba U de Mann Whitney nos da una diferencia significativa de .0004 entre los grupos. En Wilcoxon el grupo I no mostró diferencia (.2549). El grupo II tuvo una diferencia significativa de .0007.

CUADRO No. 11.- TIEMPO TOTAL DE PERMANENCIA EN EL PROGRAMA

La frecuencia en el tiempo que los sujetos permanecieron en el tratamiento fue del 13 % en el grupo experimental I, y del 70 % en el grupo experimental II.

Grupo Experim. I			Grupo Experim. II		
	Suj.	%		Suj.	%
1) Menos de una semana	14	47	1) Menos de una semana	0	0
2) Una semana	12	40	2) Una Semana	4	13
3) Dos a tres semanas	4	13	3) Dos a tres semanas	2	7
			4) Un mes	1	3
			5) Dos meses	2	7
			6) Tres meses	17	57
			7) Más de tres meses	4	13

La U de Mann Whitney mostró una diferencia significativa de .0001 entre los grupos. En Wilcoxon se obtuvo una diferencia significativa de .05 en el grupo I, mientras que en el grupo II la diferencia significativa fue de .0001.

7.3 RESUMEN Y CONCLUSIONES

	Gpo. Experim. I	Gpo. Experim. II
• Duración del estudio:	Jun – Ago. 1992	Mzo. 1990 a Sep. 1991
• Total de la muestra:	30 sujetos	30 sujetos
• Completaron el tratamiento básico en internamiento:		
- 14 días el grupo experimental I (se les considera sólo desintoxicados):	4 sujetos (13 %) (desintoxicados)	
- 3 meses o más para grupo experimental II (se les considera rehabilitados):		21 sujetos (70 %) (rehabilitados)
<p>NOTA: En el tratamiento del grupo experimental I el tratamiento básico es de 14 días de internamiento para considerarlos sólo desintoxicados. De ahí deben pasar a tratamiento ambulatorio (Clínicas de Seguimiento), para su rehabilitación. Esta Fase dura 2 meses.</p>		
• De los 30 sujetos del grupo experimental I, pasaron a tratamiento ambulatorio:	11 – (36%)	
- 4 que terminaron el tratamiento de desintoxicación (14 días) mas - 7 que no terminaron el tratamiento básico de desintoxicación, pero decidieron saltar directamente a las Clínicas de Seguimiento.		

7.4 SEGUIMIENTO

GRUPO EXPERIMENTAL I

- **Pacientes a los que se les pudo dar seguimiento:** Los once pacientes que pasaron a tratamiento ambulatorio, suspendieron su asistencia a las sesiones, en diferentes momentos y sin previo aviso, por lo que no se pudo medir el nivel de rehabilitación, ni dar seguimiento a este grupo. Así aparece en el registro de archivo.

GRUPO EXPERIMENTAL II

- **Pacientes a los que se les pudo dar seguimiento:** (consultando sus registros de archivo) 26 pacientes
 - **Fecha de seguimiento:** Abril de 1997.
 - **Pacientes no localizados:** (de acuerdo a registro de archivo) 4 pacientes.
 - **Pacientes que se comprobó que mantuvieron su rehabilitación:** (registro de archivo) 15 pacientes
- Nota:** Continúan a la fecha teniendo contacto con el Centro Desafío Juvenil de Mexicali, pues asisten ellos con sus familias a la congregación para estudio bíblico cada semana. Algunos además colaboran trabajando voluntariamente en el *Centro de Rehabilitación*.
- **Porcentaje de rehabilitación mantenido seis años después de la investigación:** 50 %
 - **Pacientes que se comprobó que recayeron:** (por información de otros pacientes y registro de archivo): 11 pacientes
 - **Porcentaje de reincidencia:** 36 %

7.5 DISCUSIÓN

1. Se comprueba y acepta la **hipótesis alterna**: existen diferencias significativas en el tratamiento de rehabilitación aplicado a farmacodependientes a heroína, entre el método de Tratamiento Profesional Clínico (**grupo experimental I**), y el método de Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico (**grupo experimental II**).
2. La primera diferencia entre los dos grupos en el resultado después de haber sido expuestos al tratamiento, es el tiempo mínimo de permanencia requerido en cada uno de dichos tratamientos. Adicionalmente, el nivel de efectividad se midió por la suspensión de la ingesta de heroína, al terminar su tratamiento en fase de **rehabilitación**, mostrando lo siguiente:
 - El 13 % de los sujetos del **grupo experimental I** terminó la **Fase de desintoxicación** (14 días). Once pacientes del grupo pasaron a la **Fase de Rehabilitación**, cuya duración es de dos meses, pero ninguno terminó, lo cual sugiere que hubo recaída.
 - El **grupo experimental II** logró un 70 % de efectividad para considerársele **rehabilitado**. La duración total de la permanencia en tratamiento para completar esta **Fase de Rehabilitación** fue de tres meses o más, con lo cual los pacientes se mantienen en estado libre de droga.
 - Seis años después de haber hecho esta investigación, se hizo seguimiento a los grupos y únicamente el **grupo experimental II** pudo mostrar resultados en cuanto a su nivel de permanencia en la rehabilitación. El resultado fue del 50 % de efectividad en la recuperación, al lograr mantener la suspensión de ingesta de droga.
3. El grupo experimental I, a pesar de ser de una duración mucho menor (14 días de internamiento), que la del grupo experimental II (tres meses de internamiento), el nivel de deserción fue mucho mayor en el primer grupo (87 %), mientras que en el segundo grupo fue del 30%, a pesar de tener una duración mucho mayor.
4. En este estudio se encontró que la edad promedio de inicio de los sujetos en la heroína, fue de entre 18 y 21 años, lo cual coincide con lo reportado por las encuestas nacionales de adicción (1996 y 1998).
5. La edad de inicio en la farmacodependencia en general, fue de menos de 15 años en la mayor parte de ambos grupos, lo cual coincide también con las encuestas nacionales de adicciones (1996 y 1998).

