



**CENTRO UNIVERSITARIO
INDOAMERICANO**

Conocer para Trascender

**CENTRO UNIVERSITARIO INDOAMERICANO
CLAVE: 8909**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE IMPIDEN QUE LOS PROGRAMAS DE
REHABILITACIÓN PARA ADICTOS CUMPLAN SATISFACTORIAMENTE SU
PROPÓSITO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SANDRA EIDY VIVEROS MEJÍA

ASESOR: MAESTRA. MARIA EUGENIA NICOLIN VERA.

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres Horacio Viveros y Adelita Mejía.

Por su apoyo, amor, comprensión, tolerancia, pero sobretodo por enseñarme a luchar para lograr mis metas. Gracias por confiar en mi y ser mi ejemplo a seguir; los quiero y admiro mucho.

A mi hermano Ricardo.

Por hacerme ver mis errores, por tus consejos, por la confianza que has a depositado en mi y desde luego por tus ocurrencias y alegría.

A mi abuelita Rosa María.

Por todo el apoyo que me has brindado durante toda mi vida y por tener fe en mi.

A todos mis profesores.

Por compartirme su experiencia, transmitirme su sabiduría y ser parte esencial en mi formación profesional.

Especialmente a mi asesora María Eugenia Nicolín Vera.

Por guiarme en el transcurso de la carrera y durante la elaboración de esta tesis, pero principalmente por tener fe en mi y apoyarme.

A mis compañeros.

Porque sin proponerselo han sido un gran estímulo para concluir mis estudios y esforzarme aun más para obtener mi título.

INDICE DE CONTENIDO.

	Página
I. Introducción.....	1
II. Resumen.....	3
III. Planteamiento del problema.....	4
IV. Antecedentes.....	6
V. Marco Teórico.....	8
1. Recaída en las adicciones.....	9
a) Proceso de Recaída o síndrome de recaída.....	10
2. Terapia grupal.....	12
a) El grupo terapéutico.....	13
3. Factores psicosociales que influyen en el consumo de drogas.....	14
a) Educar para prevenir el consumo de drogas.....	15
b) Familia y drogas.....	19
c) Escuela, amigos y drogas.....	24
d) Ámbito laboral y drogas.....	28
e) Influencia de los medios masivos de comunicación.....	32
4. Programas de rehabilitación en México.....	33
a) Consejo nacional contra las adicciones(CONADIC).....	34
b) Alcohólicos Anónimos (A.A.).....	37
c) Monte Fénix.....	40
d) Oceánica.....	46
e) Vive sin drogas.....	48
f) Centro de Integración Juvenil (CIJ).....	49

VI. Objetivo.....	53
VII. Hipótesis.....	53
VIII. Justificación.....	55
IX. Metodología.....	56
a) Construcción de categorías.....	56
b) Elaboración del instrumento.....	66
c) Selección de la población.....	66
d) Aplicación del instrumento.....	66
X. Análisis y Discusión de Resultados.....	67
XI. Conclusiones.....	102
XII. Anexo.....	107
XIII. Glosario.....	112
XIV. Referencias.....	115

I. INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia, las drogas han alterado en mayor o menor grado la percepción del hombre de sí mismo y del mundo que lo rodea.

Se les a entrelazado con la religión y la superstición. Los cultos religiosos las han aclamado como dones de los dioses y hasta como medios para la iluminación mística.

Desde hace siglos el hombre consume diversas sustancias (dogas), que alteran la percepción y ejercen efectos en su actividad mental para explicarse el funcionamiento de la naturaleza, dentro de rituales religiosos, ceremoniales, médicos, chamánicos o festivos que eran controlados por los que gobernaban la tribu, comunidad o pueblo y con ello creían vivir en equilibrio con el universo.

En nuestro país se hacía uso de hongos alucinantes desde tiempos precolombinos como parte de los ritos ceremoniales; a estos hongos se les denominaba teonanácatl y sus efectos tóxicos fueron descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia General de las Cosas de la Nueva España".

Los indígenas mexicanos también hacían uso de una semilla llamada olloliuqhi, que de acuerdo a las crónicas "emborracha y enloquece"; así mismo se describen unas "tunas de tierra conocidas como Péyotl, que eran blancas, y quienes las comían o bebían experimentaban "visiones espantosas". En casi todas las culturas pueden encontrarse elementos que indican el consumo de plantas y extractos que provocan cambios en el estado de conciencia, la forma o los procesos de ideación. Los profetas, los sacerdotes, chamanes y aquellos que eran personajes importantes dentro de la tribu o comunidad, aparecen comúnmente ligados al uso ritual de sustancias que alteran los procesos del pensamiento y la percepción.

Algunos datos arqueológicos hablan de la presencia de la cannabis (marihuana), alrededor de los 10, 000 o 15, 000 años de antigüedad y sus usos se conocieron

en China y en la India, sin embargo para ellos el uso era natural, benéfico y únicamente lo podían utilizar aquellos con alto nivel jerárquico.

Las drogas existen en todas las sociedades, por esto es necesario que las personas conozcan los riesgos de forma clara y objetiva, por tal motivo la mayoría de los países se han visto en la necesidad de desarrollar programas preventivos y de rehabilitación, de tal forma que dentro de estos últimos se contemplan la prevención primaria y la secundaria;. Esta acción informativa es necesaria, ya que si no se proporciona la información adecuada por temor a despertar la curiosidad de los jóvenes, en realidad esta curiosidad se estará fomentando y se corre el riesgo de que busquen información en fuentes que posiblemente no estén tan preparadas para abordar dicha información.

La mayoría de los programas preventivos desarrollados en los países, tienen como fundamento la educación y la formación de valores; y normalmente se dirigen a niños y jóvenes, poniendo mayor atención a los grupos más vulnerables de la población. Es importante realizar prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, escolar, laboral, social y en los medios de comunicación.

Desafortunadamente estos programas han sido ineficaces, debido a que se ha investigado poco y el índice de recaída va en aumento, por lo que es necesario continuar con las investigaciones.

II. RESUMEN.

La presente investigación se llevó a cabo con la finalidad de conocer cuales son los factores psicosociales que impiden que los programas de rehabilitación cumplan satisfactoriamente su propósito, así como conocer cuales son las causas que impiden que los adictos se rehabiliten satisfactoriamente.

Esta investigación se realizó con personas que han estado en rehabilitación en 2 o más ocasiones, sus edades oscilan entre los 24 y los 52 años de edad. Así mismo este trabajo se efectuó a través del **método exploratorio**.

