

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**PROGRAMA CECOSAM PARA EL
TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

RUBEN MENDEZ CRUZ

ASESOR: RICARDO MEZA TREJO

MODALIDAD: TESINA

ABRIL DE 2008



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.

Dedico esta obra con todo cariño:

At la memoria de mi madre

At mis hijos por ser la principal fuente inspiradora de mi vida

At Sofia, que le tocó contender con mis peores demonios

At la Dra. Esther Del Carmen Cetina Garcia, que con su estimulo y apoyo me llevó a hacer posible lo que parecia imposible

At mis sinodales por su paciencia y comprensión:

Lic. Ricardo Meza Trejo

Mtra. Laura Alvarez Sanchez

Lic. Ma. Felicitas Dominguez Atboyte

Mtra. Alma Martinez Olivera

Mtro. Edgar Pérez Ortega

Gracias... muchas gracias

INDICE

	CAPITULO I	
RESUMEN.....		3
	CAPITULO II	
INTRODUCCIÓN.....		4
	CAPITULO III	
FUNDAMENTACION.....		5
	CAPITULO IV	
MARCO TEORICO.....		8
Psicoanálisis , 9. Teorías psicológicas : conductismo, 11; logoterapia, 12; corriente humanista, 14. Enfoques empíricos : alcohólicos anónimos, 15; narcóticos anónimos, 15. Enfoque médico-biológico , 16. Enfoque sociológico , 17.		
	CAPITULO V	
PROBLEMÁTICA.....		22
	CAPITULO VI	
PROPOSITO.....		27
	CAPITULO VII	
METODOLOGIA.....		27
Sujetos , 27. Escenario , 29. Actividades terapéuticas : terapia individual, 30; terapia grupal, 32; terapia familiar, 34; pláticas a grupo, 35.		
	CAPITULO VIII	
INSTRUMENTOS.....		36
	CAPITULO IX	
ANALISIS Y CONCLUSIONES.....		42
BIBLIOGRAFIA.....		52

Introducción

El paso acelerado con el que crece el consumo de sustancias adictivas (Encuesta Nacional de Adicciones 1993-1998, Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría) conlleva a que se necesiten de manera asidua nuevas alternativas para el tratamiento y la prevención en el consumo. Dichas alternativas deberán poseer características tales como ser económicas en costos y tiempos de aplicación, además de probar su efectividad conforme los objetivos para los que son diseñadas.

Actualmente dentro de los modelos de tratamiento se requiere de estrategias viables que coadyuven a elevar el porcentaje de éxitos terapéuticos.

Los grupos de alcohólicos y drogadictos anónimos manejan un número elevado de usuarios ambulatorios, pero no llevan datos estadísticos que ayuden a estimar el nivel de recuperación de estos ni el tiempo estimado de tratamiento.

En Hogares San Francisco, centro especializado en el tratamiento de adictos en internamiento, se registró un nivel de recuperación del 40% de 40 sujetos en un seguimiento de seis meses el cual disminuyó dramáticamente en el transcurso de los siguientes seis meses hasta quedar un 20% de recuperados. Lo anterior aún cuando el tratamiento tenía una duración en internamiento de dos meses (Manual de Procedimiento de Hogares San Francisco. Méndez 2003).

Los datos encontrados en la literatura de tratamientos implementados por instituciones como Oceánica y Monte Fénix (1996) hacen también referencia a los resultados basados en la recuperación intrahospitalaria más que de tratamiento ambulatorio de consulta externa.

Los resultados a largo plazo en el tratamiento de adicciones son un tanto subjetivos debido a la dificultad que ofrece el delimitar sus efectos con precisión. No obstante, es de suma importancia encontrar el tratamiento más adecuado ante el evidente incremento del consumo de sustancias adictivas en México.

La creación de nuevas drogas de diseño como el crack, los ajos, poppers, ice etc., que se crean combinando estimulantes y depresores y el impacto de estos en el grupo de jóvenes principalmente parecen, por momentos, rebasar las alternativas terapéuticas utilizadas cuando los indicadores nacionales apuntan hacia un incremento constante en el consumo.

El programa CECOSAM propuesto en esta tesina está sujeto a la Norma Oficial Nacional de Adicciones implementada por la Secretaría

de Salud y el Gobierno Federal y contiene las alternativas terapéuticas más factibles para la recuperación del consumidor a fin de que abandone el consumo de sustancias y se incorpore a nuevos estilos de vida que redunden en una existencia más plena y productiva (NOM-028-SSA2-1999).

El centro comunitario donde fueron llevadas a cabo las actividades profesionales, se encuentra en el estado de Querétaro y fueron realizadas precisamente en la Clínica de Adicciones de dicho centro.

Para los fines de este trabajo se llevaron a cabo 528 sesiones terapéuticas individuales, 48 familiares, 48 sesiones grupales y 24 pláticas a grupo en el transcurso de seis meses con el grupo de pacientes en estudio, con una frecuencia diaria o semanal conforme previa programación.

El conjunto de técnicas terapéuticas aquí utilizadas, mismo que fue aplicado a todos los sujetos, estuvo conformado por terapia individual, terapia grupal, terapia familiar y pláticas didácticas.

Es importante destacar que la complejidad de las adicciones es vasta y que reviste al individuo con atribuciones muy diversas. Es por esto, que se consideró que dicha complejidad debería ser comprendida bajo la óptica de la psicología, el psicoanálisis, la sociología y la biología y así vislumbrar los motivos del consumo y a su vez poder ofrecer alternativas para el tratamiento.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar una alternativa de tratamiento para adictos a alcohol y drogas de consulta externa los cuales requieren cada vez, con mayor urgencia, de estos servicios dado el incremento constante en el consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país.

En esta obra de carácter abierto se describe el tratamiento con enfoque ecléctico dado a 35 sujetos adictos a bebidas alcohólicas y drogas. El grupo estuvo conformado por 28 varones y siete mujeres con un rango de edad de entre los 16 y 50 años.

El escenario de tratamiento fue en las instalaciones del Centro Comunitario de Salud Mental en el estado de Querétaro, unidad perteneciente a la Secretaría de Salud.

De los instrumentos diagnósticos utilizados para establecer el nivel de dependencia de los sujetos se eligieron dos inventarios establecidos dentro de la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones: 1) Cuestionario Audit para identificar trastornos por el consumo de alcohol y 2) Cédula de indicadores para medir la dependencia a drogas (SSA, 2000)

También se aplicó un modelo predictivo para evaluar el curso del proceso de variación adictiva en el que se encontraba el sujeto, denominado Modelo Transteórico (Albiach, 2000).

El tratamiento se implementó a través del enfoque ecléctico que incluyó terapia individual, terapia grupal y terapia familiar.

Los resultados indicaron que el nivel de recuperación fue favorable al lograr un índice del 62% de pacientes que se mantuvieron en remisión total sostenida o que cambiaron sus estilos de vida significativamente en el transcurso de seis meses en que duró el tratamiento.

Fundamentación

El tratamiento de las adicciones ha implicado una serie de frustraciones en tanto su abordaje, ya que el éxito terapéutico tiene alcances limitados dadas las características especiales de la enfermedad. No obstante es necesario insistir en la creación de alternativas que tiendan a ser eficaces partiendo de experiencias previas que se han empleado con anterioridad y que han respondido a la gran demanda que día con día aumenta en nuestro país.

De no incorporarse a alguna alternativa de tratamiento es altamente probable que la vida del adicto se vaya deteriorando en sus diversas áreas de interacción social conforme avanza del consumo experimental hasta la adicción:

- **Actividades laborales.** El usuario empieza a tener problemas para asistir con regularidad al trabajo. Inicia teniendo faltas esporádicas a consecuencia del reiterado consumo que tiende a realizar durante la noche. El condicionamiento que se hace en el centro laboral se debe a sus inasistencias cada día más frecuentes, por presentarse en estado de intoxicación y, en los casos avanzados, por consumir dentro de las instalaciones, para finalmente ser despedido del trabajo. De la misma manera, con el objetivo de dar mayor prioridad a su consumo, el sujeto realiza actividades que ocupen un mínimo de tiempo incorporándose a subempleos que son insuficientes para un mejor ingreso que proporcione mayor bienestar a su familia (Tapia, 2001).
- **Familia.** El impacto que recibe la familia por la falta de abastecimiento económico se suma a la falta de apoyo afectivo por parte del adicto, ya que se torna una figura ausente de la dinámica familiar. Los efectos residuales negativos se presentan cuando los hijos y la cónyuge sufren de algún tipo de violencia intrafamiliar misma que se evidenciará en un bajo rendimiento escolar de los menores, inseguridad, depresión y agresividad así como respuestas codependientes por parte de la esposa. Ante la demanda familiar de una mayor participación los conflictos en casa se incrementan dado que su poder de elección se ve afectado por la obsesión por consumir y se crea un estado de ambivalencia que se debate entre su imposibilidad para postergar el consumo y sus sentimientos de culpa. La disfunción se agudiza a tal grado que puede llegar a la desintegración

familiar temporal o definitiva. Cuando el sujeto convive con los padres como hijo de familia suele romper constantemente los límites y reglas que rigen en casa, confrontando a los padres con conductas opositoras y desafiantes (Tapia, 2001).

- Interacción social. Las relaciones sociales del adicto también se ven devastadas como consecuencia del aislamiento que forja paulatinamente al alejarse de eventos sociales, amistades, intereses académicos, reduciéndose a encuentros furtivos con compañeros de consumo. Es en este momento cuando se pueden iniciar problemas de carácter legal debido a faltas al código civil o por consumo de sustancias ilegales (Tapia, 2001).

La conjunción de estos problemas en la vida del consumidor le provocará una conflictiva interna que puede culminar con la pérdida de la familia, el trabajo, pertenencias materiales, el internamiento en hospitales psiquiátricos o la muerte del sujeto a causa de los efectos negativos de las sustancias o por suicidio.

Los costos materiales y sociales que causa este problema son difíciles de calcular. Para dar una idea de los elevadísimos costos que conlleva el consumo de sustancias podemos mencionar el estudio realizado por Research Triangle Institute for the National Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration en Estados Unidos en 1983, en el que se reveló que el costo económico total debido al abuso del alcohol fue de 116.7 billones de dólares, en tanto que el abuso de las drogas costó 59.7 billones y los problemas de salud derivados por dicho consumo 72.8 billones. Es así como las solicitudes de tratamiento en centros especializados se incrementan constantemente.

El tratamiento se incorporó en el ámbito controlado de la institución e incidió directamente en tres vertientes de recuperación:

- La aceptación voluntaria del paciente para incorporarse a una alternativa de tratamiento. Lo anterior en razón de que el usuario mantiene resistencias, de tal modo que resultaría improductivo que se le obligara a tomarlo en contra de su voluntad, ya que con esta actitud difícilmente lograría evolucionar favorablemente.

Existe una connotación negativa que ocurre cuando el adicto es obligado a tomar tratamiento, ya sea por instancias legales o familiares, al carecer de una conciencia de su estado adictivo promueve mecanismos mentales de defensa a fin de salvaguardar su dependencia, que hasta ese momento, no la concibe como riesgosa para su integridad física ni mental, por el contrario se siente "enfermo" cuando suspende el consumo y es agobiado por los síntomas adversos del síndrome de supresión y la abstinencia

La situación se torna aún más difícil cuando el usuario cursa por un nivel avanzado de dependencia a una o más sustancias y debe ser internado en una institución hospitalaria.

El tratamiento externo se antoja al adicto como menos atentatorio para su "libertad" ya que le permite realizar actividades laborales y familiares que en un internamiento le sería imposible hacer.

Es, por tanto, importante valorar y establecer, conjuntamente con la familia, claramente de manera previa, el tipo de tratamiento de consulta externa u hospitalaria que deberá tener el paciente adicto.

- Un proceso de enseñanza teórica y didáctica sobre su adicción. Ya que debía estar consciente de los efectos físicos, psicológicos y sociales que su dependencia provocaba en sí mismo.