6. La principal causa de inicio en ambos grupos estudiados fue la curiosidad, y la droga de inicio fue la marihuana, proporcionada por "amigos". Se encontró asimismo que a la mayoría les gustó desde la primera vez y decidieron volver a probarla.
7. A pesar de que la mayoría de los sujetos reportaron ser católicos, su apego a la religión y que pudiera influir en su escala de valores y normatividad de conducta, es muy bajo, ya que, o asisten a la iglesia esporádicamente o nunca, y esto pudiera estar relacionado con la práctica religiosa de su familia, que es medianamente apegada.
8. En cuanto a los factores que son facilitadores del inicio de adicción a heroína en esta región fronteriza del país, uno de los que más destaca es el que es un punto de enlace entre México como productor, o como vía de tránsito de drogas hacia el país de mayor consumo de estupefacientes en el mundo (Smith, 1993).

7.6 LIMITACIONES

1. La cantidad de personas que en esta zona de Baja California necesitan ayuda en rehabilitación de adicciones, es más alta que la de aquellos que reconozcan y estén dispuestos a recibirla.
2. El instrumento de medición diseñado y aplicado en esta investigación fue útil, pero habría que validarlo.
3. El tratamiento estadístico que se aplicó a los grupos investigados fue insuficiente para poder obtener mayor rigor y relevancia científica.
4. Faltó una forma científicamente más controlada para medir el cambio de valores y de actitud que mostraron los sujetos en el grupo experimental II, detectado por medio del instrumento aplicado.
5. La investigación no profundizó en averiguar las variables que influyeron para que los sujetos del grupo experimental II permanecieran en el tratamiento por tres meses.

7.7 SUGERENCIAS Y APORTACIONES

1. Esta investigación aporta información sobre un área poco abordada, como es el conocer cómo afecta o influye en las personas el desarrollar su área espiritual y de valores personales aplicados a su vida cotidiana, con base en el estudio, análisis y aplicación práctica de los lineamientos conductuales y de estilo de vida que plantea la Biblia.

- 2 El estudio nos muestra que el tener una religión no basta para que el individuo sea mejor persona y tenga una vida más satisfactoria. Todos los sujetos del estudio reportaron tener una religión. Sin embargo, en el momento en que las personas del **grupo experimental II** se avocaron a estudiar y aplicar a su vida práctica y cotidiana la normatividad bíblica, cambió su forma de pensar y sus valores, lo cual propició su cambio de actitudes y finalmente su cambio emocional y conductual, y el resultado favorable se extendió a su familia, ya que hubo restauración en las relaciones de matrimonio y de familia
- 3 Existen actualmente en el Estado de Baja California catorce centros de rehabilitación cristianos, los cuales continúan creciendo en número. Cada uno está organizado, implantado y dirigido por diferentes fundadores y dirigentes, sin embargo todos siguen el mismo enfoque y base bíblico y las autoridades de la Secretaría de Salud en Tijuana han reconocido que son los que *obtienen mejores resultados* en rehabilitación, comparativamente con otros métodos o instituciones. Así lo manifiestan sus registros en la Jurisdicción Sanitaria de Tijuana (1998).
4. Este estudio da base para **futuras investigaciones** que nos lleven a responder preguntas como las siguientes:
 - ¿A qué se debe la diferencia en el nivel de permanencia en el método de Auto Ayuda Cristiano Bíblico y el método Profesional Clínico.
 - ¿Cómo fue que el cambio conductual se mantuvo y en consecuencia la rehabilitación, en los sujetos tratados con el método de Auto Ayuda Cristiano Bíblico?
 - ¿Qué relación hay entre los sujetos que en el grupo experimental II recayeron y su alejamiento del estudio bíblico?
 - ¿Qué fue lo que mantuvo interesados a los sujetos rehabilitados en el grupo experimental II, para continuar su asistencia al estudio bíblico y cómo influyó esto en el mantenimiento de su rehabilitación?

Finalmente y como conclusión, es importante considerar que representa un reto para la psicología el que, partiendo de estas técnicas diseñadas por la psicología cognoscitiva cristiana, se desarrollen metodologías para aplicarlas y participar en la rehabilitación de este tipo de pacientes, así como en todas las áreas de aplicación práctica dentro de la psicoterapia.

APÉNDICE

ANEXO 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PRIMERA APLICACIÓN MÓDULO I.- DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

PACIENTE EXPERIMENTAL I..... 1
PACIENTE EXPERIMENTAL II..... 2

1. Fecha de Nacimiento:

Edad (años cumplidos): _____ Años

17 a 19 1 29 a 32 4
20 a 24 2 33 a 36 5
25 a 28 3 más de 41.. 6

1) _____

2. Lugar de Nacimiento:

Mexicali1
Otro lugar..... 2

2) _____

3. Tiempo de residencia en Mexicali:

Menos de 1 año 1
De 1 a 5 años 2
De 6 a 10 años 3
De 11 a 20 años 4
Más de 21 años 5

3) _____

4. Estado Civil:

Casado 1
Unión libre 2
Separado 3
Divorciado 4
Viudo 5
Soltero 6

4) _____

5. Escolaridad:

- 1. Primaria 1
 - 2. Secundaria y/o técnica..... 2
 - 3. Técnico post-secundaria .. 3
 - 4. Preparatoria o vocacional.. 4
 - 5. Profesional 5
- 5) _____