Se elaboró un instrumento, conformado por 59 preguntas, las cuales están basadas en 5 categorías (Familia, Medio Social, Medio laboral, Medios de comunicación y Personalidad); los reactivos tienen una redacción sencilla, de tal forma que sea de fácil comprensión para la población a quien está dirigida.

Finalmente la información que proporciono el instrumento junto con la información obtenida del marco teórico nos lleva a la conclusión de que todo proceso de recuperación y prevención de recaída, requiere principalmente del apoyo del núcleo familiar, del entorno social y laboral; así mismo es fundamental que el individuo reciba apoyo especializado (psicoterapia individual) que le ayude a fortalecer su personalidad y que esto a su vez sea reforzado por los medios masivos de comunicación.

PALABRAS CLAVE: Adicción, Autoestima, Droga, Escuela, Familia, Prevención, Recaída, Rehabilitación.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las sustancias adictivas son ampliamente consumidas en nuestro país por hombres y mujeres de diferentes clases sociales y distintas edades que habitan tanto en el medio rural como en el urbano.

El uso, abuso y dependencia por ejemplo a las bebidas alcohólicas y a otras sustancias, constituyen un grave problema de salud pública y tienen, consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, escuela, trabajo y en la sociedad. Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país (<http://conadic.gob.mx>)

Víctor Manuel Guisa Cruz, director de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), destacó que en los años 2003 y 2004 los pacientes que acudieron a tratamiento a los CIJ reportaron haberse iniciado en el consumo de enervantes a los 15 años, aunque el problema se presenta desde los ocho años, principalmente con la ingestión de bebidas alcohólicas en el hogar. A los 11 años, en promedio, se inician en el tabaquismo, lo que los hace 14 veces más vulnerables al consumo de drogas ilícitas (Cruz. A. 2005).

Según Gómez C. 2005 “De acuerdo con José Rivas Peña, titular del Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia de la PGR, en México existen 3.5 millones de personas entre los 12 y 65 años que han usado estupefacientes alguna vez en la vida. Agregó que la droga de mayor consumo en el país es la marihuana, con 2.4 millones de personas, siendo la proporción de 7.7 hombres por cada mujer”.

Estas cifras son alarmantes ya que se han ido incrementando con el paso del tiempo, por tal motivo a través de los años se han desarrollado diversos enfoques de tratamiento para adictos, la mayoría predicen la abstinencia total. Van desde

tratamientos médicos hasta la psicoterapia tradicional y las estrategias de los grupos de auto ayuda; sin embargo la adicción es un problema resistente a casi todas las intervenciones y cuya tasa de recaídas es alta (Jerry E. 1999. pp. 468). Desafortunadamente no existen estudios al respecto, ni se mencionan datos sobre las recaídas.

Actualmente día con día aumenta el consumo de drogas desde temprana edad (8años) y por esta razón ha surgido la necesidad de implementar programas de prevención y rehabilitación contra las adicciones en los diferentes ámbitos (familiar, escolar, laboral y social); así mismo se han creado instituciones especializadas en el trato de esta problemática como CONADIC, A.A., Monte Fénix, Oceánica, Vive sin drogas y CIJ, entre muchas otras, estos organismos tienen un programa bien establecido, el cual no puede ser alterado o modificado.

Algunos programas de rehabilitación incorporan entrenamiento en prevención de recaídas. La mayoría de los adictos que se tratan en estas instituciones, tienen un episodio de recaída poco después de concluido el tratamiento (Jerry E 1999. pp. 468).

Sin embargo ninguna institución reporta estos episodios de recaída, lo cual sugiere la ineficacia de las fundaciones y sus programas.

El único dato que se encontró sobre el índice de recaídas es el que reporto Tomás López Hernández, vicepresidente del Consejo Directivo del Centro de Recuperación para enfermos de alcoholismo y drogadicción en el 2004; informo que **el 70% de los que ingresan a programas de rehabilitación recaen.** (<http://www.aca-novenet.com.mx/portada/070903/06NUEVE.html>)

IV. ANTECEDENTES.

El consumo de drogas es una práctica que acompaña al hombre desde que se tiene memoria histórica. Los problemas que suscita el abuso son conocidos también desde hace mucho tiempo, al igual que las medidas que se han intentado para evitarlos. En México estos esfuerzos para combatir el alcoholismo se realizan desde antes de la época colonial, y sus características han variado conforme los conceptos que se tienen sobre el y se ven modificados ante las nuevas evidencias científicas. Estadísticamente hablando, en el país, la ingesta alcohólica se presenta en mayor grado en el sexo masculino que en el femenino. De acuerdo con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) durante el 2002 los usuarios de marihuana como droga de inicio fueron hombres en su mayoría (91.6%), 30.2% tenían entre 15 a 19 años de edad, 90.4% habían cursado la primaria, 60.2% estaban solteros y 50.8% provenían de un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio del 92.0% de los usuarios de marihuana ocurrió entre los 10 y 19 años de edad, y de ellos 64.5% reportaron usarla a diario (<http://conadic.gob.mx>).

Cerca de 20.000 personas recibieron asistencia en el año 2001 por parte del Servicio Ambulante para el Asesoramiento y Tratamiento de Problemas de Alcohol y Drogas (SAMBAD). El porcentaje de alcohólicos que abandonaron el tratamiento durante el 2001 es del 52%. En el caso de las personas que consumen otro tipo de sustancias como la heroína son más dados a interrumpir el tratamiento. En el 2001 el porcentaje de personas que interrumpieron el tratamiento fue del 56% (http://www.sncweb.ch/spanisch/noticias_sp/2003-oct-14.htm).

Huesca P. (2004) “Uno de cada tres mexicanos, entre 15 y 25 años tiene problemas de alcoholismo pues toman de media a una botella, por persona, en una sola ocasión”.

Sánchez C. (2007) "En México, 90% de la población mayor de 15 años consume alcohol y por cada 10 hombres hay cinco mujeres que lo toman en cantidades excesivas, según las últimas cifras del Consejo Nacional contra las Adicciones".

La Encuesta Nacional de Adicciones reporta que el porcentaje de hombres y mujeres que consume cinco o más copas por ocasión, es del 3.3% de los varones y 0.8% de las mujeres cumpliendo con el criterio de dependencia al alcohol.

En el Distrito Federal se ha registrado en los últimos tres años un incremento en el consumo de drogas entre estudiantes de secundaria y bachillerato, el cual es del 17.8%.