Gran parte de la metodología utilizada para el tratamiento, incluyó un conjunto de enseñanzas didácticas a fin de que el usuario aprendiera más acerca de su problemática. Bajo la acción de los mecanismos de defensa, el adicto no se percata fácilmente de como el consumo afecta su vida sociofamiliar con los efectos de los daños físicos y psicológicos, resultado del abuso de estas sustancias.

- Un proceso que, a través de la terapia, ayudara a que el usuario se mantuviera en abstinencia de consumo. La conjunción de una gama de estrategias terapéuticas permitió evocar una mejor respuesta de recuperación en el adicto ya que se trabajó con elementos de su entorno sociofamiliar que eran relevantes y que tenían amplia influencia en su estilo de vida, así como también con su problemática emocional resultante de la dinámica del consumo.

Marco Teórico

El devenir de la metodología utilizada en psicoterapia ha de descansar en diversas disciplinas científicas que se han abocado a hacer una interpretación del fenómeno de la adicción a través del tiempo y el espacio. Es por esto, que se consideró que la adicción debía ser comprendida bajo la óptica de la psicología, la sociología, la medicina y los referentes psicoanalíticos respectivos a fin de facilitar el entendimiento de la génesis del consumo, y a la vez permitir con esto obtener herramientas de abordaje más eficaces para el tratamiento del adicto retomando, de manera ecléctica, las técnicas terapéuticas que dichas disciplinas aportan (Cuadro 1).

Es necesario considerar que las aportaciones teóricas aquí descritas han contribuido enormemente para el entendimiento de esta intrínseca entidad (Escohotado, 1999)

PSICOANALISIS

El psicoanálisis se ha encargado de dar una luz orientadora para la comprensión de la dinámica de las adicciones, posiblemente una de las más acertadas, por medio de diversos planteamientos referenciales que se describen a continuación, que no de una teoría general del fenómeno, siendo que los objetivos de estudio planteados por Freud se enfocan tan solo directamente a las teorías de la neurosis, psicosis y las perversiones.

Glover (1949) clasificó las adicciones como estados transicionales malignos que fluctúan entre la psiconeurosis y la psicosis, aunque no las considera como una entidad patológica sino un complejo sintomático que puede ser asumido como un componente de diversos trastornos psíquicos. Esta idea es compartida por Néstor Braunstein(1990) quien considera que el uso de drogas y alcohol configura no una estructura clínica sino una “conducta” que puede manifestarse en neuróticos, perversos o psicóticos por lo que el psicoanálisis orientaría el tratamiento, no hacia el uso indiscriminado que el individuo hace de las drogas, sino hacia las características estructurales que permitirían enfocar la cura.

Algunas de las contribuciones psicoanalíticas sobre el tema muestran especial interés en la niñez del adicto. Este abordaje apunta hacia la importancia de la gratificación instintiva, específicamente a través del principio del placer, mientras que otros autores destacan el papel del yo en la formación y función del síntoma (Szasz, 1972).

En el psicoanálisis Freudiano la estructura mental constituida por el Superyo, Yo y Ello, tiene una participación en términos de regresión a niveles primitivos para la incorporación de la adicción por lo que Fenichel opinaba: “Se convierten en drogadictos aquellos sujetos para los que el efecto de la droga tiene un significado específico. Para ellos significa el cumplimiento, o por lo menos la esperanza, de un cumplimiento de un deseo profundo y primitivo, sentido por ellos con mayor urgencia que la que sienten por los deseos sexuales u otros impulsos las personas normales” (Fenichel, 1941, p. 47).

La sentencia de Santiago Ramírez: “infancia es destino” (Ramírez, 1982), había sido compartida ya previamente muchos años antes por Fenichel cuando afirmó que las fijaciones infantiles van a determinar qué impulsos pregenitales pasan a primer plano en la vida del adulto siendo determinantes para la dependencia oral del sujeto a sustitutos externos como esencia de la adicción, resultando las sustancias importantes al producir un aumento en la autoestima y en la seguridad del adicto.

En estudios posteriores Thomas Szasz (1972) analiza las actitudes “contrafóbicas” del consumidor toda vez que consume, según el autor, no para sufrir los efectos de estas sino, por el contrario, con el fin de exponerse continuamente a sus peligrosos efectos, resistiéndose a sucumbir ante los mismos, ya que al temer por su debilidad interior inconsciente, la lucha constituye uno de los problemas trascendentales en su vida, por lo que moviliza diversas maniobras contrafóbicas, exponiéndose a situaciones peligrosas, con la esperanza de probar su fuerza. Naturalmente, al salir triunfante de esta lucha, se ve reafirmado su debilitado Yo al resistir los efectos devastadores del consumo compulsivo.

Fenichel (1941) describió al adicto como aquel sujeto que al drogarse no dirige su acción hacia la finalidad positiva de alcanzar un objetivo específico, sino a la finalidad negativa de liberarse de la tensión, por lo que buscará el placer, no a través de las sustancias, sino de la interrupción del dolor que significa una amenaza a su existencia.

Savitt (1972) subestimó el valor que la medicina da al síndrome de tolerancia en los adictos, ya que considera que aunque representa un factor importante de ninguna manera es un factor determinante para la caracterización de las adicciones.

Este autor hace referencia a los escritos de Rado en los que se afirma que no es el agente tóxico, sino la necesidad de usarlo, lo que hace de un sujeto determinado un adicto, por lo que su impulso al uso de sustancias es únicamente un símbolo de su abrumadora necesidad psíquica de una fusión total con la madre, en un desesperado intento de resolver la tensión y la depresión, siendo entonces la compulsión la evidencia de su insaciabilidad.

Ya, bajo una mirada de orientación Lacaniana, Néstor Braunstein (1990) afirma que el adicto enmascara o sustituye al deseo inconsciente quedando irreconocible tras el objeto real de la demanda,

de manera a-dicta, no dicha, por lo que la satisfacción demandada no acepta ni la postergación ni la sustitución del objeto.

Indica que la droga es un sustituto de la sexualidad que evita el forzamiento y la aquiescencia del cuerpo de otro.

Por ser el consumidor un sujeto a-dicto, Braunstein previene sobre la evasión que hace el toxicómano de la pregunta por su ser:

“Siempre será sabio por parte del analista, que encuentra al uso de drogas en el sitio más visible de la presentación de un caso, el hacer retroceder este modo encubridor en que el sujeto se muestra o es llevado a mostrarse al psicoanalista.

Soy toxicómano, es un decir para escabullirse de la pregunta por el ser. La toxicomanía misma cubre y elude esta cuestión confiriendo una supuesta identidad que no pasa de ser una máscara que debe arrojarse para que las verdaderas preguntas del sujeto se hagan oír” (N. Braunstein, 1990, pág. 200)

Es interesante observar como la postura psicoanalítica difiere sustancialmente de la significación que da a la adicción la medicina incluso contraponiéndose al discurso médico tradicionalista de manera radical.

El consumo de sustancias es entonces la vía regia privilegiada y directa para que el adicto llegue al goce bajo una necesidad imperiosa que no acepta ni las diferencias, ni la postergación.

TEORIAS PSICOLOGICAS

No existe una corriente psicológica que haya sido creada específicamente para el tratamiento de las adicciones; sin embargo las que se describen a continuación han efectuado una aproximación, ya sea de carácter teórica o de tratamiento, a partir de su propia metodología de abordaje.

Conductismo

Esta rama de la psicología clínica ha aplicado la metodología y principios de la psicología experimental para la modificación terapéutica del consumo de sustancias.

Técnicas tales como el contracondicionamiento, el condicionamiento operante y la imitación (Skinner 1971) se han usado para desalentar el consumo de sustancias mediante la aplicación de contingencias como recompensas y castigos a fin de ayudar al paciente a adquirir nuevas respuestas más adaptativas.

Si embargo, en los últimos años con el advenimiento de la aceptación y reconocimiento de procesos del pensamiento, de los factores emocionales y de las imágenes mentales por parte de la terapia Cognitivo-Conductual (Wolpe 1957), así como, de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1999) se ha abierto una perspectiva más amplia respecto al discurso y al tratamiento de las adicciones.

Ellis menciona que las conductas compulsivas pueden actuar como distractores de sentimientos de ansiedad o depresión, de una personalidad con baja tolerancia a la frustración o de la creencia irracional de la necesidad absoluta de determinada sustancia a causa del placer que les proporciona y el no poder prescindir de dicho placer aún a costa de consecuencias adversas.

Ellis también refiere que tanto la Terapia Racional Emotiva como la Terapia Cognitivo-conductual, incluyen el concepto de prevención de recaídas y su trabajo subsiguiente, especialmente en las áreas relacionadas con las adicciones (Ellis, 1999).

La metodología consiste en enseñar a los pacientes en recuperación a fijarse en las autoafirmaciones que emiten, y en identificar las creencias irracionales que puedan tener respecto a sus obsesiones y la necesidad de responder ante ellas para posteriormente discutir enérgicamente esas creencias, ayudándoles a crear una nueva filosofía tendiente a reducir drásticamente las posibilidades de una recaída. Conjuntamente se ofrece una amplia gama de métodos para mantener alejado al consumidor de situaciones sociofamiliares y estímulos condicionantes negativos que pudiesen conllevarlo a una reincidencia.

También pueden sugerirse refuerzos o castigos para combatir sus tendencias de retornar a estilos de vida nocivos (Ellis, 1999).

Logoterapia

Su representante, Viktor E. Frankl, plantea que existe una tríada de la neurosis de masas conformada por la depresión, la agresión y las adicciones. La característica común de la tríada se hallaría entonces en la carencia de sentido (Frankl, 1987).

Al referirse a la “voluntad de sentido” considera que ha de tomarse incluso como la principal preocupación del ser humano, además de que dicha voluntad de sentido permanece insatisfecha en la sociedad actual, y que a diferencia del psicoanálisis que habla del impulso, y del conductismo que sugiere respuestas condicionadas, el ser humano

responde a las preguntas que la vida le dirige cumpliendo de este modo los sentidos que la vida misma le está ofreciendo.

En su obra, *Psicoterapia y Humanismo* (1987), Frankl menciona un buen número de autores que a través de múltiples estudios apoyan su tesis de la carencia de sentido y del vacío existencial como génesis primordial de las adicciones.

Es aquí cuando la Logoterapia indica que el Ser deberá dar amplia relevancia a la libertad y la responsabilidad por ser elementos que permitirán autotranscender los determinismos que, como defensas, invitan al consumo (Martínez, 2000).

La logoterapia muestra que la falta de sentido en la vida, encierra al individuo en un hedonista círculo adictivo en el que se busca el placer y el poder de manera obsesiva, por lo que sugiere que lo inicial es la suspensión total del consumo.

Al haber superado el síndrome de abstinencia se desbloquea la dimensión espiritual siendo este el momento en el que se abordarían la libertad y la responsabilidad permitiendo al sujeto autotranscender los determinismos limitantes.

Al carecer de asideros el individuo queda ante un panorama desolador por lo que será precisamente ese momento en el que la búsqueda de sentido tendría un efecto terapéutico de valor incalculable.

De igual manera Frankl especifica que el adicto dentro de su acelerada carrera por encontrar el placer o evitar el dolor desconoce u olvida que el objetivo es encontrar un sentido a la vida, el cual se está en el exterior del individuo, por lo que la meta de la esencia humana no puede hallarse en la Autorrealización, afirmación contraria a la que postulaba Maslow. Solamente en la medida en que el hombre se compromete al cumplimiento del sentido de su vida es en esa misma medida en la que se autorrealiza.

Frankl consideró que el sufrimiento es esencial para el crecimiento personal, por lo que el adicto bien podría usar toda las experiencias adversas que vivenció durante su consumo compulsivo al ser arrastrado hacia situaciones dolorosas que marcan su vida para siempre y de este modo “tocar fondo” para llegar a ser una persona equilibrada.