6. Religión:

- Católica 1
 - Protestante 2
 - Otra ¿Cuál? 3
 - Ninguna 4
- 6) _____

7. Práctica religiosa:

- Asiste con regularidad..... 1
 - Asiste esporádicamente 2
 - Sólo por algún compromiso 3
 - Nunca asiste 4
- 7) _____

8. Práctica religiosa familiar:

- Muy apegada 1
 - Medianamente apegada 2
 - Poco apegada 3
 - No les interesa 4
- 8) _____

9. Número de adultos en casa, incluyendo al paciente:

- De 1 a 3 1
 - De 4 a 6 2
 - De 7 a 10 3
- 9) _____

10. Menores en casa:

- De 1 a 3 1
 - De 4 a 6 2
 - Más de 7 3
 - No hay niños.. 4
- 10) _____

11. Ocupación:

Estudia 1
 Trabaja 2
 Nada en especial 3

11) ____

12. Sostenimiento económico:

Empleo fijo 1
 Trabajo esporádico2
 Negocio propio3
 Sub empleado4
 Le sostiene su familia ..5
 Nada definido6

12) ____

13. Antigüedad en el último trabajo:

Menos de 3 meses 1
 De 4 a 11 meses 2
 De 1 a 2 años 3
 Más de 3 años 4

13) ____

14. Participación directa económica:

Sostengo totalmente a mi familia 1
 Ayudo al gasto de la casa 2
 Ninguna 3

14) ____

15. ¿Trabajó en estos últimos 30 días?

Sí 1
 No 2

15) ____

16 Trabajo realizado:

En oficina 1
 En fábrica 2
 En la calle 3
 Otro 4

16) ____

25. Enfermedades venereas:

Sí 1

No 2

Explique cuál: _____

25) _____

MÓDULO II.- INTEGRACIÓN FAMILIAR:

26. Vive con:

Con ambos padres 1

Con su madre 2

Con su padre 3

Con padres y hermanos 4

Con familiares 5

Con amigos 6

Con cónyuge 7

Con cónyuge e hijos 8

Sólo 9

26) _____

27. Relaciones entre sus padres:

Buenas 1

Regulares, discuten en ocasiones 2

Malas, pelean mucho 3

27) _____

28. Relaciones con sus hermanos:

Buenas 1

Regulares, discutimos en ocasiones 2

Malas, peleamos mucho 3

28) _____

29. Relaciones con sus padres:

Buenas 1

Regulares, discutimos en ocasiones 2

Malas, peleamos mucho 3

Somos como extraños, casi no platicamos 4

29) _____

30. Relaciones con su pareja:

- Buenas 1
 - Regulares, discutimos en ocasiones 2
 - Malas, peleamos mucho 3
- 30) ____

31. Antecedentes adictivos familiares:

- Padre 1
 - Madre 2
 - Hermano(a).... 3
 - Ninguno 4
- 31) ____

32. Apoyo general recibido de sus padres:

- Bueno, se interesan por ayudarlo y apoyarlo en todo 1
 - Regular, a veces muestran interés; otras veces no..... 2
 - Malo, no se preocupan ni les interesa lo que le pueda ocurrir.. 3
- 32) ____

33. Con quien se lleva mejor:

- Con su papá 1
 - Con su mamá 2
 - Con su hermano (a) mayor 3
 - Con su hermano (a) menor 4
 - Con un familiar (tío, primo, cuñado, etc.)5
 - Con sus amigos 6
 - Con un amigo íntimo 7
 - Con su cónyuge, pareja, o novia 8
 - Con nadie en especial 9
- 33) ____

34. En su caracter se parece a:

- Su padre..... 1
 - Su madre 2
 - Un hermano 3
 - A nadie en especial 4
- 34) ____

35. La disciplina en casa la aplicó:

- Padre 1
 - Madre 2
 - Ambos 3
 - Un hermano 4
 - Nadie en especial 5
- 35) _____

III.- ESTADO EMOCIONAL.

36. Estado de ánimo:

- Alegre y expresivo 1
 - Tranquilo y controlado 2
 - Triste, deprimido y pesimista 3
 - Irritable, exigente, impaciente 4
- 36) _____

37. Juegos y diversiones peligrosas:

- Le gustan y atraen 1
 - Le dan miedo y trata de evitarlas 2
 - No le gustan y las evita 3
- 37) _____

38. La culpa de sus problemas es de:

- Sus padres 1
 - Sus hermanos 2
 - Sus amigos 3
 - Los demás en general 4
 - Usted mismo tiene la culpa .5
- 38) _____

39. Caracter en la escuela:

- Alegre, juguetón, ruidoso 1
 - Atrevido, ingenioso, líder 2
 - Pacífico y aislado 3
 - Tímido y miedoso..... 4
- 39) _____

40. Cantidad de amistades:

- Tiene muchos amigos 1
 - Tiene pocos amigos 2
 - Sólo tiene amistades superficiales y casuales 3
 - No tiene amigos 4
- 40) ____

41. Relaciones con sus amistades:

- Buenas, se lleva muy bien con todos 1
 - Regulares, discuten con frecuencia 2
 - Prefiere darles por su lado para no tener problemas..... 3
 - Los convence de hacer lo que usted prefiere 4
 - Malas, pelean mucho 5
- 41) ____

42. Actitud ante agresión:

- No le da gran importancia 1
 - Se siente dolido y lastimado 2
 - Trata de desquitarse 3
- 42) ____