(<http://www.eluniversal.com.mx/notas/436634.html>)

Las drogas que más se utilizan en México son:

Marihuana: 70% (334,731 personas)

Cocaína: 21% (99,202 personas)

Inhalantes: 9% (40,925 personas)

<http://www.mind-surf.net/drogas/estadisticas.htm>

V. MARCO TEÓRICO.

La organización mundial de la salud (OMS) da la siguiente definición. “**Droga** es toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por el impulso a tomar una o más sustancias de modo continuo y periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta”.

La OMS define a la **adicción** como un estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una sustancia (natural o sintética).

Adicto o farmacodependiente. Persona con dependencia a una o más sustancias (drogas) (<http://www.conadic.gob.mx>).

Tipos de usuarios:

- ψ **Experimentadores.** Son usuarios que consume por curiosidad, para probar sus efectos, por invitación de sus compañeros y son el grupo mayoritario. En esta etapa aún no se habla de abuso, sino de uso.

Las razones para experimentar pueden ser varias, por ejemplo:

- ✓ Presión del grupo que influye en el afán de pertenecer a un grupo y poder diferenciarse de otros.
- ✓ Ejemplo de los adultos que toman alcohol, tabaco, tranquilizantes, etc.
- ✓ Para sentirse grandes y acceder a los beneficios atribuidos al mundo adulto.
- ✓ Curiosidad sobre los efectos de la droga.
- ✓ Por diversión.
- ✓ Por la gran oferta que existe en la actualidad.

ψ **Usuarios Sociales u Ocasionales.** Consumen droga solamente cuando están en grupo o realizando actividades sociales y es posible que lo hagan para:

- ✓ Reducir la ansiedad y la tensión de la vida cotidiana.
- ✓ Seguir una moda para adquirir estatus social.
- ✓ Para revelarse contra las normas, valores y autoridad de los padres y de la sociedad

ψ **Usuarios Funcionales.** Son aquellos que necesitan tomar drogas para poder desempeñar sus funciones sociales. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a la droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen; sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no utilizan la droga o cuando consumen una mayor cantidad y se intoxican.

ψ **Usuarios Disfuncionales.** Son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla, y a veces para traficar. Bajo esta perspectiva se presenta para evadir la realidad o situaciones adversas ante las cuales el consumidor no cuenta con la capacidad de control.

1. **Recaída en las adicciones.**

Recaída. Retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento de la adicción, que existían antes de comenzar la recuperación, que ya se habían superado.

Una recaída inicia cuando el sujeto padece sentimientos negativos o niega las circunstancias angustiosas de su vida, cuando reasume la forma de pensar adictiva, deja de tomar medidas para manejar los problemas con eficacia, deja de buscar ayuda y se expone a situaciones de riesgo (Caballero F. 2004 pp. 161)

El tema de la recaída es uno de los que más angustia y ansiedad genera en los familiares en especial cuando la persona rehabilitada está próximo a reintegrarse a su familia.

Para hablar de la recaída una persona debió estar previamente en recuperación, es decir, abstinentes y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Sin embargo volver a usar o consumir una sustancia, no necesariamente es una recaída, podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa; es por ello que en el presente trabajo se consideran a personas que han estado 2 o más veces en rehabilitación lo que implica una disfunción.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y traducirse en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. Luego de una recaída es probable que el adicto este consciente de que ha estado haciendo mal. Aún así no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación (<http://www.vivesindrogas.com>).

a) Proceso de Recaída o síndrome de recaída.

La adicción, está asociada con una tendencia natural a la recaída. Eso no significa que sea inevitable o apropiado tener recaídas, sino que son una realidad, y la mejor forma de prevenirlas, es aceptando el riesgo y conociendo el proceso de recaída o síndrome de la recaída.

Uno de los malentendidos más frecuentes es que la recaída es volver a consumir. Aunque esto es parcialmente cierto, en realidad se le llama **recaída** a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida, hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado (<http://www.vivesindrogas.com>).

Síntomas de una Recaída.

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo, de manera cognitivo, afectivo y comportamental como:

- ψ Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
- ψ Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, ver las personas relacionadas con el uso.
- ψ Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio.
- ψ Aislamiento o pérdida de contacto con las nuevas relaciones de recuperación.
- ψ Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto.
- ψ Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas excesivas, preocupación excesiva sobre el peso.
- ψ Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
- ψ Renacen o engrandecen los resentimientos hacia otras personas.
- ψ Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- ψ Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
- ψ Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- ψ Preocupación obsesiva por el dinero y la seguridad financiera.
- ψ Tendencia a romper rutinas: Manifestación de insatisfacción por las actividades que desempeña, se siente presionado o cansado.

Estos son solo algunos de los síntomas relacionados al síndrome de la recaída. Cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, pero en general es notable la presencia y evolución de este síndrome.

El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, terapeutas o compañeros de grupo pero debe venir la solicitud de parte del adicto (<http://www.vivesindrogas.com>); los programas no contemplan esta fase de transición hacia la recuperación total o la recaída.

2. Terapia grupal.

Campuzano, M. (1987), Tuttmann, S. (1990) y Scheidlinger, S. (1993). “La historia de la humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones grupales. Las prácticas comunitarias de descarga catárticas y las experiencias emocionales compartidas han sido parte de ritos religiosos”.

En la actualidad existen grupos diversos de auto ayuda y el más conocido es el de Alcohólicos Anónimos (A. A.). En estos grupos estimulan la solidaridad, humildad y colaboración entre sus integrantes; el individuo no confronta los problemas de autoridad, no se le culpabiliza, se le invita a asumir la responsabilidad de sus acciones y la reparación de ofensas y daños a terceros. Se utiliza la catarsis con la finalidad de liberar las emociones perturbadoras, así como para percatarse de insatisfacciones y resentimientos que los impulsan a beber. “Se induce la modificación de los defectos de carácter, a través de la práctica de un programa de recuperación, que parte de la admisión del alcoholismo como enfermedad y llega a la actividad misionera de ayudar a otros alcohólicos a recuperarse”, esto facilita el dejar de pensar en sus dificultades, se sienten aceptados por la sociedad y aumenta su autoestima, desplazan la dependencia al alcohol y a otras personas, a un poder superior que puede ser el grupo, Dios o la Naturaleza (Díaz I. 200 pp.

7). Cabe destacar que en estos grupos existe un vacío entre la rehabilitación y la recaída ya que no hay manejo terapéutico para este espacio en el que se esta madurando la idea de volverse a drogar o alcoholizar.