En síntesis la metodología de intervención se basa en los siguientes puntos:

- 1).- Se realiza el análisis existencial, cuya finalidad consiste en clarificar la propia situación.

- 2).- Se inicia la psicoterapia en la identificación y el manejo de los sentimientos principalmente de miedo, tristeza, enojo y culpa.
- 3).- Se llega al autoconocimiento por la valoración y aceptación del sí mismo.
- 4).- Se efectúa el proceso de autotrascendencia como fuente de salud y dotación de sentido.

Corriente Humanista

Maslow, (1982) con su teoría de la Autorrealización personal, planteó que los adictos, al igual que las personas en general, tienen necesidades psicológicas básicas como sentirse protegidos y seguros, necesidad de un sentido de pertenencia y la necesidad de ser amados.

Indica que la incapacidad para resistir el alcohol, las drogas o la criminalidad radica en la falta de estas satisfacciones psicológicas básicas.

Hace referencia de algunas conductas encaminadas a la Autorrealización entre las que destaca aquella que indica que el ser Autorrealizado exige vivir plena, vívida y desinteresadamente, con una concentración y absorción totales.

Al referirse a las Experiencias cumbre, Maslow describe una investigación emplazada con adictos en 1963, en la que se destaca la importancia de dichas experiencias para la recuperación de los alcohólicos. El estudio sugería que su principal componente es la emoción y que la mayoría de los alcohólicos que alcanzaron la sobriedad las había tenido de manera vívida y clara.

Indica que en ocasiones los adictos confundirán los estados de intoxicación con experiencias cumbre; sin embargo el carácter compulsivo que genera la adicción desvirtúa a las experiencias de intoxicación como conductas sanas de crecimiento.

ENFOQUES EMPIRICOS

En este apartado se especifican dos modelos que han contribuido enormemente al tratamiento de las adicciones.

No ostentan una base metodológica científica sin embargo se trata de modelos que desde hace mas de 70 años han incorporado cada vez un mayor número de usuarios a tratamiento grupal con resultados muy positivos y exitosos (Wallace, 1990).

En estos grupos no se hacen estudios estadísticos, así como tampoco se llevan datos o registros de asistencia ni de recuperación, por lo que no se puede hacer una referencia precisa sobre el impacto real que

este tratamiento surte en el adicto y solamente es posible estimar sus efectos a través de la literatura propia de estas asociaciones (1957).

Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos (AA) es una fraternidad mundial de hombres y mujeres, adictos a las bebidas alcohólicas, que se ayudan mutuamente para mantenerse sobrios compartiendo su experiencia de recuperación con otros que tienen también problemas con su manera de beber (Alcohólicos Anónimos, 1957).

Este programa consiste básicamente en 12 pasos diseñados para la recuperación del sujeto, aunque sus miembros reconocen que AA no siempre es eficaz para todos los alcohólicos, ya que algunos pueden necesitar asesoría o tratamiento profesional.

Algunos de los tratamientos en boga que llevan a cabo centros de internamiento como Monte Fénix u Oceánica (Barriguete, 1996) incluyen en la terapéutica denominada Minnesota la metodología de los doce pasos y las doce tradiciones como un elemento fundamental en el proceso de recuperación. Inciden dichos centros en incluir en la metodología de tratamiento un grupo de Alcohólicos Anónimos que, por medio de “apadrinamientos”, guían al sujeto gradualmente a través de estos doce pasos de recuperación.

Narcóticos anónimos

Narcóticos Anónimos (NA) es un programa de recuperación para aquellas personas que cursan por un proceso de dependencia a sustancias adictivas diferentes al alcohol. Su método de tratamiento está basado en los doce pasos de AA incorporando a adictos que puedan tener problemas personales e interpersonales debido al consumo indiscriminado de drogas, siendo conminadas para asistir a reuniones grupales y convertirse en miembros al considerarse a sí mismos como adictos.

Algunos autores creen que la atención del sujeto en estos grupos es imprescindible. Barriguete considera que el apoyo de AA y NA es indispensable dado que “Entre el terapeuta y los grupos de autoayuda, por diferentes caminos y en diferentes profundidades, se abocaron con el paciente a la tarea de reordenamiento”. En otro apartado refiere: “En realidad es algo difícil, y muchas veces sin resultado, la tarea del psiquiatra para inducir a su paciente a que solicite ayuda de AA, pero

es un requisito para el éxito de la recuperación. El tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico es necesario para el adicto, pero la asistencia a un grupo de autoayuda es indispensable. Así debe verse en la actualidad” (Barriguete, 1996, pág 89). Estas consideraciones hechas por el doctor Barriguete, se sustentan en el conocimiento de que la obsesión del sujeto por la bebida puede aparecer en cualquier momento, por lo que tiene que ser contenida por el grupo que constituye una parte del “equipo” de tratamiento. El hecho de que el adicto sea escuchado por otro adicto dentro de una corriente de empatía, en tanto iguales, le posibilita identificarse como tal y posteriormente descubrir que existen alternativas para salir de su problema.

Wallace (1990), por su parte, alaba las bondades de estos grupos, mencionando que en combinación con el apoyo médico y psicológico destaca como los más exitosos ante cualquier otro método de recuperación.

No obstante sería pertinente que otros reportes dan cuenta de que ha existido recuperación adecuada con otras formas de tratamiento que no incluyen el apoyo de estos grupos de autoayuda (Frankl 1987, Maslow 1982, Ellis 1999).

En todo caso se tiene que considerar que debe existir una amplia gama de alternativas de recuperación que se adecue respectivamente a las características peculiares que ofrece cada problema en lo individual.

ENFOQUE MEDICO-BIOLÓGICO

El enfoque biológico, y en especial el médico (Wallace, 1990) ha hecho un acercamiento bajo la metodología epidemiológica para intentar comprender como se instaura la adicción en el sujeto y como entonces la adicción se yergue como un problema de salud pública (De La Fuente y Kershenovich, 1992).

El modelo biológico, tal y como actualmente se continúa aplicando en la ciudad de Querétaro, especifica tres métodos de acercamiento:

Prevención primaria

En donde se pretende confrontar las adicciones antes de que las sustancias se incorporen al organismo, lo cual se lograría bajo el emplazamiento de actividades informativas y educativas dirigidas a aquellos grupos sociales que se encuentran en situación de riesgo debido a las condiciones de su medio y/o a las características particulares de desarrollo dentro del ciclo vital.

Prevención secundaria

En donde se da tratamiento a aquellas personas que ya entraron en contacto con las sustancias psicoactivas, pero que aun no requieren de una atención intrahospitalaria para su recuperación, pudiendo atenderse en unidades de consulta externa debido a que su enfermedad aun les permite tener una actuación funcional dentro de su medio sociofamiliar.

Prevención terciaria

Este tipo de prevención se aboca a los sujetos que, debido a su avanzado grado de dependencia, tienen que ser atendidos dentro de un medio hospitalario en el que reciben atención especializada en un determinado lapso de tiempo. Su participación en las esferas social, familiar y laboral es disfuncional y por lo mismo son personas que tienden a depender, no solamente de las sustancias sino, de sus propias familias para poder sobrevivir.

Es así como la medicina concibe al fenómeno, considerándolo como una enfermedad progresiva, irreversible y mortal en donde el huésped está representado por el organismo del adicto y el agente por la sustancia psicoactiva.

El consumo constante lo llevará a través de una escala de dependencia inicial, pasando por una fase media hasta llegar a una etapa considerada como grave (DSM-IVTR). Se establece un diagnóstico dependiendo del tipo de sustancia ingerida y de la manera en que afecte sus relaciones sociofamiliares y laborales (Berg y Volpicelli 2000).

ENFOQUE SOCIOLOGICO

La sociología considera que dentro del discurso de las drogas están involucrados factores culturales, económicos e ideológicos que van a dictar los conocimientos, prácticas, creencias, patrones y normas en el consumo de las sustancias psicoactivas, como una de las formas mediante las cuales cobran sentido las relaciones sociales (Navarrete, 1998).

El uso de sustancias ha servido, a lo largo de la historia, como instrumento de control y dominación pero también como entidades que favorecen las relaciones sociales.

Dichas entidades devienen un sentido fundamental para la vida de la comunidad, esto es, significan un orden universal en el que ni la adicción ni la enfermedad, como determinantes científicos, tienen cabida. Por ejemplo las bebidas fermentadas, el aguardiente, el peyote, los hongos alucinógenos y la marihuana, entre otras

sustancias, son una parte de la dinámica cotidiana de algunos grupos sociales que cuando las consumen en exceso y sin motivos rituales ...”no sirven; y estimulan para darse valor, para pedir con más fervor a la Virgencita y que nos haga más caso, para efectuar negocios, para festejar a los recién nacidos y para acompañar junto con nuestro dolor a los muertos” (Navarrete P.S., La Flor del Aguardiente 1998. Pág. 144).

Antonio Escohotado en su estupenda obra Historia general de las drogas, secunda esta opinión y asevera que: “Aunque el efecto resulte parcial y pasajero, engañoso, aunque nada sea gratis, la posibilidad de afectar el ánimo con un trozo de cosa tangible asegura ampliamente su propia perpetuación. En ello se manifiesta la superioridad del espíritu sobre sus condiciones de existencia; y en poder afectar los ánimos mismos reside lo esencial de algunos fármacos: potenciando momentáneamente la serenidad, la energía y la percepción, permiten reducir del mismo modo la aflicción, la apatía y la rutina psíquica. Esto explica que desde el origen de los tiempos se hayan considerado un don divino, de naturaleza fundamentalmente mágica” (Escohotado. A., Historia General de las Drogas 1999. Pág. 13-14).

Además de patentar los efectos sociales e individuales negativos del consumo de sustancias, se deberán destacar también los aspectos simbólicos, que son atribuidos por los miembros de determinada comunidad, desembocando en el significado respectivo de “consumir”. Esta perspectiva sociológica impugna el concepto médico de la adicción como enfermedad.

Conforme el postulado de esta ciencia, es la construcción de significados el componente de las conductas sociales, ya que los individuos interpretarán las señales y significados de su entorno actuando como lo dicten esas líneas de acción, conjuntando dichos símbolos a través de sus relaciones sociales.

Amos Hatch (1985), haciendo referencia a los postulados del Interaccionismo simbólico, manifiesta que: a).- Los seres humanos actúan hacia las cosas, basados en los significados que esas cosas tienen para ellos, b).- el significado de tales cosas es derivado o surge de la interacción social que uno tiene con sus semejantes y c).- esos significados son manejados y modificados mediante un proceso interpretativo usado por la persona en su trato con las cosas que encuentra.

Fernando Tenorio (1991), evocando también la teoría interaccionista, discurre que el control social de las drogas se cubre bajo el confortable manto de una construcción que varía simbólicamente a través del tiempo y el espacio conforme el momento histórico que la sustenta.

Es así como las drogas y el consumo poseen atributos que las estructurarán muy particularmente dada la nueva construcción conceptual y simbólica dando así significación al rito de consumo. (Méndez, 1999).

Indudablemente que no siempre serán éstas, transiciones moderadas o adaptaciones progresivas, sino violentas imposiciones que pueden provocar desfases de un todo conceptual del universo, con lo que las conductas van a perder su primitivo enlace con el rito ya que, en muchos casos, este termina por prohibirse, o es reducido a formas irreconocibles y sin sentido para el entendimiento de los miembros del grupo; ejemplo de ello es el caso de la resignificación que se asignó al consumo de drogas rituales y bebidas fermentadas a la llegada de los españoles a México cuando se prohibió el ritual sagrado por considerar que se trataba de adoraciones y homenajes en honor al diablo, amenazando la Santa Inquisición con castigar severamente, en nombre de Dios, a todos aquellos blasfemos que se descubriera consumiendo sustancias psicoactivas.

Respecto a lo anterior, Víctor Muñoz comenta: “Es entonces que las conductas de consumo, antes sujetas e impregnadas de sentido, quedan a la deriva ya sin anclaje convirtiéndose en potenciales adicciones”. (Muñoz 1995, Pág. 6).