43. La mayoría de sus amistades son:

- Hombres1
 - Mujeres2
 - De ambos.....3
- 43) ____

44. Ante problemas ha pensado en el suicidio:

- Sí1
 - No ...2
- 44) ____

45. Características de sueño:

- Tranquilo y duerme bien 1
 - Inquieto y con pesadillas 2
- 45) ____

46. Padece insomnio:

- Sí 1
 - No 2
- 46) ____

47. Tendencia a la depresión:

Mucho 1
 Medianamente 2
 Poco 3
 Nada 4

47) ____

48. Tendencia a la soledad:

Sí1
 No 2

48) ____

49. Se siente lento:

Sí..... 1
 No..... 2

49) ____

50. Tiene mala memoria:

Sí..... 1
 No..... 2

50) ____

51. Es dinámico y activo:

Sí 1
 No 2

51) ____

52. Gusta tomar decisiones solo:

Sí1
 No.....2

52) ____

53. Posterga las decisiones:

Sí 1
 No..... 2

53) ____

54. Tiende a preocuparse:

Mucho..... 1
 Medianamente 2
 Poco 3
 Nada 4

54) ____

55. Presencia de temor específico:

- Mucho 1
 - Medianamente..... 2
 - Poco 3
 - Nada 4
- 55) ____

56. Apego a rutinas:

- Mucho 1
 - Medianamente 2
 - Poco 3
 - Nada 4
- 56) ____

57. Actividad constante:

- Sí 1
 - No 2
- 57) ____

58. Actividades encubiertas (que los demás no se den cuenta de lo que estoy haciendo).

- Sí 1
 - No 2
- 58) ____

59. Caracter fuerte (agresividad):

- Sí 1
 - No..... 2
- 59) ____

60. Pierde el control al enojarse:

- Sí 1
 - No..... 2
- 60) ____

61. Las personas se ofenden fácilmente:

- Sí 1
 - No..... 2
- 61) ____

62. Cuidadoso consigo mismo y con sus cosas:

Sí1
No.....2

62) ____

63. Comunica enfermedad o disgusto:

Sí1
No.....2

63) ____

64. Viste diferente a los demás:

Si.....1
No.....2

64) ____

65. Pide perdón fácilmente:

Sí1
No.....2

65) ____

IV.- HISTORIA DE SU PADECIMIENTO ACTUAL:

66. Cómo llegó por ayuda:

Iniciativa propia 1
Sugerencia familiar 2
Sugerencia de una amistad 3
Por presiones legales 4
Por presión familiar 5

66) ____

67. Edad de inicio de droga:

Menos de 15 años 1
De 16 a 18 años 2
De 19 a 21 años 3
De 22 a 24 años 4
De 25 a 28 años 5
De 29 a 31 años 6
Mayor de 32 años 7

67) ____

68. Primera reacción:

- Le gustó y decidió volverlo a hacer 1
 - Le gustó, pero pensó que era peligroso o malo..... 2
 - Consideró que era mejor no hacerlo otra vez 3
- 68) ____

69. Droga de inicio:

- Tranquilizante 1
 - Anfetamina 2
 - Pastilla..... 3
 - Inhalable..... 4
 - Alucinógeno..... 5
 - Mariguana..... 6
 - Cocaína..... 7
 - Heroína..... 8
 - Otro 9
- 69) ____

70. Fuente de adquisición:

- Familiar1
 - Amigo..... 2
 - Distribuidor..... 3
 - Desconocido..... 4
 - Otro 5
- 70) ____

71. Causa de inicio:

- Curiosidad1
 - Presión de grupo2
 - Núcleo familiar mal integrado3
 - Como protesta4
 - Escapar de tensiones5
 - Malas condiciones socioeconómicas6
 - Placer7
 - Otra.....8
- 71) ____

72. Edad de inicio en heroína:

- Menos de 15 años1
 - De 16 a 18 años2
 - De 19 a 21 años3
 - De 22 a 24 años 4
- 72) ____

73. Alguna vez arrestado:

Sí 1
 No..... 2

73) ____

74. Dosis de heroína:

3 ó más dosis diarias 1
 2 dosis diarias 2
 1 dosis diaria 3
 1 dosis cada tercer día 4
 1 dosis por semana 5
 1 dosis al mes 6
 De vez en cuando 7

74) ____

75. Droga usada antes de ingreso:

Tranquilizante..... 1
 Anfetaminas..... 2
 Pastillas 3
 Inhalables 4
 Alucinógenos..... 5
 Marijuana 6
 Cocaína 7
 Heroína 8
 Varias de las mencionadas..... 9
 Ninguna de las mencionadas.....10

75) ____

76. ¿Cuántas veces ha sentido el efecto de la abstinencia y en qué consistió?:

Más de una vez.....1
 Sólo una vez 2
 Nunca lo ha sentido 3

76) ____

77. Actitud hacia la droga:

De asegurar que no le falte1
 Le da lo mismo tenerla o no2

77) ____

83. Número de intentos de suspender:

- 1.....1
 - 2.....2
 - 3.....3
 - 4.....4
 - 5.....5
 - Muchas veces....6
 - Ninguna vez.....7
- 83) _____

84. Motivo de la decisión de suspender:

- Motivos de salud1
 - Motivos religiosos.....2
 - Problemas familiares3
 - Problemas en el trabajo.....4
 - Problemas económicos5
 - Problemas con vecinos.....6
 - Problemas con la ley7
 - Varios de estos problemas.....8
 - Esta es la primera ocasión en que va a intentar dejarla.....9
- 84) _____