Alcohólicos Anónimos dio lugar al surgimiento de diversos grupos que utilizan sus principios para enfrentar sus problemáticas: Alanon (familiares adultos de alcohólicos), Alateen (hijos de alcohólicos) (Díaz I. 2000 pp. 8).

a) El grupo terapéutico.

La terapia de grupo, una vez dado el primer paso de la abstinencia, ofrece al adicto oportunidades para aprender sobre sí mismo y sus adicciones. Las ventajas de la terapia de grupo son las siguientes (Flores, P.J., 1997):

- ψ Identificación mutua y aceptación de los que tienen problemas similares.
- ψ Confrontación, retroalimentación inmediata y presión positiva de los compañeros para lograr la abstinencia.
- ψ Cohesión, identificación, apoyo social mientras se aprende a identificar, nombrar y comunicar los sentimientos.
- ψ Estructura, disciplina, límites y al mismo tiempo aprendizaje sobre la recuperación y el uso de drogas.
- ψ Esperanza, inspiración para el futuro y búsqueda compartida de metas.

“Los psicólogos sociales y los antropólogos reconocen al grupo como agente terapéutico por sí mismo” (Díaz I. 2000 pp. 40).

Los grupos ofrecen la oportunidad de tener experiencias de socialización, el tratamiento resulta más atractivo para los integrantes, ya que parece menos amenazante y muestra que sus iguales también tienen problemas (Wicks R. y Allen I. 1997 pp. 64).

O'donnell, P. Define al grupo terapéutico como "reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la revelación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas".

El objetivo de los grupos terapéuticos es el estudio de las modificaciones en su estructura debidas a la intervención de los procesos inconscientes de cada uno de los miembros (Díaz I. 2000 pp. 41).

En el grupo terapéutico la admisión se establece en función de una problemática reconocida y admitida; el terapeuta elige a los miembros de acuerdo a criterios terapéuticos bien definidos. Los integrantes tienen la misma motivación que es mejorar, sin embargo no es el objetivo común; se mantienen ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal (Díaz I. 2000 pp. 52).

El líder del grupo no tiene que ser necesariamente un profesional de la psicoterapia, puede ser un sacerdote, pedagogo, trabajador social, capacitados para adoptar un rol, que funciona como hermano mayor y facilitador; este líder controla en gran medida el proceso del grupo a través de enseñar, dirigir, modelar, recompensar e inspirar a los miembros del grupo (Díaz I. 2000 pp. 54). Sin embargo no habla de una persona recuperada, que forma parte del propio grupo, el hecho de que los dirigentes de los grupos hayan experimentado la problemática de las adicciones, los convierte en especialistas para abordar y dirigir el proceso terapéutico.

3. Factores psicosociales que influyen en el consumo de drogas.

No existe solo un factor que pueda explicar por que los niños y los adolescentes empiezan a consumir drogas, la explicación incluye una gran diversidad de variables que afectan su desarrollo a largo plazo; por consiguiente los programas de prevención deben abordar múltiples factores (Wicks R. y Allen I. 1997 pp. 199).

La clasificación de los programas preventivos es innumerable, ya que se desenvuelven adaptándose al conjunto de realidades y factores que intervienen y constituyen el fenómeno del consumo de drogas. (Caballero F. 2004 pp. 21).

Los programas de prevención son intervenciones complejas que ponen en marcha distintos tipos de acciones, van dirigidos a distintos grupos y se desarrollan en contextos variados.

Estos programas de prevención sobre drogas deben estar estructurados dentro de una estrategia general de intervención que debería ser contemplada por las instituciones de rehabilitación y disponer de los siguientes elementos:

- ψ Objetivos generales y operativos en relación con el consumo de drogas y otras variables mediadoras: actitudes, creencias y habilidades.
- ψ Elegir a que población estará dirigida.
- ψ Tener una metodología específica: tipo de actividades, y en que forma se llevaran a cabo.
- ψ Una evaluación de resultados que permita comprobar que se han cumplido o no los objetivos previstos en la intervención.

a) Educar para prevenir el consumo de drogas.

Hoy en día, la extensión del uso de drogas somete a familias, y comunidades a una presión que hace 30 o 40 años se desconocía. Mucha gente requiere ayuda para enfrentar a las adicciones (Caballero F. 2004 pp.13).

Prevenir es actuar antes de que el problema aparezca, cualquier intervención o programa preventivo se basa en conocimientos, hipótesis o suposiciones sobre la etiología; no se puede considerar preventiva cualquier acción. Tener conocimientos no es suficiente; en ocasiones se tiene información sobre los

factores y causas que han incidido en el consumo de alguna droga, pero el programa diseñado para neutralizar el problema no es eficaz, es decir en la prevención hacen falta conocimientos sobre las causas pero también hay que resolver los problemas técnicos que se derivan de tratar de influir en los factores. No existe solo una causa sobre la que hay que actuar; lo que conocemos son un conjunto de factores que interviene en la aparición del problema, estos factores son denominados de riesgo. Lo mismo podemos decir de los llamados factores de protección, es decir de aquellas circunstancias personales o ambientales que dificultan que el individuo se convierta en consumidor; algunos individuos parecen estar dotados de mejores defensas y les es más sencillo tomar decisiones que los alejan de la adicción.

La prevención tendrá que ver, con intentar influir sobre los factores de riesgo (exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias) y de protección (rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo), desafortunadamente estos factores son innumerables y por consiguiente difícil de conocerlos como para modificarlos (Caballero F. 2004 pp.18-19).

Existen 3 niveles de prevención que se definen a partir del grado de evolución que presenta el problema de consumo de drogas:

- ψ Prevención primaria: Busca incidir sobre las causas del problema (factores de riesgo), para impedir su aparición. Todos los programas de rehabilitación que se consideraron para este trabajo la contempla excepto Alcohólicos Anónimos.
- ψ Prevención secundaria: Se lleva a cabo cuando el problema ya ha aparecido y su objetivo es evitar que continúe desarrollándose. Ninguna de las instituciones que se analizaron durante esta investigación toman en cuenta esta fase.

ψ Prevención terciaria: Actúa para impedir que el problema llegue a un nivel crónico, para amortiguar las consecuencias que no pudieron evitarse. En este nivel se puede contemplar la rehabilitación e inserción del individuo a la sociedad (Pick S, Aguilar J, Rodríguez G, Reyes J, Collado M, Pierr D, Acevedo M y Vargas E.1998 pp368). Vive sin drogas es la única fundación que no desarrolla esta etapa.