De tal manera lo sagrado se convierte en profano al relajarse conductas rituales que se funden y confunden con el nuevo pensamiento español iniciándose el uso indiscriminado de sustancias de uso nacional e incorporándose otras de importación. Entonces se plantea la pregunta: “Y a todo esto ¿qué es el significado?. Fluye y es arrastrado por la corriente; es difícil asirlo. Un significado al que se añade una serie de indicios se transforma a sí mismo. Ante el mismo acontecimiento una persona obtendrá un modelo y otra, uno completamente diferente; un año después, ambos adoptarán otra vez un aspecto nuevo. El principal problema de la vida social consiste en inmovilizar los significados, puesto que permanecen quietos sólo durante un brevísimo momento”. (Hatch, 1985, pág. 1).

Ante tal movilidad de significaciones, resulta pues que esta referencia sociológica nos permite identificar (inmovilizar momentáneamente)

donde se encuentra, en nuestra actualidad, ubicada la conceptualización del consumo de sustancias, o sea, en el concepto de “enfermedad”.

A través del curso de la historia las adicciones han sido calificadas como: pecado, vicio, delito etc., hasta nuestros días, cuando es concebida como una enfermedad avalada por el método científico. No obstante, conforme a lo anteriormente expuesto, es riesgoso tratar de abordarla en su totalidad exclusivamente a partir de este constructo, dado que resultaría insuficiente para el abordaje, por lo que se deberá ser cauteloso en esta labor considerando también que en la actualidad la creación de nuevas drogas de diseño, el amplio poder de penetración de los medios de comunicación así como el cambio en la dinámica de uso del tiempo libre representa una enorme influencia en el incremento del consumo de sustancias.

Entonces cabría preguntarse ¿durante que tiempo estará vigente esta resignificación de la adicción como una enfermedad?, ¿como será la próxima conceptualización que se observará en el horizonte?.

El cuadro 1 muestra algunas de las características y posibles desventajas de los enfoques y teorías descritas con anterioridad.

Cuadro 1
Enfoques y teorías de abordaje a las adicciones

ENFOQUES Y TEORIAS	CARACTERÍSTICAS	DESVENTAJAS
<p>Psicoanálisis (Freud)</p> <p>Conductismo (B.F. Skinner)</p> <p>Logoterapia (Víctor Frankl)</p> <p>Corriente Humanista (Abraham Maslow)</p>	<p>Da referentes importantes para la comprensión de la dinámica de las adicciones concibiéndolas, no como una entidad patológica sino, como un complejo sintomático que deviene de la etapa infantil del adicto, considerando la gratificación instintiva específicamente a través del principio del placer</p> <p>Se apoya en los principios y la metodología de la psicología experimental para la modificación terapéutica del consumo, a fin de ayudar al usuario a adquirir respuestas mas adaptativas</p> <p>Postula al vacío existencial y a la carencia de sentido como génesis primordial de las adicciones</p> <p>Propone que la incapacidad del sujeto para resistirse al consumo de alcohol y otras drogas radica en la falta de satisfacción de necesidades psicológicas básicas, tales como la necesidad de arraigo y pertenencia y la necesidad de amar y ser amado consiguiendo la Autorrealización al satisfacer estas demandas</p>	<p>La aportación más valiosa es la Fundamentación teórica que da para la explicación de la génesis de las adicciones; sin embargo no ofrece una metodología eficaz específica de tratamiento</p> <p>Trabaja directamente sobre la sintomatología omitiendo abordar a fondo la historia personal del sujeto, corriendo con esto el riesgo de futuras recaídas debido a la falta de adherencia al tratamiento</p> <p>No considera que la adicción representa por si misma un “sentido de vida”, aunque alienante, para el sujeto que se mueve y actúa basándose en su necesidad por consumir la sustancia</p> <p>No toma en cuenta que el proceso de Autorrealización, tal y como lo concibe Maslow, no puede lograrse únicamente a través de la voluntad, ya que existen móviles inconscientes y eventos externos que inciden en el deseo consciente de cambio.</p>
<p>ENFOQUES EMPIRICOS</p> <p>Alcohólicos Anónimos</p> <p>Narcóticos Anónimos</p>	<p>Trabaja con el alcohólico basándose en 12 pasos de recuperación, teniendo como apoyo primordial “un poder superior”, que se consolidan a través de sus sesiones terapéuticas.</p> <p>Funciona bajo los mismos principios de Alcohólicos Anónimos pero enfocando el programa hacia el consumo de otras drogas</p>	<p>Se desconoce el nivel de recuperación de sus agremiados debido a que no se llevan datos que puedan testimoniar el grado de éxito de este programa. Se habla, paradójicamente, de que se forja una dependencia al grupo.</p> <p>Presenta las mismas desventajas que el programa de AA</p>
<p>ENFOQUE MEDICO-BIOLOGICO</p>	<p>Conceptualiza a la adicción como una enfermedad que representa un problema de salud pública e inicia el abordaje a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria</p>	<p>Su concepción es limitada ya que desde la medicina se trabaja el factor orgánico de la adicción pero no el psicoemocional</p>
<p>SOCIOLOGIA</p>	<p>Refiere que los significados varían a través del tiempo y el espacio, por lo que el concepto de adicción no ha tenido la misma connotación que en el pasado ni de una cultura a otra, por lo que su significado solo se encuentra “inmovilizado” brevemente</p>	

Problemática

En los últimos años se han efectuado una serie de investigaciones y estudios enfocados a la identificación del índice del consumo de sustancias adictivas, así como a la prevención y al tratamiento de este fenómeno. Los estudios básicos de comunidad objetivo realizados por el Centro de Integración Juvenil (Encuesta Básica Comunidad Objetivo-CIJ, 2003) y por la Secretaría de Salud (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones-SSA, 99-2003) son muestra de ello: en Querétaro las 4 drogas de impacto en ese año fueron cocaína, marihuana, Inhalables y crack. El mayor número de consumidores tenían edades entre 12 y 17 años y provenían de la educación secundaria; la droga de mayor impacto fue la cocaína y un 73% de los sujetos combinaba alcohol y otras drogas.

Sin embargo, el incremento cada día mayor en el consumo (Encuesta Nacional de Adicciones, 2003), parece indicar que se requiere de un diagnóstico y tratamiento específico que pudieran guiar con más precisión las acciones de intervención respectivas puesto que, solamente a través del mejoramiento de estas dos entidades, es como el abordaje puede resultar más adecuado.

La Encuesta Nacional de adicciones de 2003 fue aplicada bajo la participación de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional Contra las Adicciones. El consumo de sustancias en la región Centro, misma que abarca también a la ciudad de Querétaro, rebasó la media nacional respecto a regiones del país y sexo (Cuadro 2).

Cuadro 2.
Consumo de drogas ilegales por regiones y sexo.

	Alguna vez		Ultimo año		Ultimo mes	
	H*	M**	H	M	H	M
Nacional	11.09	0.87	2.62	0.18	1.78	0.12
Región Norte	12.28	1.14	3.79	0.14	2.89	0.12
Región Centro	12.61	0.96	2.74	0.19	1.64	0.17
Región Sur	5.96	0.29	0.68	0.19	0.56	-----

H*: Hombres

M** Mujeres

Fuente: Encuesta Nacional de adicciones, SSA, 2003

Los datos obtenidos indicaron que la marihuana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con una prevalencia del 4.70% (Cuadro 3).

Cuadro 3.

Consumo por tipo de droga

Tipo de droga	Alguna vez	Último año	Último mes
	%	%	%
Marihuana	4.70	1.03	0.70
Cocaína	1.45	0.45	0.21
Inhalables	0.80	0.15	0.09
Alucinógenos	0.36	0.03	-----
Heroína	0.09	0.02	-----
Cualquier droga	5.27	1.23	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 2003

El uso de cannabis resultó tres veces mayor que el de la cocaína, la cual ocupó el segundo lugar en importancia entre ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables.

Los alucinógenos y la heroína fueron, de acuerdo a esta encuesta, las drogas con menores índices de haber sido usadas; los que las han probado tienden a ser varones de mayor edad.

Los datos muestran un panorama amplio del consumo y el incremento preocupante que bien puede traer además repercusiones sociales negativas asociadas; por ejemplo, la Secretaría de Salud a través del sistema de vigilancia epidemiológica del año 2001(SSA, 2001) indica que el porcentaje de la frecuencia de delitos cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas fue del 45.5% en robos, lesiones a terceros 33.1%, violaciones 3.9%, homicidios 1.8% y otros 14.7%.

Las edades de inicio en el consumo entre los 10 y 14 años a inhalables correspondieron al 77.4%, cocaína 42.6% y tabaco al 42.4%.

Las drogas de mayor impacto fueron: alcohol 37.6%, cocaína 36.5%, marihuana 7.6% y otras sustancias.

Por su parte, el Centro de Integración Juvenil (CIJ, 2001) obtuvo que en 1990 se registraron 4420 ingresos, mientras que en 1999 el total de pacientes solicitantes de tratamiento ascendió a 17155, lo cual representa un incremento anual promedio de 1513 casos entre estos años. Refiere este centro que entre la población atendida a nivel nacional, destaca, en primera instancia, un agudo incremento del consumo de cocaína, con un aumento promedio de 6.5 anuales en la categoría de prevalencia; y de 3.9 puntos en el uso, situándose en 1999 como la sustancia de mayor consumo. Durante los diez años considerados en el estudio, las mayores tasas de prevalencia corresponden, en términos globales, a la marihuana, los solventes inhalables y la cocaína. En menores proporciones se reporta

el consumo de depresores con utilidad médica, heroína, metanfetaminas y alucinógenos.

En otra investigación realizada con el fin de conocer la situación de consumo de sustancias que causan adicción e implementar un programa integral de prevención, la Secretaría de Salud en el Estado y la Dirección de Bachilleres de la Universidad Autónoma de Querétaro, bajo la asesoría del Instituto Nacional de Psiquiatría, realizó la primer encuesta en la población de enseñanza media superior de la UAQ (Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaria de Salud, Universidad Autónoma de Querétaro, 2001). En los datos obtenidos se observan diferencias por sexo en cuanto a las drogas que los estudiantes utilizan con mayor frecuencia. Se encontró que los varones utilizan marihuana como droga de mayor consumo, seguida por cocaína, anfetaminas, tranquilizantes e inhalables; mientras que las mujeres utilizan con mayor frecuencia tranquilizantes seguidos de la marihuana, anfetaminas y cocaína en último sitio.

En la prevalencia de consumo resalta el hecho de que el consumo de “alguna vez” para marihuana es del 6.2% y para cocaína es del 5.0%; para el consumo en el “último año” de marihuana es de 3.2% y para cocaína es de 3.1% y para el consumo en el “último mes” para marihuana es de .9% y para cocaína 1.1% esto indica la preferencia que los preparatorianos están dando al consumo de cocaína.

Estos datos resultan preocupantes ya que muestran el impacto social que el consumo tiene en los diversos sectores vulnerables de la población y, por momentos, existe la impresión de que los modelos preventivos y de tratamiento se ven rebasados fácilmente, siendo apremiante plantear estrategias contundentes bien instrumentadas principalmente en lo respectivo al tratamiento ya que, debido a su elevado costo, se ha dado mayor énfasis al aspecto preventivo, además de que el número de pacientes en recaída es elevado.

La Secretaría de Salud, con base en las últimas investigaciones (2003), señala algunos puntos que ha clasificado como retos identificados que se enumeran a continuación:

- El consumo de drogas está en aumento, no sólo como práctica de experimentación sino también en el uso actual que se asocia al consumo regular.
- El tabaquismo y el uso de alcohol son conductas muy difundidas entre niños y jóvenes que además consumen otro tipo de drogas.