85. Por drogarse ha dejado de comer:

- Sí.....1
 - No....2
- 85) _____

86. Enfermo continuó usando droga:

- Sí.....1
 - No....2
- 86) _____

87. Necesita más dosis que al inicio:

- Sí.....1
 - No....2
- 87) _____

88. Se prometió no usar y usó:

- Sí.....1
 - No....2
- 88) _____

89. Continúa usando aunque tiene responsabilidades:

Sí1

No...2

89) ____

90. Ha solicitado ayuda antes:

Sí 1

No....2

90) ____

91. Tiempo de dosis actual:

Menos de un mes.....1

De 1 a 2 meses.....2

De 3 a 4 meses.....3

De 5 a 6 meses.....4

Más de 6 meses.....5

Siempre ha usado la misma dosis.....6

91) ____

ANEXO 2

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE

SEGUNDA APLICACIÓN

MODULO I- ESTADO EMOCIONAL

PACIENTE EXPERIMENTAL I1

PACIENTE EXPERIMENTAL II.....2

1 Estado de ánimo:

- Alegre y expresivo..... 1
 - Tranquilo y controlado..... 2
 - Triste, deprimido y pesimista..... 3
 - Irritable, exigente, impaciente.... 4
- 1) _____

2. Juegos y diversiones peligrosas:

- Le gustan y atraen.....1
 - Le dan miedo y trata de evitarlas.....2
 - No le gustan y las evita.....3
- 2) _____

3. La culpa de sus problemas es de:

- Sus padres..1
 - Sus hermanos.....2
 - Sus amigos.....3
 - Los demás en general.....4
 - Usted mismo tiene la culpa.....5
- 3) _____

4. Caracter en la escuela:

- Alegre, juguetón, ruidoso.....1
 - Atrevido, ingenioso, lider.....2
 - Pacífico y aislado.....3
 - Tímido y miedoso.....4
- 4) _____

5. Volumen de amistades:

- Tiene muchos amigos.....1
 - Tiene pocos amigos.....2
 - Sólo tiene amistades superficiales y casuales.....3
 - No tiene amigos.....4
- 5) _____

6. Relaciones con sus amistades:

- Buenas, se lleva muy bien con todos..... 1
 - Regulares, discuten con frecuencia..... 2
 - Prefiere darles por su lado para no tener problemas..... 3
 - Los convence de hacer lo que usted prefiere..... 4
 - Malas, pelean mucho..... 5
- 6) _____

7. Actitud ante agresión:

- No le da gran importancia 1
 - Se siente dolido y lastimado..... 2
 - Trata de desquitarse..... 3
- 7) _____

8. La mayoría de sus amistades son:

- Hombres.....1
 - Mujeres.....2
 - De ambos.....3
- 8) _____

9. Ante problemas ha pensado en el suicidio:

- Sí.....1
 - No.....2
- 9) _____

10. Características de sueño:

- Tranquilo y duerme bien.....1
 - Inquieto y con pesadillas.....2
- 10) _____

11. Padece insomnio:

- Sí.....1
 - No... .2
- 11) _____

12. Tendencia a depresión:

Mucho.....1
 Medianamente.....2
 Poco.....3
 Nada.....4

12) ____

13. Tendencia a soledad:

Sí.....1
 No.....2

13) ____

14. Se siente lento:

Sí.....1
 No.....2

14) ____

15. Tiene mala memoria:

Sí.....1
 No.....2

15) ____

16. Es dinámico y activo:

Sí.....1
 No.....2

16) ____

17. Gusta tomar decisiones solo:

Sí.....1
 No.....2

17) ____

18. Posterga decisiones:

Sí.....1
 No.....2

18) ____

19. Tiende a preocuparse:

Mucho1
 Medianamente.....2
 Poco.....3
 Nada.....4

19) ____

20. Presencia de temor específico:

Mucho.....1
Medianamente.....2
Poco.....3
Nada.....4

20) ____

21. Apego a rutinas:

Mucho..... 1
Medianamente.... 2
Poco 3
Nada..... 4

21) ____

22. Actividad constante:

Sí1
No2

22) ____

23. Actividades encubiertas:

Sí. . . .1
No2

23) ____

24. Caracter fuerte (agresividad):

Sí.1
No.....2

24) ____

25. Pierde el control al enojarse:

Si.....1
No.....2

25) ____

26. Personas se ofenden fácilmente:

Sí... ..1
No... ..2

26) ____

27. Cuidadoso consigo mismo y con las cosas:

Sí.....1
 No.....2 27) ____

28. Comunica enfermedad o disgusto:

Sí.....1
 No.....2 28) ____

29. Viste diferente a los demás:

Sí.....1
 No.....2 29) ____

30. Pide perdón fácilmente:

Sí.....1
 No.....2 30) ____

MÓDULO II - OPINIÓN Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA

31. Al salir vivirá con:

Ambos padres.....1
 Su madre.....2
 Su padre.....3
 Padres y hermanos.....4
 Familiares.....5
 Amigos.....6
 Cónyuge.....7
 Sólo.....8 31) ____

32. Su opinión del tratamiento:

Muy adecuado y motivante.....1
 Adecuado.....2
 Medianamente adecuado.....3
 Deficiente y falto de motivación..4
 Malo, convendría rediseñarlo.....5 32) ____

33. En qué le ha ayudado:

- En todos los aspectos de mi problema y de mi vida....1
 - En algunos aspectos de mi problema y de mi vida.....2
 - En muy pocos aspectos.....3
 - En ningún aspecto; siento que estoy igual.....4
- 33) _____

34. Recomendaría el Programa:

- Sí.1
 - No....2
- 34) _____

35. Tiempo total de permanencia en el Programa:

- Menos de una semana..... 1
 - Una semana..... 2
 - Dos a tres semanas. 3
 - Un mes..... 4
 - Dos meses..... 5
 - Tres meses 6
 - Más de tres meses..... 7
- 35) _____

NOMENCLATURA

ABSTINENCIA.- Síndrome específico para cada tóxico y que aparece cuando se suspende o se reduce su ingesta tras un consumo previo regular, que persigue la inducción de un estado fisiológico de intoxicación. Es un cuadro clínico provocado por la suspensión o reducción en el consumo de una sustancia, que no corresponde a ningún síndrome orgánico cerebral específico. DSM-III (1986).