Existen medidas encaminadas a evitar el uso y abuso de drogas, así como para reducir las consecuencias negativas de tal abuso. Las medidas preventivas se desarrollan en 4 ámbitos principalmente que son: familiar, escolar, laboral y comunitario, en todos estos se pueden transmitir valores y actitudes adecuadas para fomentar la prevención de drogodependencias (Caballero F. 2004 pp.16).

No es necesario tener muchos conocimientos sobre los productos para dar educación sobre drogas.

Cuanto antes se actué en un problema de consumo de drogas, mejor. Hay que tener presente aquellas situaciones que puedan conducir o indicar el consumo de sustancias tóxicas. Estas situaciones son las siguientes:

- ψ Fracaso escolar o desinterés por los estudios.
- ψ Ausencia repentina de casa.
- ψ Cambios bruscos de comportamiento.
- ψ Distorsión de la realidad.
- ψ Aumento excesiva de necesidades económicas.
- ψ Conflictos con familiares y amigos.
- ψ Desaparición de objetos y dinero.

La presencia de una de estas situaciones no significa que exista consumo de drogas. Es la acumulación de varias lo que puede resultar significativo (Caballero F. 2004 pp.168-169).

Otros factores de riesgo que hay que considerar son:

- Ψ Baja autoestima: La forma en la que la persona se valora a sí misma, ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas. De hecho es un de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de adicción y que más atención requiere durante el tratamiento de la drogodependencia.
- Ψ Asertividad: Si un individuo no es capaz de ser asertivo, es decir de mantener su opinión y actuar según su criterio, es probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trate de rechazar una oferta de drogas.
- Ψ Toma de decisiones: Tanto la toma de decisiones como la resolución de problemas son procesos cognitivos que pueden aprenderse. Si una persona carece de esta habilidad, la dificultad para resolver un problema puede generar una situación de malestar e incapacidad que dificulta la posibilidad de solucionarlo.

La ansiedad producida por la falta de habilidad para elegir la opción correcta y determinar los pasos necesarios para llevarla a cabo o por la incapacidad de resolver los propios problemas, puede llevar a una persona a recurrir a sustancias que por su acción relajante o por la sensación de eficacia que producen le faciliten el manejo de estas situaciones.

- Ψ Valores: La escala de valores que un individuo tiene la construye a partir de la influencia de los valores dominantes de la sociedad, de su entorno y de su experiencia personal. La formación y/o clarificación de los valores, contribuyen a mejorar aspectos individuales de gran importancia como son la autoestima y la

autoconfianza, variables que a su vez disminuyen la necesidad de aprobación social.

Si desde temprana edad se fomentan valores positivos hacia la salud, es posible que el individuo lo interiorice, lo incorpore a sus creencias e instrumentalice en actitudes y comportamientos que configuren un estilo de vida saludable (Caballero F. 2004 pp. 179-184).

b) Familia y drogas.

El consumo de sustancias tóxicas es uno de los campos más difíciles al que los padres tienen que hacerle frente (Waddell M. 1998. pp. 74).

Actualmente son muchas formas en que los niños y adolescentes pueden ser influenciados negativamente; ya sea por programas de televisión, revistas, internet, etc; la responsabilidad de los padres es proveerles seguridad, confianza en sí mismos y valor para enfrentar los peligros y las circunstancias adversas (Vega J. 1998. pp. 1).

“Dentro de la familia se lleva a cabo la preparación del individuo para su actuación en la sociedad; se desarrollan capacidades y habilidades que le permitirán hacer frente a la vida”; así mismo es el lugar en donde se llevan a cabo los aprendizajes elementales; en donde se satisfacen las necesidades primarias y afectivas y también se desarrollan las capacidades necesarias para la integración a una serie de sistemas sociales en los cuales el individuo funcionará posteriormente (Chávez M., Solís A., Pacheco G. y Salinas O. 2001 pp. 19).

“La familia proporciona los fundamentos básicos, y su influencia continua percibiéndose a lo largo de la vida del individuo, incluso en la adquisición y ejercicio de responsabilidades adultas, tales como los roles ocupacionales y la formación de una familia propia” (Chávez M., Solís A., Pacheco G. y Salinas O. 2001 pp. 20).

La familia constituye un factor importante de protección o de riesgo para las adicciones. Una persona puede empezar con una historia familiar patológica (disfuncional, caótica o rígida) y después usar drogas para evadir el dolor, la culpa y la vergüenza que le produce vivir en un ambiente de agresión constante. Los hijos que crecen al interior de este tipo de familias, a menudo tienen sentimientos de inutilidad, comunicación deficiente, reglas inflexibles o demasiado flexibles, críticas continuas, castigos por los errores, deterioro y carencia de valores. Lo más probable es que estos niños desarrollen conductas destructivas contra sí mismos y los demás.

Bailey (1989) La teoría del aprendizaje social sobre el abuso de alcohol y otras sustancias hacen hincapié en la exposición y sus consecuencias. La exposición a otras personas que beben o que se abstienen de beber no sólo impulsa ciertas conductas, sino que influye en la actitud hacia la bebida. Por ejemplo: El hijo de un alcohólico o que abusa de cualquier sustancia está sometido a un alto riesgo.

La observación de otras personas es una de las formas más importantes de aprendizaje de nuevas conductas, si los hijos ven que los padres o hermanos mayores fuman para relajarse, beben para divertirse, etc; aprenderán a obtener de la misma forma esos efectos deseables (Caballero F. 2004 pp. 190).

El ejemplo que los padres pueden dar a sus hijos les permite identificar estilos de vida responsables y sanos.

El adicto es el portador del síntoma de una disfunción familiar que resulta enmascarada por las consecuencias de la adicción. En los historiales clínicos de farmacodependientes se ha encontrado que muchos de ellos han tenido experiencias desagradables en su infancia como rechazo por parte de uno o ambos padres, exigencias desproporcionadas en cuanto a su conducta y rendimiento escolar, obediencia y ocupación del tiempo libre (Caballero F. 2004 pp. 146).

En el caso de los adictos varones se ha presentado reiteradamente que las madres suelen ser indulgentes, apegadas, sobreprotectoras, ambivalentes y permisivas. “Con frecuencia explican que cuando niño, el adicto era su hijo favorito, el más bueno, fácil de criar; en quien tenían depositada muchas esperanzas” (Caballero F.2004 pp. 148).

Los padres suelen ser más distantes; por lo general son descritos por sus esposas como débiles frente al hijo o ausentes en sus roles. La relación con el hijo suele ser negativa.