- La mayoría de los que consumen drogas ilegales son hombres jóvenes, pero en algunas poblaciones se está presentando de manera creciente esta conducta entre las mujeres.
- La edad de inicio en el consumo es cada vez más temprana, alrededor de los diez años de edad.
- La marihuana sigue siendo la droga de preferencia en todos los grupos de edad.
- Aumenta y se generaliza el uso de drogas como la cocaína, en grupos que tradicionalmente no la usaban, como niños y jóvenes de pocos recursos.
- De acuerdo con el grupo poblacional, la cocaína o los inhalables ocupan el segundo lugar, aunque estos últimos con una tenencia a disminuir.
- Entre los más jóvenes, el consumo de inhalables es más prevalente que entre los mayores de 18 años.
- Se observa un aumento en el uso de heroína en la zona noroccidental del país, y la aparición de algunos casos en otras regiones.
- Se utilizan sustancias de uso médico pero por sus efectos psicoactivos, como el Refractyl Ofteno (se incrementa su uso de manera inhalada aunque fue diseñado para terapia ocular solamente), el Flunitrazepam (Rohypnol) con sus efectos hipnóticos, así como tranquilizantes y sedantes.
- Surgen nuevas sustancias, drogas de diseño, sin utilidad terapéutica como las metanfetaminas que son usadas por algunos jóvenes.
- Como regiones de mayor riesgo, en el consumo de drogas, destacan la noroccidental, con ciudades como Tijuana y Ciudad Juárez, además de la ciudad de México y Guadalajara en la central.
- Los centros de tratamiento y de urgencias indican que existen indicios preocupantes en el incremento de casos de intoxicación por cocaína y heroína.

Ante estos retos identificados, el gobierno federal (2003) propone una política de salud como respuesta estratégica, la cual incluye diversas sugerencias para el tratamiento y la prevención que deberán ser implementadas a través de las instituciones respectivas basándose en los siguientes principios: que sean de amplio alcance, que se basen en el conocimiento científico, que posean un enfoque integral, que

tengan carácter permanente, que involucren a todos los sectores de la sociedad, que el abordaje sea de calidad, que muestren la suficiente sensibilidad hacia las diferencias culturales de género y a las diversas etapas de la vida, que cuenten con los recursos económicos, materiales y humanos necesarios.

Basada en estos principios la política debe incluir:

- ◆ El contar con un marco institucional adecuado que permita la coordinación y la coherencia de las respuestas.
- ◆ El fortalecimiento y actualización del sistema de información y la difusión de ésta, tanto entre aquellos que toman decisiones en los niveles federal, estatal y local como entre los conductores de programas preventivos o de tratamiento.
- ◆ La difusión de mensajes preventivos a la mayoría de la población a través de los medios masivos, garantizando su coherencia y calidad, para evitar confundir a la población.
- ◆ La distribución de materiales y programas dirigidos a las familias, a los profesionales, a los educadores y a los líderes comunitarios para apoyarlos en sus responsabilidades frente al consumo de drogas.
- ◆ La incorporación de niños, jóvenes, padres de familia y educadores, en el diseño y ejecución de tareas preventivas.
- ◆ La ampliación de la cobertura y calidad de los servicios, así como la promoción de dichos servicios entre la población.
- ◆ El perfeccionamiento y la creación de nuevas estrategias para el tratamiento del adicto.
- ◆ El refuerzo en la cumplimentación de las medidas legales para el control de la disponibilidad y consumo de sustancias adictivas (Secretaría de Salud, 1999-2003).

En esta tesina se retoma el punto referente al perfeccionamiento y la creación de nuevas estrategias para el tratamiento del adicto, como un punto crucial en el que se pretende realizar una aportación que coadyuve a enriquecer las alternativas de tratamiento.

Propósito

El propósito fundamental del programa CECOSAM es el diseño y la aplicación de un conjunto de estrategias con un enfoque ecléctico para el tratamiento de un grupo de pacientes en un centro comunitario de la Secretaría de Salud en el estado de Querétaro con la finalidad de encontrar una alternativa viable que pudiera ayudar al adicto a abandonar el consumo.

Métodología

Sujetos

Los sujetos fueron incorporados al estudio conforme llegaban a solicitar apoyo a la unidad de tratamiento y al mismo tiempo se les aplicaba un instrumento pretest (Cuadro 13). En total fueron 35 usuarios que fluctuaban entre 16 y 50 años de edad; 12 de estos fueron de los llamados “alcohólicos puros” ya que no tenían consumo de otras sustancias, mientras que los otros 23 mantenían consumo de una o más sustancias incluyendo bebidas alcohólicas (Cuadro 4).

Cuadro 4
Consumo de sustancias por sexo

ALCOHOL	DROGAS
7 HOMBRES	21 HOMBRES
5 MUJERES	2 MUJERES
TOTAL: 12	TOTAL: 23

Conforme a la clasificación descrita dentro del enfoque Médico-biológico, el presente trabajo estaría incluido en la segunda instancia, o sea, a la prevención secundaria debido a que los sujetos en tratamiento presentaron las características de funcionalidad propias de esta área.

La metodología del estudio fue de carácter abierto dado que no fue posible reclutar sujetos para la formación de un grupo control.

El estudio incorporó a 7 mujeres y 28 varones con un nivel de escolaridad de educación primaria a profesional y un estatus socioeconómico que oscilaba entre bajo, medio bajo y medio (Cuadros 5 y 6).

Cuadro 5
Nivel académico de usuarios. Inicio de tratamiento

GRADO	No.
PRIMARIA	13
SECUNDARIA	10
BACHILLERATO	8
CARRERA TECNICA	1
PROFESIONAL	3
TOTAL	35

Cuadro 6
Nivel socioeconómico de usuarios

NIVEL	No.
BAJO	11
MEDIO-BAJO	15
MEDIO	9
TOTAL	35

No fue posible hacer una homogeneización del grupo debido a que los sujetos eran incorporados al estudio conforme llegaban a solicitar tratamiento a la unidad de CECOSAM. La antigüedad en el consumo no se determinaba a través del tiempo máximo o mínimo como consumidores, sino por medio del nivel de dependencia en el que se encontraban respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2000).

Conforme a los instrumentos de evaluación aplicados (cuadro 13) se pudo obtener que, al inicio del tratamiento, 20 se encontraban en una fase de dependencia leve, 10 en dependencia moderada y 5 en etapa grave (cuadro 7).

Cuadro 7
Nivel de dependencia de usuarios al
Inicio del tratamiento.

NIVEL DE DEPENDENCIA	
DEPENDENCIA LEVE	20
DEPENDENCIA MODERADA	10
DEPENDENCIA GRAVE	5
TOTAL	35

De acuerdo a los estadios de rechazo-aceptación al tratamiento en el momento de inicio, 15 usuarios se encontraban en la fase de precontemplación, 13 en fase de contemplación, 5 en preparación y sólo 2 en fase de actuación (cuadro 8). Esto significa que la mayoría de ellos no tenían un objetivo claro para intentar abandonar el consumo al no considerarlo como problemático, mientras que casi la otra mitad apenas observaban la posibilidad de iniciar el tratamiento, pero con un sentimiento ambivalente de incorporarse o no a este. En consecuencia ambos grupos presentaban resistencias evidentes para aceptar en plenitud la terapia. Los estadios se puede ver con mayor detalle en el cuadro 12.

Cuadro 8
Estadio de consumo al momento de
Incorporarse al tratamiento

PRECONTEMPLACION	15
------------------	----

CONTEMPLACIÓN	13
PREPARACIÓN	5
ACTUACIÓN	2
TOTAL	35

Escenario

Las actividades profesionales se llevaron a cabo en las instalaciones de una unidad de tratamiento de consulta externa para enfermedades mentales denominada CECOSAM (Centro Comunitario de Salud Mental) perteneciente a la Secretaría de Salud en el estado de Querétaro.

Este centro cuenta con siete instancias de atención a saber:

Clínica de niños
Clínica de Adolescentes
Clínica de Adultos
Clínica de Adultos Mayores
Clínica de Trastornos Alimenticios
Clínica de Pareja y Familia
Clínica de Adicciones.

El personal que conforma la plantilla laboral de esa institución está constituido por 42 elementos entre personal médico y administrativo.

1 Director
1 Coordinador médico
1 Jefe de Enseñanza
1 Administradora
12 Psiquiatras
9 Psicólogos Clínicos
7 Trabajadoras Sociales
7 Enfermeras
4 Responsables de Archivo
3 Secretarias
1 Chofer
2 Vigilantes
2 Intendentes

Las actividades en CECOSAM se desarrollaban a lo largo de dos turnos laborales en un horario matutino de las 7:00 a las 14:00 horas y uno vespertino de las 14:00 a las 21:00 horas.

El tratamiento se efectuó dentro del turno vespertino en donde se encuentra inserta la clínica de adicciones.

El escenario de trabajo estaba conformado por un consultorio bien iluminado de aproximadamente 6 por 6 mts., que consta una cámara de Gessell en donde había una sala de estar, una mesa de centro, un escritorio, una silla, una máquina de escribir, un pequeño librero una planta de ornato y una lámpara de buró.

Este espacio confortable es precisamente en donde se llevaron a cabo las actividades terapéuticas individuales y familiares. Por su parte, la terapia grupal y pláticas didácticas se efectuaron en un salón anexo de usos múltiples.

Actividades terapéuticas

El proceso de tratamiento de los adictos constaba de cuatro componentes de intervención a saber: terapia individual, terapia grupal, terapia familiar y pláticas didácticas. Cabe señalar que la integración de este conjunto de terapias incidió en un nivel más amplio de manera ecléctica en la dinámica adictiva del paciente.

La programación de actividades terapéuticas se enfocó en el turno vespertino, tal y como se mencionó con anterioridad, ya que un noventa por ciento de los pacientes desempeñaban actividades por la mañana además de que a los familiares también les resultaba viable acudir a las sesiones por la tarde.

Las instancias terapéuticas estaban constituidas de la siguiente forma:
Terapia Individual

La terapia individual tenía una duración de 1 hora, previa programación agendada.

El tiempo de tratamiento se extendió a lo largo de seis meses, iniciando en el mes de junio y culminando en el mes de noviembre del mismo año de aplicación.

Durante este lapso se implementaron 528 sesiones de terapia individual, 24 pláticas para el grupo de pacientes, 48 sesiones de terapia familiar múltiple y 48 sesiones de terapia grupal (Cuadro 9).

Cronograma de actividades terapéuticas

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBR	TOTAL
TERAPIA INDIVIDUAL	88	88	88	88	88	88	528
TERAPIA GRUPAL	8	8	8	8	8	8	48
TERAPIA FAMILIAR	8	8	8	8	8	8	48
PLATICAS A GRUPO	4	4	4	4	4	4	24

La terapia individual tuvo como finalidad, ayudar al paciente a tomar una mejor conciencia de la problemática que presentaba por mantener una dependencia a una o más sustancias adictivas.

Se le mostraron nuevos estilos de vida que le servirían para incrementar su bienestar físico, mental y social al conseguir la abstinencia total o, en su caso, la abstinencia parcial en el consumo.

Al no existir una terapéutica creada ad hoc para el tratamiento de las adicciones la orientación tuvo que plantearse desde el amplio espectro en donde incidieron técnicas tomadas de la teoría gestal, la logoterapia, terapia racional-emotiva y/o terapia de Autorrealización, dependiendo del estado psicoemocional en el que se encontraba el usuario a consecuencia de la abstinencia y de los conflictos que mantenía en su vida cotidiana.

En la mayoría de los casos, la abstinencia se caracterizaba por un estado depresivo y una insoportable sensación de vacío. El sujeto reportaba sentirse abrumado y perplejo en su estado afectivo y con una impostergable necesidad de droga.

Con frecuencia, el adicto mostraba dificultad para entrar en contacto con sus sensaciones y emociones (Perls, 1980) teniendo como consecuencia una disociación entre sus afectos y su actuación sensoriomotriz.

La intervención terapéutica, en todo caso, tenía por objeto servir inicialmente como un medio de contención para modular las sensaciones displacenteras del paciente (Musacchio, 1996), ayudándole a ganar control sobre su obsesión por el consumo y la compulsión a la repetición de conductas tendientes a mantener su dependencia.