ABUSO O USO INDEBIDO DE DROGAS.- Estos dos términos son prácticamente sinónimos. Se emplean para designar el consumo de sustancias prohibidas por la ley; la administración de fármacos ilícitos empleados con propósitos diferentes de los *propia*mente médicos; el consumo excesivo de una droga prescrita lícitamente o de manera diferente a las indicaciones médicas; la prescripción inadecuada de una droga; el consumo de sustancias solventes de uso industrial, y el abuso en el consumo de alcohol y de tabaco. SSA/CONADIC (1996).

ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS.- Se trata de un síndrome de abstinencia característico debido al abandono o reducción del uso de un opiáceo. El síndrome incluye lagrimeo, rinorrea pupilar, sudoración, diarrea, bostezos, leve hipertensión, taquicardia, fiebre e insomnio. DSM-III (1986).

ADICCIÓN O FARMACODEPENDENCIA.- Es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por la *modificación* del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. SSA/CONADIC (1996).

ALBERGUE.- Centro de atención **no profesional** de tipo residencial manejado por exdrogadictos, cuya función es apoyar y lograr la rehabilitación del adicto. SSA/CONADIC (1998).

ALUCINÓGENOS.- Drogas que provocan alteraciones fisiológicas y psíquicas reversibles temporales y algunas veces alteraciones de tipo psicótico. García Liñán (1990).

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.- Término usado en el campo de las adicciones para indicar la presencia simultánea de trastornos mentales con el abuso de sustancias psicoactivas. CIJ (1998).

DEPENDENCIA FÍSICA.. Estado de adaptación fisiológica del organismo en el que necesita la presencia de una sustancia (droga), y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración (síndrome de supresión o de abstinencia). SSA/CONADIC (1996).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA.- Condición en la que una sustancia (droga) produce sentimientos de satisfacción y un impulso emocional que requiere su administración periódica o continua para producir placer o evitar malestar. SSA/CONADIC (1996).

DEPRESORES.- Son drogas psicoactivas que inhiben las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC). Este grupo incluye, entre otras, sustancias tales como el alcohol, los barbitúricos y una enorme variedad de sedantes sintéticos y somníferos.

DROGA.- 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. De manera resumida, también se le define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo a través de diferentes vías, puede modificar una o más de sus funciones. SSA/CONADIC (1996).

DROGA ADICTIVA.- Es la sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal manera que produce un estado de dependencia psíquica, física o ambas.

DROGA PSICOACTIVA.- Es la sustancia que altera el funcionamiento mental (el pensamiento, el juicio, el razonamiento, la memoria, etc.). SSA/CONADIC (1996).

DROGAS ALUCINÓGENAS (PSICODISLÉPTICAS, PSICOTICOMIMÉTICAS, PSICOTOMIMÉTICAS O PSICODÉLICAS). Son sustancias que tienen efectos sobre el Sistema Nervioso Central y producen alteraciones mentales, sensoriales y emocionales que se manifiestan en el comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Suelen provocar alucinaciones, es decir, percepciones sin estímulo externo. SSA/CONADIC (1996).

DROGA SINTÉTICA.- Es la droga que no tiene un origen vegetal.

FACTORES DE RIESGO.- En oposición a los factores protectores, se denomina de esta forma a un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, demográficas, económicas y ambientales, provenientes de la comunidad, de la familia, del grupo y/o del individuo, que pueden favorecer o aumentar la probabilidad de que el sujeto se inicie en el consumo de alcohol y otras drogas. Entre los más importantes, están los problemas tempranos de conducta, fracaso escolar constante, ambiente favorable al uso de drogas, etc. SSA/CONADIC (1996)

FÁRMACO.- En sentido estricto, podría definirse como “droga medicinal” o como “medicamento”; sin embargo, se acepta como sinónimo de “droga” en general. Así

cuando se habla de “psicofármacos” se hace referencia a las drogas “psicoactivas”. SSA/CONADIC (1996).

FARMACODEPENDIENTE.- Se denomina de esta forma a la persona adicta a/o dependiente de una o más sustancias, sea por dependencia física o psíquica, o por ambas. SSA/CONADIC (1996).

FARMACODEPENDENCIA.- Estado psicológico y algunas veces físico, resultante del uso de una droga, caracterizado por respuestas del comportamiento, que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos o algunas veces para evitar el malestar producido por la abstinencia. García Liñán (1990).

GRUPO DE AUTO AYUDA.- Agrupación sin fines de lucro, constituida generalmente como Asociación Civil e integrada por exdrogadictos y adictos que se encuentran en recuperación por el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva y que tienen como propósito fundamental apoyar al usuario compartiendo su experiencia y fortaleza para resolver su problema en común. SSA/CONADIC (1998).

HEROÍNA.- Es una droga opiácea semisintética, derivada de la morfina. Es un potente analgésico narcótico que provoca también euforia y posee un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico. SSA/CONADIC (1996).