“A menudo es posible comprobar que existen otros hermanos, por lo general varones, que parecen mejor adaptados a las expectativas del padre. El padre suele tener mejor relación con ellos a quienes de una manera directa o indirecta ponen como modelo de lo que podría esperarse del hijo adicto” Caballero F. (2004). Por este motivo el fármacodependiente vive comparándose y devaluándose en relación a sus hermanos; al contrario de lo que podría esperarse la relación entre estos no es mala, sino que en varias ocasiones se apoya en él para conseguir cosas de sus padres, para que lo perdonen por algo que ha hecho o para que le den otra oportunidad. Dichos hermanos suelen funcionar como padres intermediarios.

En el caso de las adolescentes adictas, es observable una actitud de abierta competencia con la madre, a quien desvalorizan por todos los medios posibles. A pesar de ello recurren invariablemente a ellas para obtener información sobre cualquier tema para finalmente criticar su punto de vista y hacer lo contrario. Las madres no saben que hacer y muchas veces intentan dar soluciones radicales por medio de prohibiciones que son casi imposibles de cumplir o llevar a la práctica. Los padres suelen ser indulgentes con la joven y por lo general sus intervenciones resultan poco efectivas (Caballero F. 2004 pp. 148).

Las familias adictivas crían hijos que terminan en los extremos, por ejemplo, padres alcohólicos seguramente tendrán hijos que abusen del alcohol o que no beban una sola copa. Las relaciones familiares se deterioran mientras el proceso

adictivo avanza. La codependencia resultante termina promoviendo el desarrollo de la adicción.

Por otro lado el significado que la familia tiene en el bienestar emocional del adicto disminuye y el adicto invierte cada vez menos energía en las relaciones familiares. La inconsistencia en una familia adictiva vuelve a sus integrantes inseguros.

La persona que crece en una familia pasiva y negligente es candidata idónea para buscar que alguien le diga cómo actuar. Buscan la vida y la excitación que estuvo ausente en su crecimiento. El individuo que crece en una familia sin atención es susceptible a un falso sentido de confianza, por esta razón los adictos buscan a personas que compartan sus valores y rituales relativos a la adicción, de esta manera se evita la incomodidad de la confrontación o cuestionamiento. Esta búsqueda selectiva no tiene lugar a nivel consciente, sino a nivel emocional, a esto se le conoce como **codependencia** esta se da en una persona que tiene un desarrollo inmaduro, que nunca logró sentirse autónomo ni ser independiente del ambiente familiar. La codependencia no se hereda, se aprende; son situaciones que buscan inconscientemente porque son conocidas.

La codependencia afecta a muchas personas: principalmente a los hijos, que viven situaciones enfermas y aprenden a su vez estos patrones de conducta poco sanos. De esta forma se prolonga el problema de generación en generación, hasta que alguien seda cuenta de la situación y se decide a cambiar y buscar nuevas formas de relación.

(http://www.sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_codependencia).

Rasgos de personalidad codependiente.

- ψ El principal móvil de la conducta del individuo está determinada por el adicto.
- ψ El codependiente vive reaccionando ante el adicto, más que actuando por iniciativa propia.

ψ El codependiente se vuelve adicto a la persona adicta, llegando a padecer los mismos síntomas (obsesión, pérdida de control sobre la conducta, persistencia en la conducta codependiente pese a sus efectos negativos y negación de que la conducta de uno constituye un problema) (Caballero F. 2004 pp. 150).

Una familia avergonzante es aquella en la cual los miembros nunca pueden hacer nada que sea suficientemente bueno. Son familias en las cuales los miembros aprenden a no adquirir responsabilidades. Estas familias producen un gran número de adictos, porque enseñan a sus hijos el proceso adictivo, los victimizan de manera rutinaria y sistemática, aprenden a ser víctimas o victimarios.

La pérdida de uno de los padres o de otro miembro de la familia es un acontecimiento significativo que puede tener un impacto en una persona susceptible a la adicción.

El problema de las adicciones puede corregirse y superarse desde el hogar (Vega J. pp. 71).

Se ha demostrado que los hijos de familias cohesionadas tienen menor probabilidad de implicarse en el consumo de drogas, posiblemente porque viven en un medio de mayor seguridad afectiva. La existencia de lazos afectivos fuertes y de una comunicación fluida entre los miembros de la familia es importante para la estabilidad emocional de sus componentes (Caballero F. 2004 pp. 190).

Muchos padres han aprendido que prohibición, significa invitación; al mismo tiempo que los padres informan a los hijos sobre los riesgos de las drogas, los padres deben recapacitar sobre su propio comportamiento y actitudes con respecto a las drogas que ellos usan (tabaco, alcohol, somníferos, tranquilizantes), y lo que su ejemplo representa para sus hijos (Waddell M. 1998. pp. 76).

El proceso de crecer conlleva la búsqueda de la identidad y la independencia de los padres, la prevención en el hogar es un trabajo constante que implica:

- ψ Hablar con los hijos, escucharlos, aceptar sus razones y no desanimarse.
- ψ Respetar a los hijos como personas capaces de participar y opinar en la vida familiar.
- ψ Fomentar la recreación y orientación sobre el uso del tiempo libre.
- ψ Relacionarse con los amigos de los hijos para conocer sus gustos e intereses.
- ψ Conocer a los padres de los amigos de los hijos.
- ψ Los padres debe evitar esquivar los problemas

(Caballero F. 2004 pp.152).

“Los hijos serán capaces de decir no a las drogas a menos que posea autoestima. El niño o adolescente necesita estar satisfecho de sí mismo” (Browdoin R. 1997 pp.250).

Otros elementos a considerar son: la asertividad, es decir que el individuo tenga la capacidad de expresar su opinión, intereses y emociones sin temor alguno; la toma de decisiones es otra de las características esenciales que debe poseer la persona para decir no a las drogas.

c) Escuela, amigos y drogas.

Preparar o formar niños y jóvenes para la vida adulta incluye mostrar la existencia de la igualdad de posibilidades en las relaciones adultas y una distribución más equitativa de roles, funciones, tareas y responsabilidades públicas y privadas.

La co-educación se entiende, como aquella educación que toma como punto de partida la consideración de las necesidades, expectativas e intereses tanto de

hombres como de mujeres y que hace realidad, en la práctica, la igualdad de derechos y oportunidades para ambos sexos.

Hombre y mujer son socializados diferencialmente. Se espera de ambos actividades, funciones, comportamientos, sentimientos, actitudes y valores diferentes. (<http://www.fungamma.org/genero1htm>).