Posteriormente se le ayudaba a obtener un control adecuado de sus mecanismos defensivos, elaborados durante años para poder sobrellevar y justificar su comportamiento impulsivo (Szasz, 1972).

Del mismo modo se le hacía ver lo erróneo del uso de fantasías y creencias ilusorias e irracionales que utilizaba para mantener su autoestima (Ellis, 1999)).

En este momento del tratamiento el sujeto podía ya mantener una experiencia de unificación y cohesión entre su estado afectivo y emocional pudiendo incorporar respuestas más coherentes y funcionales en su medio sociofamiliar (Maslow, 1982).

Finalmente el adicto podía ya plantearse un proyecto de vida orientado hacia la mejora personal y familiar basado en un sentido de vida distinto al que le representaba el consumo de sustancias (Frankl 1987).

Terapia Grupal

La terapia grupal se llevaba a cabo los días lunes de las 19:00 a las 21:00 horas, y viernes de las 20:00 a las 21:00 horas (Cuadros 9 y 10).

Se consideró que las sesiones de terapia grupal deberían ser implementadas en lunes y viernes dado que los fines de semana son un espacio crítico para el adicto ya que son los días en que existe un alto riesgo de recaída al no tener actividades laborales y mantener convivencia con otros adictos.

Cuadro 10

Cronograma de actividades terapéuticas

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
2:00-3:00	TERAPIA INDIVIDUAL				
3:00-4:00	TERAPIA INDIVIDUAL				
4:00-5:00	TERAPIA INDIVIDUAL				
5:00-6:00	R	E	C	E	S O
6:00-7:00	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA INDIVIDUAL
7:00-8:00	TERAPIA GRUPAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA INDIVIDUAL	PLATICAS A GRUPO
8:00-9:00	TERAPIA GRUPAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA GRUPAL

En esta se incluyeron a todos los sujetos en tratamiento apareciendo confesiones catárticas e historiales de vida en los que se destacaban las situaciones adversas que ocurrieron en sus vidas del, sirviendo como experiencias punitivas, que le llevaban a tocar un "fondo de sufrimiento" obligándolo a detener, acaso momentáneamente, su obsesión de consumo y pedir ayuda.

El grupo contaba con una participación de los sujetos en donde se abordaba, como se mencionó con anterioridad, su problemática a través del análisis, discusión y tratamiento terapéutico. La información vertida en el grupo servía como aprendizaje grupal al ver reflejada su propia imagen a través de la identificación y la catarsis facilitadas a través de dinámicas participativas de grupo (Vopel, 1995).

El grupo se ha convertido en la actualidad en un espacio idóneo para la acción terapéutica (Vopel, 1995) siendo que representa un contexto social en el que se favorece el aprendizaje y el cambio personal resultando una herramienta flexible a la disposición de diversos objetivos y modelos terapéuticos.

La experiencia de grupo permite evaluar una serie de comportamientos que el individuo presenta en el ámbito social como la habilidad para solucionar problemas, conflictos interpersonales, relaciones de amistad, actitud ante la autoridad etc. De la misma manera le facilita la expresión de sentimientos y emociones en un ámbito controlado que le proporciona seguridad.

El trabajo grupal evoca la capacidad de comprender y reestructurar el propio modo de pensar y actuar, derivando en una mayor claridad en la percepción de sí mismo y de los otros, además de reforzar la habilidad para eficientar el comportamiento y las relaciones interpersonales.

La terapia grupal fue uno de los pilares fundamentales en el tratamiento. Se amalgamó un conjunto de estrategias terapéuticas que permitieron al individuo ponerse en contacto consigo mismo teniendo un conocimiento mas claro de sus necesidades, un mejor manejo en su toma de decisiones y una mayor tolerancia a la frustración; es entonces cuando la psicoterapia grupal constituyó un valioso apoyo psicológico que le brindó la posibilidad de tener una perspectiva diferente de su ser.

La terapia dependió, en gran medida, del efecto catártico de la confesión pública en la que cada paciente participaba conforme su propio historial de vida. Sin embargo, esto no era suficiente para

provocar cambios permanentes si la problemática no era elaborada en el momento preciso.

No obstante, el “darse cuenta” no se efectúa de manera inmediata y automática, sino que se presenta como el resultado gradual de un proceso que puede ser descrito en sus momentos más significativos.

La terapia grupal fue de corte directivo, utilizando un abordaje ecléctico de amplio espectro que constaba de estrategias tales como psicodrama, terapia gestal, terapia racional emotiva, programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (A. A., 1957) y teniendo siempre una programación previa de temas y actividades (Cuadro 10) que dependían de las necesidades surgidas en el grupo.

Terapia Familiar

La terapia familiar se implementó todos los martes de 19:00 a 21:00 y miércoles de 18:00 a 20:00 hrs. (Cuadro 9 y 10).

Aquí se organizaba el tratamiento a través de la terapia familiar en la que se incorporaban las familias de los usuarios permitiendo al terapeuta interactuar, brindando información didáctica sobre la epidemiología de la adicción y el rol de los miembros familiares ante el comportamiento del adicto, así como evidenciar a través de diversas dinámicas (Vopel, 1995) los patrones interactivos adversos con los que respondía la familia.

El terapeuta dirigía especial atención hacia la disminución del estrés familiar y la modificación de dichas interacciones entre los miembros familiares. Se pensó que no sería posible comprender al sujeto sin ver el lugar que ocupó la familia en la génesis de la adicción, así como las consecuencias que tendría para el grupo familiar el comportamiento del adicto (Hoffman, 1998).

La familia fue contemplada como un sistema en el que, frecuentemente, el consumidor actuaba como un elemento regulador en nombre de la estabilidad familiar mostrándose ante esta como un problema difícil de resolver.

Era evidente que muchas familias buscaban solamente un paliativo temporal a su dolor del momento ya que conforme avanzaba la terapia evadían comprometerse para lograr cambios tangibles y permanentes. Cifradamente, la familia podía decir: “aquí está mi enfermo, arréglenlo para que se porte buen chico pero no nos pidas que cambiemos”. El trabajo con un “chivo expiatorio” es difícil ya que, si el terapeuta entra

en este juego corre el riesgo de entrar en la trampa provocando también su propia caída.

Se hacía necesario pues, hacerles ver que el cambio se lograría de manera perdurable y con mayor éxito si se incorporaba al tratamiento el mayor número posible de integrantes familiares, apegándose y confiando en el “anillo exterior” familiar (Hoffman, 1981), esto es, el medio profesional e institucional que podían influir poderosamente sobre la familia en su trabajo con el paciente.

Del mismo modo se implementaron pláticas a la familia para mostrarles la manera en que habían contribuido para fomentar o mantener el consumo por medio de diversas conductas de codependencia.

Pláticas a Grupo

Las pláticas a grupo se impartían todos los viernes de 19:00 a 20:00 tomando una hora inicial previa a realizar la terapia grupal propiamente dicha (Cuadro 9 y 10).

El terapeuta introducía los temas respectivos (Cuadro 11), para que a través de la discusión, del análisis y de la reflexión, se propiciase un aprendizaje cognitivo que les ayudara a tener más conciencia de su dependencia.

Cuadro 11

Temas para pláticas a grupo y terapia grupal

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO
1.-PREVENCION DE RECAIDAS	Conflictos interpersonales, Estados emocionales negativos, Estados físicos negativos, presión social.	Evitar posibles recaídas
2.-EPIDEMIOLOGIA DE LA ADICCION	Experimentación, Abuso, Dependencia inicial, media y avanzada de sustancias.	Que el adicto ubique el nivel de dependencia que posee al momento del tratamiento.
3.- DAÑOS QUE PROVOCAN LAS SUSTANCIAS	Daños orgánicos y daños psicológicos	Que el usuario identifique los daños mentales y orgánicos que las sustancias le han causado o pueden causar.
4.- ADICCION Y FAMILIA	Codependencia e historial de vida familiar	Que el usuario se dé cuenta de los daños causados a la familia por su adicción, así como los referentes familiares que influyeron en su conducta de consumo.
5.- GUIONES PARA EL CONSUMO	El consumo como pretexto para: relajarse, para relacionarse, para adquirir seguridad, para evitar o enfrentar situaciones adversas.	Que el adicto descubra cual es el guión que usa como motivo para drogarse y en lo futuro evite practicarlo.
6.- TECNICAS DE RELAJAMIENTO (ANSIEDAD)	Relajamiento progresivo, Fantasía guiada.	Que el usuario aprenda a relajarse ante las situaciones estresantes de su vida cotidiana.
7.- MECANISMOS DE DEFENSA	Negación, proyección, racionalización	Hacer consciente al adicto acerca de los mecanismos de defensa que utiliza para “defender” su adicción.
8.- ENFERMEDADES		Evidenciar los riesgos que conllevan las relaciones sexuales

SEXUALMENTE TRASMISIBLES	Enfermedades venéreas, SIDA	indiscriminadas asociadas al consumo.
9.- PROYECTO DE VIDA	Proyecto personal, proyecto familiar, proyecto social y proyecto laboral.	Que el usuario elabore un plan de vida a futuro a partir del inicio de su tratamiento.

Las pláticas tuvieron como objetivo que el usuario identificara el lugar en el que se encontraba respecto a su proceso de adicción y a la manera en que tendía, consciente o inconscientemente, a negar o a encubrir este hecho.

El consumidor que acudía en busca de ayuda no tenía una conciencia clara de su adicción y en consecuencia no se reconocía como adicto.

Por tal motivo fue necesario transmitirle información, en un léxico entendible, que le permitiera tener un conocimiento de las posibles causas, efectos y consecuencias de su consumo observando la progresividad del mismo.

El paciente debía asumir plenamente su estatus adictivo para evitar ser estigmatizado y señalado como "vicioso" al no responsabilizarse de su dependencia, teniendo amplias posibilidades de recuperación conforme su propia aceptación se lo permitiera.

Se le especificaban las consecuencias de su consumo para que cayera en cuenta de su actuación relacionada con su grupo familiar.

Como se podrá apreciar en el cuadro 11, cada una de estas pláticas contenía determinados subtemas, mismos que perseguían un objetivo preciso relacionado con la problemática que presentaba el sujeto.