HIPÓTESIS.- Es una proposición, conjetura, suposición o argumento que trata de explicar ciertos hechos, que puede someterse a contrastación y se acepta temporalmente para deducir otros hechos que se espera que ocurran. Para poder contrastar la hipótesis es necesario estar en posibilidad de medir las variables y las condiciones de contrastación; deben conseguirse con los medios disponibles. La hipótesis provee las bases para la investigación que se pretende realizar, y al plantearla se deben especificar las condiciones de contrastación. La hipótesis es una explicación tentativa sobre la relación entre variables. A partir de ella la contrastación se plantea usualmente en esta forma: ...“si esto ocurre, entonces los resultados serán”... SSA/CONADIC (1996).

INTERVENCIÓN. En un sentido amplio, la *intervención* es un proceso en el que existe un interés explícito para que un grupo de expertos desarrollen un conjunto de actividades ante un grupo o sector de la comunidad, a fin de promover en los participantes determinados cambios que repercutan en disminuir la magnitud de un problema, en este caso, las adicciones. La realización de un diagnóstico del problema, por sí misma puede ser elemento que de origen a la intervención, ya que influye tanto en quienes toman las decisiones, como en la opinión pública en general. En un sentido estricto, la intervención se refiere al momento en el cual el equipo responsable de la

aplicación de un programa de prevención, lleva a cabo un conjunto de actividades intencionales y organizadas que se orientan al cumplimiento de los objetivos. SSA/CONADIC (1996).

INTOXICACIÓN.- Es el estado patológico de un organismo caracterizado por alteraciones fisiológicas desencadenadas por los efectos de una sustancia. La intoxicación depende de varios factores: a) la dosis consumida; b) el tipo de sustancia utilizada, y c) de factores individuales. SSA/CONADIC (1996).

INTOXICACIÓN AGUDA.- Es el 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. SSA/CONADIC (1996).

INTOXICACIÓN CRÓNICA.- Es el 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. SSA/CONADIC (1996).

PREVENCIÓN.- En el campo de la salud, es un conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad, así como prepararse anticipadamente para evitar los riesgos de adquirirla. SSA/CONADIC (1996).

PREVENCIÓN PRIMARIA.- Es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. SSA/CONADIC (1996).

PREVENCIÓN SECUNDARIA.- Es la detección temprana de casos iniciales de una enfermedad para proporcionar el tratamiento oportuno. SSA/CONADIC (1996).

PREVENCIÓN TERCIAARIA.- Es un conjunto de medidas de tratamiento y rehabilitación, tendientes a reinsertar al paciente en la familia y en la sociedad, y a limitar el daño ya producido por una determinada enfermedad. SSA/CONADI (1996).

PROGRAMA.- Es la descripción por escrito de una secuencia de acciones afines y coherentes, por medio de las cuales se pretenden alcanzar objetivos y metas previamente determinados en su planeación. SSA/CONADIC (1996).

PSICOTRÓPICOS O DROGAS PSICOTRÓPICAS.- Se ha introducido el uso de este término para designar una serie de drogas psicoactivas de diferentes tipos farmacológicos, que tienen o alguna vez han tenido, aplicación legítima y autorizada en el campo de la medicina, especialmente, en psiquiatría. Por lo general, se utiliza para

referirse a los antidepresivos y a los tranquilizantes mayores, aunque también se emplea al hacer mención de ciertos estimulantes (como las anfetaminas) y de sedantes hipnóticos (como las benzodicepinas). Todas estas sustancias son susceptibles de uso indebido y tienen potencial adictivo. Como en el caso del término "narcótico". La palabra "psicotrópico" se usa más por su conveniencia administrativa que por su significado científico. SSA/CONADIC 1996).

REHABILITACIÓN.- Acciones tendientes a corregir los problemas físicos o mentales ocasionados por el uso o abuso de sustancias. Ley General de Salud (1998).

REINSERCIÓN SOCIAL.- Conjunto de acciones dirigidas a lograr la incorporación del adicto a la sociedad, promoviendo un mejor nivel de vida. Ley General de Salud (1998).

SÍNDROME.- Es el conjunto de síntomas y signos característicos de una enfermedad. SSA/CONADIC (1996).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA O DE SUPRESIÓN.- Es un conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia hacia una droga, cuando suspende su consumo bruscamente o lo disminuye en forma significativa. SSA/CONADIC (1996).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA.- Serie de trastornos fisiológicos y psíquicos más o menos intensos que se presentan cuando se suspende bruscamente el uso regular de una droga. García Liñán (1990).

SÍNTOMA.- ES la manifestación subjetiva de una enfermedad que es percibida por el paciente como una sensación propia que puede comunicar (dolor, náusea, angustia, etc.). SSA/CONADIC (1996).

SOCIALIZACIÓN.- Proceso de aprendizaje por medio del cual una persona se sensibiliza ante estímulos sociales y aprende a comportarse como otras de acuerdo a las normas y reglas socioculturales propias de su grupo o su cultura, convirtiéndose en un ser social capaz de interactuar con su entorno. SSA/CONADIC (1996).

TOLERANCIA.- Es la adaptación de un organismo a los efectos de una droga, que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados semejantes a los iniciales. SSA/CONADIC (1996).

TOLERANCIA.- Adaptación del organismo a los efectos de una droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo los mismos efectos. García Liñán (1990).

TRATAMIENTO INSTITUCIONAL.- Proceso de abandono de la droga y rehabilitación que se lleva a cabo en una institución, por lo general hospitalaria. (García Liñán (1990).

USUARIO.- Persona que consume una droga tanto en forma regular como ocasional. García Liñán (1990).

VÍA PARENTERAL.- Aplicación de un medicamento por medio de inyección siendo la absorción más rápida y más predecible que cuando se da por la vía bucal. García Liñán (1990).