Las drogas invaden escuelas y universidades mexicanas, entre el 3% y 12% de la población estudiantil tienen contacto con drogas ilegales (<http://www.colegios.net/modules.php?name=News&file=article&sid>).

Los niños y adolescentes pasan mucho tiempo en el ambiente escolar. Si este es percibido como un medio hostil, en el que son rechazados y no pueden establecer relaciones interpersonales con sus iguales, pueden buscar el apoyo y compañía de jóvenes en situaciones de dificultad social o marginación, aumentando las posibilidades de implicarse en el consumo de drogas (Caballero F. 2004 pp. 191).

El bajo rendimiento académico es otro factor que se relaciona con la ingesta de sustancias tóxicas (Caballero F. 2004 pp. 181).

“El consumo de drogas comienza cuando los niños pasan de la primaria a la secundaria, en donde encuentran nuevos amigos y son más vulnerables a la presión de los pares” (National Parents’Resource Institute for Drug Education, 1999).

El consumo de drogas por parte de los amigos es probablemente el mayor factor de riesgo de inicio al consumo de dichas sustancias, si los amigos de un chico consumen tabaco u otras sustancias, es más probable que el también lo haga. El riesgo aumenta si se añaden otros factores como una alta dependencia al grupo, falta de habilidades para enfrentarse a la oferta, etc (Caballero F. 2004 pp. 192).

Los jóvenes que inician a consumir sustancias tóxicas cambian a los amigos que siempre han tenido, por otros que consumen ya que ahora forman parte de este nuevo entorno (Caballero F. 2004 pp. 169).

Casi nunca un individuo comienza solo a consumir sustancias. Los jóvenes quieren agradar a sus iguales, por este motivo comienzan a utilizar sustancias adictivas para sentirse parte del grupo, para superar la ansiedad, para evitar dolor y conflictos, cambiar su personalidad, tener nuevas experiencias o darse valor para hablar con los demás (<http://www.programacambio.org/index.php>).

El grupo de pares es una fuente de afecto, simpatía, comprensión y guía moral. El comportamiento de los jóvenes este influenciado por el estilo de crianza que reciben sus amigos (Papalia D., Wendkos O. y Duskin R. 2001 pp. 471 y 475).

“El grupo desempeña un papel muy importante en la vida del joven farmacodependiente. En general el joven se enfrenta continuamente a circunstancias adversas en su familia y en la comunidad; en tales situaciones, el grupo resulta de incomparable valor, al brindarle apoyo, ayuda y la oportunidad de satisfacer sus necesidades de afecto, comprensión y esparcimiento” (Chávez M., Solís A., Pacheco G. y Salinas O. 2001 pp. 77).

En ocasiones los jóvenes deciden abandonar a su grupo de amigos para no continuar con el consumo de estas sustancias, pero el círculo se cierra y los presiona, recurriendo a las amenazas para orillarlos nuevamente al consumo de drogas. Se establece una especie de fraternidad de la toxicomanía que no tolera que alguien se retire. La presión es tan grande que el individuo experimenta un desequilibrio; perdiendo su libertad, permite que sus proyectos de vida se vean afectados, y no se respeten sus opiniones; propiciando que sean vulnerables a la opinión de los demás y terminan cediendo contra su voluntad (<http://www.programacambio.org/index.php>).

Es indispensable la prohibición de consumo de drogas en el medio escolar (tabaco y alcohol), entre los profesores y adultos por su papel como modelos de conducta, así como entre los alumnos, ya que ello contribuye a reducir el número de ofertas y la presión hacia el consumo (Caballero F. 2004 pp. 191).

Es importante realizar prevención en las escuelas, ya que es uno de los principales agentes de socialización, y en esta se continúa reforzando o modificando las actitudes (Caballero F. 2004 pp. 42).

La SEP destaca la enseñanza, desde preescolar hasta secundaria, sobre actos de formación ciudadana y prevención de adicciones. “Ortega Salazar mencionó como tareas fundamentales contra las adicciones, la necesidad de una mayor coordinación institucional, más trabajo con padres de familia; mejor preparación sistemática de docentes y directivos y, particularmente, la consolidación del proyecto para ampliar la jornada escolar y de esta manera mejorar el uso de tiempo en la escuela” (http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/_Bo10310104)

La información sobre drogas y adicciones la debe proporcionar el profesor que esta a cargo del grupo y no alguien ajeno como especialistas, estos pueden aumentar la curiosidad de los alumnos o ex adictos, pues estos solo les muestran las consecuencias a largo plazo y esto puede propiciar que lo vean como héroe. La información no debe darse en momentos aislados, sino que debe formar parte de un proceso (Caballero F. 2004 pp. 38-39).

El profesor que de la información:

- ψ No debe tratar de asustar a los alumnos, ni estar asustado.
- ψ Debe estar informado.
- ψ Debe tener una actitud crítica frente al discurso social vigente sobre las drogas.
- ψ Debe desactivar los estereotipos presentes en los alumnos.

Una vez cumplidos los puntos anteriores y aclarar a que se refiere cuando se hable de drogas, el profesor debe analizar las motivaciones que llevan al consumo, teniendo esto como base tendrá que aclarar los conceptos básicos relacionados con el consumo de drogas: uso/abuso, modalidades de consumo, dependencia y tolerancia. Lo ideal es que el programa cuente con la participación

de los integrantes del grupo en la formación de las definiciones (Caballero F. 2004 pp. 40-41).

La meta de la educación es el desarrollo integral de la persona, y por esto se debe prestar atención a los síntomas que indiquen que dicho desarrollo se esta produciendo correctamente. “Un clima escolar sano es el soporte adecuado para poder llevar a cabo la prevención sobre drogas” (Caballero F. 2004 pp. 46).

El 4 de Julio del 2007 se puso en marcha la campaña Limpiemos México, en la cual el presidente Felipe Calderón anunció que pretende fortalecer el programa Escuela Segura con el reforzamiento de la vigilancia policíaca en las inmediaciones de los planteles y con campañas de prevención.

Como primer etapa del programa se realizara, la prueba de antidoping, en ocho mil escuelas de educación básica a partir del próximo ciclo escolar, que se inicia en agosto del presente año.

Como parte del segundo punto de la estrategia sólo refirió la recuperación de los espacios públicos.

El tercer punto de la estrategia es la campaña de Prevención y Tratamiento de Adicciones, aunque no dio mayores detalles. Bravo. E. (2007)

d) Ámbito laboral y drogas.