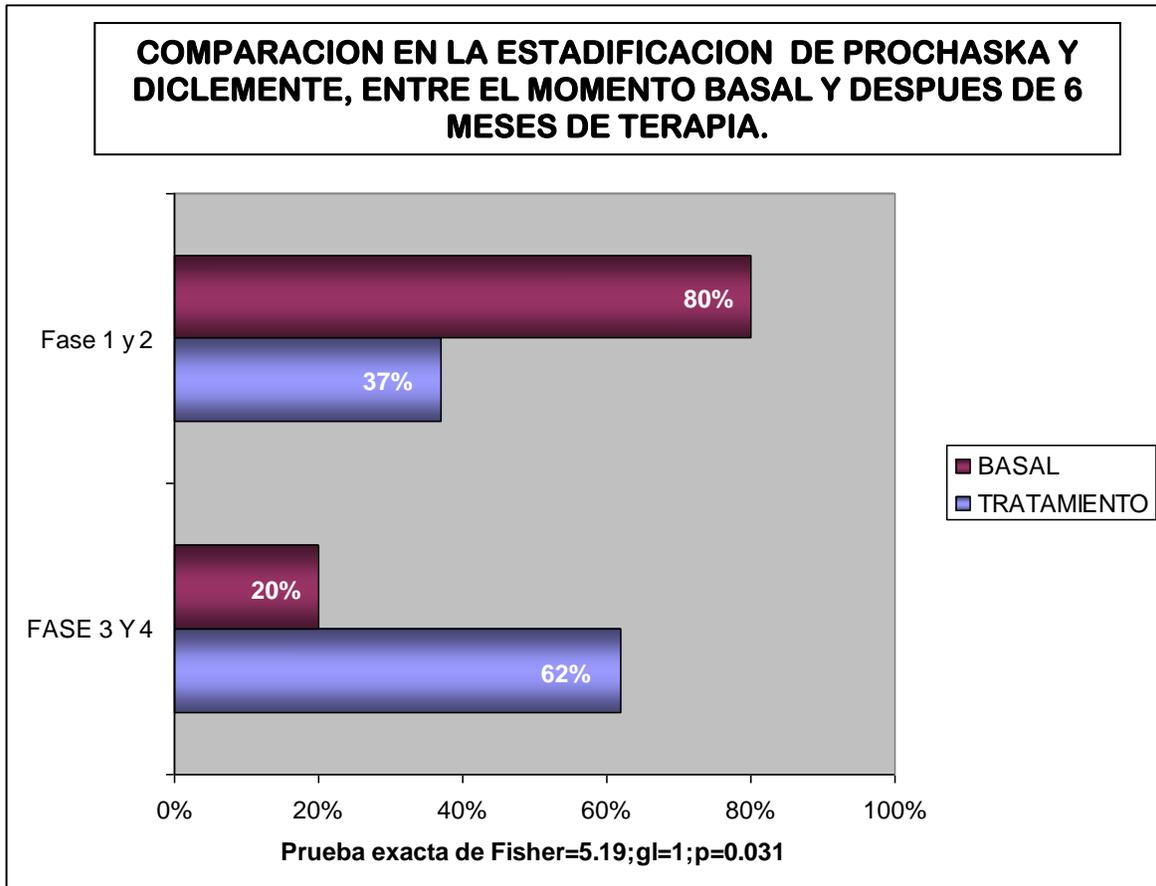
Los temas aquí tratados se retomaron a su vez del modelo terapéutico Minnesota en el que se proponen estos como significativos en el proceso de recuperación (Barriguete, 1996).

Dentro de esta diversidad de temas fue el de Prevención de recaídas al que se dio una relevancia más significativa, por ser una de las bases fundamentales para la obtención de la remisión total sostenida del paciente. La implementación de estas pláticas no necesariamente conllevaba un orden preciso por no considerarlo de importancia en su efecto didáctico.

Análisis y conclusiones

A fin de comprobar el nivel de significancia estadística se utilizaron las pruebas χ^2 cuadrada de Pearson y Prueba exacta de Fisher obteniéndose un nivel de significancia de .005 y de 0.031 respectivamente tal y como se muestra en la figura 3 y en el cuadro 14.

Figura 3



Cuadro 14

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	25.843 ^a	9	.002	.005		
Razón de verosimilitud	29.931	9	.000	.000		
Estadístico exacto de Fisher	22.113			.000		
Asociación lineal por lineal	10.747 ^b	1	.001	.001	.000	.000
N de casos válidos	35					

a. 15 casillas (93.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .17.

b. El estadístico tipificado es 3.278.

Los resultados obtenidos al término de la aplicación del tratamiento arrojaron los siguientes datos:

Después de 6 meses de haberse iniciado, el 62% de los sujetos respondieron favorablemente al tratamiento logrando mantenerse en abstinencia total sostenida 14 de estos, cuatro en abstinencia parcial y uno que cambió positivamente su estilo de vida aún cuando no abandonó el consumo (cuadro 15).

Cuadro 15
Porcentaje de recuperación después de la aplicación
Del programa CECOSAM

NIVEL DE RECUPERACION		
REMISION TOTAL	17	50%
REMISION PARCIAL	4	10%
CAMBIOS EN DINAMICA SOCIOFAM	1	2%
DESERTAN	13	38%
TOTAL DE RECUPERADOS	22	62%

Vale destacar que los usuarios que se mantuvieron, tanto en remisión parcial como en remisión total, también promovieron cambios sustantivos en su estilo de vida (ver cuadro 16).

Al hacer referencia a una mejora en el estilo de vida del sujeto se quiere decir que existió:

- ❖ Una franca reducción en el consumo de sustancias.
- ❖ Remisión del uso de alguna sustancia cuando consumía más de una de estas
- ❖ Mejora en las relaciones familiares:

Con la pareja e hijos

Con la familia de origen(padres).

- ❖ Mejora en sus relaciones laborales:
Incorporándose a una actividad laboral lucrativa

Perdurando en el empleo

❖ Dejar de frecuentar ámbitos y personas relacionadas con el

Consumo.

❖ Incorporación a actividades académicas

Cuadro 16

Cambios en estilo de vida

SUJETO	SEXO	SUSTANCIA DE CONSUMO	NIVEL DE DEPENDENCIA	TRATAMIENTO ANTES DEL			DESPUES DEL TRATAMIENTO		
				Frecuencia De consumo	Actividad Laboral y/o académica	Dinámica familiar	Frecuencia De consumo	Actividad Laboral y/o académica	Dinámica familiar
1	H	alcohol	leve	1 ves/mes	Abandona Estudios	Conflictos con Padres	Remisión total	Retoma Estudios	Mayor tolerancia
2	H	alcohol	leve	2 ves/semana	Trabaja	Mal abastecedor Afectivo y \$	Remisión total	Trabaja	Incrementa abastecimiento Afectivo y \$
3	H	alcohol	leve	2 ves/semana	No trabaja No estudia	Conflictos con padres	Remisión parcial 1 ves / mes	Trabaja	Mayor tolerancia Con padres
4	H	alcohol	grave	Diario	No trabaja	Violencia familiar física y psicológica	Diario	No trabaja	Remisión de violencia física y psicológica
5	H	alcohol	leve	3 ves/semana	Trabaja	Dinámica familiar funcional	Remisión total	Trabaja	Dinámica familiar funcional
6	M	Alcohol	Leve	2 ves/semana	Trabaja(faltas frecuentes)	Mal abastecedor \$	Remisión total	Regula asistencia laboral	Incrementa Abasto \$
7	M	Alcohol	Leve	3 ves/semana	No trabaja	No aporta \$	Remisión total	Trabaja	Buen Abasto \$
8	M	Cocaína base	Moderada	2 ves/semana	Trabaja (subempleo)	No aporta \$	Remisión total	Trabaja (subempleo)	Buen abasto \$
9	H	Marihuana y cocaína	Leve	2 ves/semana	Trabaja	Dinámica familiar funcional	Remisión total	Trabaja	Dinámica familiar Funcional
10	H	Cocaína base	Leve	2 ves/semana	Trabaja (subempleo)	No aporta \$	Remisión total	Empleo permanente	Buen Abasto \$
11	H	Marihuana, cocaína y rohypnol	Moderada	4 ves/semana	Trabaja (subempleo)	No aporta \$	Remisión total	Trabaja (subempleo)	Buen Abasto \$
1	H	PVC y thinner	Leve	2	No trabaja	No aporta	Remisión	Trabaja	No aporta \$

2				ves/semana		\$	total		
13	H	Marihuana y cocaína	Leve	3 ves/semana	Trabaja (subempleo)	No aporta \$	Remisión total	Trabaja (subempleo)	No aporta \$
14	H	Cocaína	Moderada	4 ves/semana	Trabaja (subempleo)	No aporta \$	Remisión parcial 1 ves/mes	Trabaja (subempleo)	No aporta \$
15	H	Cocaína base	Leve	1 ves/semana	Trabaja(faltas frecuentes)	Mal abastecedor \$	Remisión total	Regula Asistencia Laboral	incrementa abasto \$
16	H	Cocaína y ribotril	Leve	2 ves/semana	No trabaja	Violencia Familiar Física	Remite consumo de cocaína	No trabaja	Remite violencia Física
17	H	Cocaína y peyote	Leve	1 ves/quincenal	Estudia	Dinámica familiar funcional	Remisión total	Estudia	Dinámica familiar funcional
18	H	PVC	Leve	1 ves/semana	Estudia	Conflictos con padres	Remisión total	Estudia	Mejora relación con padres
19	H	Anfetaminas y marihuana	Leve	2 ves/semana	Trabaja	Figura paterna ausente	Remisión total	Trabaja	Dinámica familiar Funcional
20	H	Marihuana	Leve	3 ves/semana	Estudia	Conflictos con padres	Remisión parcial 1 ves/mes	Estudia	Mejora relación Con padres
21	H	LSD	Leve	1 ves/quincenal	Estudia	Dinámica familiar funcional	Remisión total	Estudia	Dinámica familiar funcional
22	H	Opioides(nubain)	Grave	3 ves/semana	No trabaja	Figura paterna ausente	Remisión total	No trabaja	Presencia familiar

Uno de los aspectos relevantes es que se conceptualizó como paciente recuperado no únicamente a quienes habían logrado una remisión total permanente de la sustancia, sino que también aquel que logró cambios en su estilo de vida laboral, familiar y como consumidor tal y como podemos apreciar en los cuadros 15 y 16.

Se consideró que si se aplicaba el criterio de abstinencia de manera aislada en el consumo de la sustancia sería limitado debido a que el fenómeno, como se mencionó con anterioridad, posee aspectos que implican un entendimiento y abordaje muy peculiares considerando que el consumo es acompañado por un desajuste en las áreas socioafectivas del sujeto, mismas que pudieron haberse manifestado desde antes de que iniciara el consumo activo.

En referencia a los consumidores que se mantuvieron en abstinencia total sostenida desde un inicio (Cuadros 15 y 16), se obtuvo que el mayor número de pacientes provenía de la etapa de contemplación según la escala de Prochaska y Diclemente; sin embargo el 100% de los provenientes de las etapas de preparación y actuación respectivamente, lograron mantenerse sin consumo de sustancias.

Este puede ser un indicador que nos señala que, a mayor determinación y voluntad por parte del sujeto para salir de la adicción, se incrementa la posibilidad de un resultado exitoso.

Es de la etapa de Precontemplación de donde deviene el número mayor de deserciones. Consideremos que esta etapa se caracteriza porque los sujetos no tienen “conciencia de enfermedad”, se resisten naturalmente al tratamiento y comúnmente son derivados ya sea por sus familias o por instituciones como la Procuraduría General de la República a otros centros de reinserción social de manera obligada.

Albiach (2000), por ejemplo refiere que en el tratamiento con heroínómanos la “adherencia” al tratamiento se da a partir de la etapa de preparación, cuando ya existe una determinación más firme del adicto por abandonar el consumo. Considera este autor que esto se debe a que la heroína es una droga sumamente adictiva o “dura”, pero también cree que en drogas menos duras como la marihuana o el tabaco los resultados pueden darse a partir de las etapas de precontemplación y contemplación.

En el estudio al que este autor hace referencia observa que los sujetos que se incorporaron a tratamiento mantenían un nivel adictivo que fluctuaba entre dependencia media a avanzada constituyendo este punto un factor determinante para no lograr un número mayor de recuperados.

La mayoría de los sujetos (20) mantenían un nivel de dependencia leve (cuadro 7) lo cual indica que tuvieron mayores posibilidades para alcanzar la recuperación en razón de que aún mantenían nexos con un núcleo laboral y/o familiar al no haber perdido en su totalidad a su familia y tener al menos un subempleo temporal. Se sabe que los sujetos que cursan con dependencia avanzada difícilmente logran mantener nexos funcionales con dichos núcleos.

Cabría incluir en estudios posteriores la posibilidad de implementar el programa CECOSAM con sujetos exclusivamente con adicción grave para observar las modificaciones que pudiesen presentar en el consumo y estilo de vida.

No obstante, tal y como se puede observar en el cuadro 16, los dos sujetos que se mantuvieron hasta el final en el tratamiento y que tenían un diagnóstico de dependencia grave obtuvieron sendos cambios: uno, logrando la remisión total del consumo y haciendo una mayor presencia familiar al interactuar más dinámicamente con esposa e hijos. Otro, aunque no logró abandonar el consumo de alcohol dejó de ejercer violencia en esposa e hijos.

La voluntad de recuperación se veía rebasada por la obsesión y la compulsión en el consumo, por lo que aún cuando 13 pacientes tenían el “firme propósito” de abandonarlo tuvieron recaídas, dramáticas en algunos casos, que les conllevaron a continuar con sus antiguos estilos de vida como consumidores.