VARIABLES DEPENDIENTES.- Son las que resultan modificadas en un experimento a consecuencia de la manipulación de la variable independiente. En este tipo de variables, su distribución está estrechamente relacionada con la de otra variable, de tal forma que al modificar la variable independiente se modifica también la variable dependiente. Como ejemplo, en una determinada intervención terapéutica, el tratamiento dado es la variable independiente que puede ser un agente activo y un placebo para el grupo experimental y control, o bien dos agentes activos; esto resulta en cambios en la variable dependiente manifestados como mejoría, curación, no variación o aún muerte. SSA/CONADIC (1996).

VARIABLES INDEPENDIENTES.- Son aquellas que se separan de tal forma en sus distribuciones, que aún si se conocen las características de cada una de ellas no es posible, por ello, conocer las características de la otra, y de igual manera, el modificar una de ellas no modifica a las otras. Por ejemplo, con las variables de edad y color de ojos, no es posible determinar por medio de la edad, el color de los ojos de un individuo, así como tampoco es posible determinar la edad que tiene por el color de sus ojos. En un experimento o intervención, la variable independiente es la que el investigador manipula y puede ser un determinado tratamiento o intervención en los estudios terapéuticos o de medidas preventivas, o bien, la exposición de un agente potencial nocivo o sospechoso en los estudios de causalidad. SSA/CONADIC (1996).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1996). A guide to the Web's top sites. Britannica's Editors.
- Beck, M.D., Aaron T. (1989). Love is never enough. New York: Harper Perennial.
- Cabezas, Rita. (1982). Disposiciones religiosas y su influencia sobre el ejercicio de la Profesión del Psicólogo, Tesis de Licenciatura de Psicología. Costa Rica, San José: Universidad de Costa Rica.
- Cabezas, Rita. (1988). Psicoterapia Cristiana. Miami: Clie.
- Carter, J. y Narramore (1979). B. The Integration of Psychology and theology. Michigan: Zondervan..
- Castanedo, Celedonio. (1990). Grupos de encuentro en terapia Gestalt. Barcelona: Editorial Herder.
- Centros de Integración Juvenil - CIJ. (1997). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México: CIJ.
- CIJ. (1989). Heroína. México: CIJ.
- CIJ. (1998). Reflexiones en torno a las adicciones. México: CIJ.
- CIJ. (1990). Riesgos macrosociales de farmacodependencia a nivel municipal y red estratégica de atención en México. México: CIJ.
- Christie, K.A.. (1988). Epidemiological evidence if early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adultus. New York: MacMillan.
- CONADIC-SSA. (1998). Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: SSA.
- Díaz Alfonso, Psic., y Fernández Domínguez, V.M., Psiquiatra. (1998). Psicología práctica familiar. México: Reader's Digest.
- DSM- III. (1986). American Psychiatric Association.
- Estrada Lázaro, J.A. (1998). Baja California – Biografías para su historia regional. Baja California, México: ISEP-SEBS.
- Feixas Guillén y Miro Teresa. (1991). Aproximaciones a la psicoterapia. México: Paidós.

- Fromm, E. (1970). Psychoanalysis and Religion. Connecticut: Bantain.
- García Liñán, Carmen. (1990). Qué son las drogas; opiáceos. México: Árbol Editorial.
- Gardner, H. (1985). The mind's new science: a history of the cognitive revolution. New York: Basic Books.
- Goldman, Howard, M.D., Ph.D. (1989). Psiquiatría general. México: El Manual Moderno.
- Hoff, Paul. (1981). El Pastor como consejero. Miami: Vida.
- Lair, Jess. (1975). I ain't well but I sure am better: Mutual need therapy. New York: Doubleday.
- MacNutt, Francis. (1977). Healing. New York: Bantam Books.
- Maldonado, Ignacio. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. México: Psicología Iberoamericana.
- Mattlin, Margaret W. (1990). Cognition. New York: State University of New York.
- Mercado Cuéllar, Guillermo, *et.al.*. (1998). Terapia cognitiva y cognitivo-conductual. México: CIJ.
- Ortiz Mondragon y Wagner Echegaray. (1989). Heroína. México: CIJ.
- Parker, William. (1989). La oración en la psicoterapia. México: Editorial Pax.
- Rimm, D.C., y Marsters, J.C. (1979). Behavior Therapy: Techniques and empirical findings. New York: Academic Press.
- Rivera, M.E. (1979). La iglesia como comunidad redentora y terapéutica. New York: Princeton University.
- Rouncesville, B.J. (1982). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. New York.
- Rychlak, Joseph F. (1981). Introduction to personality and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sánchez Huesca, Ricardo. (1998). Terapia familiar y consumo de sustancias. México: CIJ.

- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. New York: American Psychologist.
- Smith, Peter H.; Margain, Hugo B. (1993). El combate a las drogas en América. México: Fondo de Cultura Económica.
- SSA/SISVEA. (1996). Encuesta nacional de adicciones. México: SSA.
- Suárez Toriello, J.E. (1989). Heroína. México: CIJ.
- Szasz, T.S. (1970). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tommie, L. Duncan. (1965). Understanding and helping the narcotic addict. New York: New York.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare and National Institute on Drug Abuse. (1976). An evaluation of the teen challenge treatment program. Washington.
- Valera, Cipriano de y Reina, Casiodoro de. (1981). La Santa Biblia. Miami: Vida.
- Vázquez Malagamba, Guillermo. (1996). El psicólogo clínico; su formación y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional. Tesis del licenciatura en psicología. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Wilkerson, David. (1978). La cruz y el puñal. Miami: Vida.
- Wolberg, Lewis R., M.D. (1977). The technique of psychotherapy. New York: Grune & Stratton.