Cuadro 17
Estadio de consumo y nivel de recuperación de usuarios al término del tratamiento.

<i>ESTADIO</i>	REMISION TOTAL	REMISION PARCIAL	CAMBIOS EN DINAMICA FAMILIAR	DESERTORES
PRECONTEMPLAC.	4	2	1	8
CONTEMPLACION	6	2	0	5
PREPARACION	5	0	0	0
ACTUACION	2	0	0	0
TOTAL	17	4	1	13

No fue posible obtener conclusiones determinantes acerca de la influencia que tuvo el nivel socioeconómico en la recuperación, dado que se trató de una muestra muy pequeña que arrojó datos muy generales que no son concluyentes, pero cabe señalar que el consumo no es privativo de la clase baja.

En relación al nivel de escolaridad, se obtuvo que el mayor número de usuarios que se mantuvieron en abstinencia provenía de escuela secundaria y primaria (Cuadro 18).

Cuadro 18
Nivel Académico de usuarios. Fin de Tratamiento.

GRADO	No.
PRIMARIA	7
SECUNDARIA	8
BACHILLERATO	6
CARRERA TECNICA	1
PROFESIONAL	0
TOTAL	22

Aunque no se tenía como prioridad el indagar el “comportamiento” de las sustancias, se pudo constatar que los datos encontrados sobre el lugar que ocupan las diferentes drogas de consumo en los sujetos, se correlacionaron con los datos reportados en la Encuesta Nacional y en el SISVEA (Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones), ocupando el primer lugar la marihuana, segundo la cocaína y tercero los inhalables tal y como se podrá observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 19
Drogas de mayor consumo

DROGA	No
MARIHUANA	14
COCAINA	12
INHALABLES	5
ROHYPNOL	2
HEROÍNA	1
OTRAS	5

Se encontraron dos resultados convergentes, pero también preocupantes entre los datos encontrados en el grupo en tratamiento y los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2003.

El primero es que la cocaína ocupa ya, al igual que en otras regiones de la República, el segundo lugar en consumo y como droga de impacto.

Cuadro 20
Droga de mayor impacto y forma de consumo

DROGA DE IMPACTO	No. DE CONSUMIDORES
COCAINA	12
FORMA DE CONSUMO	
INHALADA	5
FUMADA	4
INYECTADA	1
COMBINADA	2

El otro es que, esta sustancia conlleva alta peligrosidad debido a su elevado poder adictivo y a las maneras en que puede ser consumida, incluyendo la forma inyectada. En el pasado esta práctica no era de uso común entre los consumidores mexicanos, pero en la actualidad se incrementa día tras día con el consecuente peligro de que

favorezca la proliferación una de las enfermedades mas devastadoras de nuestro tiempo: el SIDA.

Se puede decir que el programa CECOSAM tiene los atributos metodológicos, predictivos y terapéuticos suficientes como para constituir una alternativa viable en el tratamiento de adictos a sustancias psicoactivas ya que permite forjar una herramienta adecuada que reduce el índice de recaídas en el sujeto en recuperación, considerando que el mayor porcentaje de recuperados mantenían una dependencia leve además de que ya existía en ellos una mayor conciencia de su problema y una mayor determinación para iniciar tratamiento.

Por otra parte el programa no ha podido comprobar a través de este estudio su efectividad plena con aquellos sujetos con dependencia grave que aún no han considerado la posibilidad de un tratamiento de recuperación.

Se parte del concepto de recuperación considerando, además del criterio biologicista de remisión total sostenida, también los cambios que la persona logra en sus estilos de vida en función a su interacción sociofamiliar, laboral y académica. Este concepto da una dimensión más amplia al abordaje permitiendo que el tratamiento pueda incidir más holísticamente en el sujeto.

Es evidente que, al tratar de abordar las adicciones desde un puro enfoque, el campo de acción para el tratamiento se torne limitado. Esto ha ocurrido, en cierta medida, con la medicina que se ha visto imposibilitada para dar alternativas de tratamiento viables al adicto fuera de la terapéutica de desintoxicación (Barriguete, 1996) y, en menor medida, creando medicamentos para reducir la obsesión del consumidor (Berg y Volpicelli, 2000).

La metodología práctica y el bajo costo del programa permitirían que se implementaran grupos de tratamiento en consulta externa institucional o extrainstitucional, que paralelamente a otros programas formaran parte del arsenal tan necesario para hacer frente a este problema de nuestra actualidad que crece día con día.

Es importante subrayar algunas observaciones referentes a las limitaciones que presentan las alternativas terapéuticas aquí presentadas en el abordaje (cuadro 1) ya que estas limitaciones tendrán que ser remontadas para así obtener mejores logros para la recuperación del sujeto adicto:

En el caso de la teoría psicoanalítica se podría decir que ha aportado más en razón de su discurso teórico que en sus herramientas para la

rehabilitación del adicto ya que su abordaje clínico se centra básicamente en la interpretación de las conductas, el complejo de Edipo y en la infancia del sujeto, dejando a la zaga, su incontenible y voraz obsesión y compulsión debido, en parte, a la deficiente capacidad de insight que le caracteriza.

En referencia al conductismo, el hecho de que para esta teoría no tenga una relevancia definitiva el historial de vida del sujeto, así como tampoco los móviles inconscientes que bien pudieran servir como indicadores de la sintomatología presente, coloca a dicha teoría ante una situación vulnerable debido a que con bastante frecuencia el consumo representa el síntoma de una problemática que puede tener un trasfondo muy complejo en el que se requiere un abordaje más estructurado a fin de evitar recaídas futuras.

Respecto a la Logoterapia, una posible crítica que se podría anteponer a este planteamiento consiste en el hecho de que Frankl no consideró que la adicción constituye per se, ya un sentido de vida, aunque un sentido de vida alienante; sin embargo esto no quita que el adicto actúe conforme es motivado por el deseo impostergable de la sustancia y que realice actividades tendientes a mantener su dependencia interactuando con su medio con un estilo de vida deficiente, pero en muchas ocasiones funcional. Maslow ha realizado algunas críticas relevantes relativas a esta teoría pero valdría la pena enfatizar que la "Autorrealización" tal y como la concibe Maslow no siempre puede ser llevada a cabo por el sujeto, principalmente cuando se trata del adicto, puesto que su poder de elección se encuentra alienado y al servicio de la necesidad de satisfacción inmediata por consumir la sustancia.

En referencia a los grupos de autoayuda entre las críticas más frecuentes que han recibido se encuentra aquella que impugna la dependencia que genera el grupo como una suerte de desplazamiento hacia otros niveles de la relación interpersonal que aleja al sujeto de los objetivos principales que tiene dicho grupo. O también el problema que representa para aquellos sujetos que no comulgan con la idea de la fe y la religiosidad como una forma de ayuda para superar el problema. De igual modo, las personas que tienen dificultad para interactuar con grupos debido a problemas en su capacidad para forjar relaciones interpersonales, no serán precisamente los candidatos idóneos para vivenciar este tipo de tratamiento.

Es por esto que el método de abordaje para atender y entender al adicto sugiere que las adicciones conforman una amalgama, una

entidad multipolar que se va resignificando espacio-temporalmente, tornando sumamente difícil inmovilizar su dinámica aunque sea específicamente para emplazar el tratamiento.

Es preciso considerar que los resultados podrían ser contrastados posteriormente por aquellos investigadores interesados en el tema a través de un grupo control y los análisis estadísticos respectivos cuyo nivel de confianza aumentará proporcionalmente al tamaño de la muestra principalmente con sujetos que dependan de una o mas sustancias de manera grave y, que como consecuencia, mantengan una relación nula o disfuncional con su entorno sociofamiliar.

Bibliografía

Albiach, C. (2000). Adherencia en Heroinómanos: La Potencia Predictiva de los Estadios de Cambio. Barcelona, España: Revista Adicciones Vol. 12 No. 2. Edit. Socidrogalcohol.

Alcohólicos Anónimos. (1957). A. A. Llega a la mayoría de edad. México: Central mexicana de servicios generales de A.A.

APM. (2000). Trastornos por abuso de sustancias. México: Traducción de la American Psychiatric Association.

Barriguete, A. (1996). Lo que el vino se llevó. México: Grijalbo.

Berg, B. J. y Volpicelli J.R. (2000). Valoración Riesgo-Beneficio de la Naltrexona en el Tratamiento de la Dependencia Alcohólica. México: Revista Informativa. Armstrong Laboratorios de México S.A. de C.V.

Braunstein, N. A. (1990). Deseo. México: Siglo XXI

Centros de Integración Juvenil. (2003). Estudio Base de comunidad objetivo. México: Ediciones del CIJ.

DSM- IV TR. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: APA.

De La Fuente, R. y Kershenovich D. (1992). El alcoholismo como problema médico. México: Revista de la Facultad de Medicina, Vol. IV, No. 6.

Ellis, A. (1999). Una Terapia breve más profunda y duradera. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Escohotado, A. (1999). Historia general de las drogas. España: Espasa Calpe.

Frankl, V. (1987). Psicoterapia y Humanismo. México: Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1980). Estudios sobre la histeria. Tomo II. Argentina: Paidós

Freud, S. (1980). Recuerdo, repetición y elaboración. Tomo XIV. Argentina: Paidós.

Glover, E. (1949). Psicoanálisis. Londres, Inglaterra: Staples Press

Hatch, A. J. (1985). Métodos naturalísticos en investigación educativa. Querétaro, México: Ponencia presentada en el CIIDET.

Hoffman, L. (1998). Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de cultura económica.

INP y SSA. (1993). Encuesta nacional de adicciones. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría.

INP y SSA. (1998). Encuesta nacional de adicciones. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Martínez, E. (2000). Sentido y Recuperación. México: Revista Mexicana de Logoterapia.

Maslow, A. (1982). La Personalidad Creadora. Barcelona, España: Kairos.

Méndez, C. R. (1999). El Paraíso Perdido. Querétaro, México: Revista: Anudando, Volumen I No. 1.

Méndez, C. R. (2000). Manual de la Clínica de Adicciones CECOSAM. Querétaro, México: Servicios de Salud del Estado de Querétaro, Secretaría de Salud.

Muñoz, V. (1995). El consumo de sustancias. México: Material inédito. Comunicación personal.

Musacchio de Z. A., Ortiz. A. (1996). Drogadicción. Argentina: Paidós.

Navarrete, S. (1988). La Flor del Aguardiente. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

- Pearls, F. S. (1980). Testimonios de terapia. Argentina: Paidós
- Ramírez, S. (1982) Infancia es destino. Argentina: Siglo XXI
- Tapia, C. R. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Segunda edición. México: El Manual Moderno.
- Savitt, R. A. (1972). Estudios psicoanalíticos sobre la adicción. Argentina: Rodolfo Alonso editor.
- Secretaría de Salud, CONADIC. (1999). El consumo de drogas en México. Segunda Edición. México: SSA-CONADIC
- Secretaría de Salud. (1999). NOM-028 SSA2-1999. México: SSA.
- Secretaría de Salud. (1999-2003). Sistema de vigilancia epidemiológica en adicciones. México: SSA.
- Secretaría de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México: SSA.
- Secretaría de Salud, INP, UAQ. (2001). Primer encuesta en adicciones en población de enseñanza media-superior de la Universidad Autónoma de Querétaro. México: SSA.
- Skinner, B. F. (1971). Más allá de la libertad y la dignidad. Barcelona, España: Biblioteca científica Salvat.
- Szasz, T. (1972). Psicología del Drogadicto. Buenos Aires, Argentina: Rodolfo Alonso Editor.
- Tenorio, T.F. (1991). El control social de las drogas. México: Cuadernos del INACIPE.
- Vopel, W. K. (1995). Juegos de interacción. Madrid, España: CCS.
- Wallace, J. (1990). El Alcoholismo Como Enfermedad. México: Trillas.