Se tomo en cuenta este aspecto por las edades de los sujetos de estudio.

El ámbito laboral es otro de los espacios de socialización importante en la vida adulta (Caballero F. 2004 pp. 192).

Hollinger (1988) Los empleados que tienen mayor riesgo de trabajar bajo las influencias del alcohol u otras drogas son los varones menores de 30 años y esta probabilidad aumenta cuando no están contentos con su trabajo.

Ψ Factores de riesgo relacionados con la organización del proceso productivo. Entre estos destacan las jornadas de trabajo prolongadas, rotaciones horarias, ritmos de trabajo intensos (estrés laboral), sobre carga de trabajo, elevados niveles de tensión (Caballero F. 2004 pp. 192).

Ψ Factores relacionados con el ambiente laboral. Conflictos laborales, inestabilidad en el puesto de trabajo, ambiente de gran competitividad, la presencia de consumidores en el centro de trabajo, presión de los compañeros de trabajo, la tolerancia del consumo de ciertas sustancias toxicas y la accesibilidad a determinadas drogas (Caballero F. 2004 pp. 193).

Stein, Newcomb y Bentler (1988) Consideran que la implicación con las drogas y sus consecuencias negativas son aspectos de un estilo de vida que incluye algo más que el simple consumo de dichas sustancias; por lo que creen que es indispensable tomar en cuenta las distintas áreas de la vida afectadas por la ingesta de sustancias toxicas y no tratarlo como un problemas aislado o singular del individuo.

Bennett, Blum y Roman (1994) Las organizaciones, normalmente afrontan el problema del consumo de drogas en el trabajo de dos formas. 1) El análisis de drogas, diseñado para excluir a los consumidores en el lugar de trabajo. 2) Programas de ayuda para los empleados. Estos comenzaron después de la Segunda Guerra Mundial para rehabilitar a los veteranos que volvían con problemas de alcohol, posteriormente se añadió el tratamiento para el consumo de drogas al terminar la guerra de Vietnam. Actualmente estos programas se ocupan de todos los problemas familiares, de adaptación y de estrés que afrontan los trabajadores.

Bennett y Cols(1994) Las organizaciones en zonas geográficas con altas tasas de desempleo tienen más probabilidad de utilizar análisis de drogas previos a la contratación, mientras que los lugares de trabajo con alto índice de rotación proporcionan con mayor frecuencia programas de ayuda.

“Los consumos de drogas y alcohol provocan alteraciones en la conducta del trabajador que van a tener una repercusión directa en su rendimiento laboral” (González. E. 2001).

Loa expertos en programas de ayuda a los empleados estiman que el 50% del ausentismo y de los accidentes en el trabajo están relacionados con el consumo de drogas y alcohol (Muchonsky P. 2002 pp. 488).

"La Organización Internacional del Trabajo apunta que el ausentismo laboral es de dos a tres veces mayor entre los empleados que abusan del consumo de alcohol que entre el resto de los trabajadores, y que entre 15% y 20% de los accidentes de trabajo están involucrados trabajadores que se autolesionan o hieren a terceros” En México se calcula que casi la quinta parte de los accidentes laborales se relacionan con la ingesta de bebidas alcohólicas (Gómez. C. 2005).

Para prevenir el consumo de drogas en los trabajadores se utilizan dos tipos de estrategias:

- 1) Reducción de la oferta. Se pretende dificultar el acceso o contacto de los potenciales consumidores con las drogas.

En éste apartado se incluyen las medidas judiciales y otras que tratan de limitar la venta y/o el consumo de drogas legales (prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en las instalaciones laborales).

- 2) Reducción de la demanda. Son las acciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo, tanto personales como generales, así como los relacionados con el medio laboral.

¿Qué puede hacer el trabajador para prevenir el consumo de drogas?

- ψ Estar informado: es necesario conocer cómo actúan las drogas y qué problemas producen. Sólo estando bien informados se puede actuar adecuadamente.
- ψ Conocer las consecuencias que pueden derivarse del uso y abuso de drogas en el rendimiento y la actividad laboral, en la seguridad y en los resultados económicos de la empresa.
- ψ Saber como actuar cuando uno mismo o algún compañero presente problemas relacionados con el abuso de drogas (qué indicaciones seguir y a dónde acudir para solicitar ayuda).

¿Cómo identificar si un compañero de trabajo consume drogas?

- ψ Si presenta problemas de ausentismo no justificados.
- ψ Si su rendimiento bajó.
- ψ Si se muestra aislado o poco participativo.
- ψ Si su relación con los jefes y compañeros son conflictivas.
- ψ Si tiene cambios bruscos de estado anímico que van de la euforia a la depresión sin motivos aparentes.
- ψ Si comete errores frecuentes en su trabajo.
- ψ Si tiene dificultades para concentrarse en su trabajo y tiene accidentes no justificables.

¿Cómo se debe actuar cuando se tiene la certeza de que algún compañero de trabajo consume drogas?

Se sugiere:

- ψ Buscar una relación de confianza con el trabajador.
- ψ Ayudarlo a que reconozca y acepte que tiene un problema.
- ψ No asumir por él las responsabilidades que le correspondan.
- ψ No posibilitarle económicamente el consumo.

- ψ Animarlo a que acuda al servicio médico de la empresa, al Centro Preventivo Laboral, o con algún profesional externo.
- ψ Facilitarle información sobre los recursos existentes laborales para superar los problemas de abuso o dependencia a las drogas.
- ψ Animarlo a intentar superar su problema.

Los servicios de prevención de riesgos laborales y los servicios médicos del trabajo deben llevar a cabo tareas de asesoramiento y atención individuales, promover el desarrollo de programas de prevención y asistencia de las adicciones destinados al conjunto de los trabajadores de la empresa. De éste modo se limitará el impacto que los consumos de drogas tienen en el ámbito de la salud, higiene y seguridad laboral en el trabajo.

Cuando no existen éstos servicios en el lugar de trabajo es posible obtener ayuda en los centros especializados de atención a las adicciones con que cuentan localmente (González E. 2001).

e) Influencia de los medios masivos de comunicación.

El consumismo y la preocupación por la autoimagen son algunas de las características de nuestra sociedad que influyen directamente en la predisposición a la adicción. La importancia que se le da a la imagen produce la distorsión de la realidad.

Resulta difícil tomar conciencia de la presión que los medios de comunicación ejercen sobre el consumo y el abuso de bebidas alcohólicas, puesto que culturalmente no es mal visto ingerir dicha sustancia y los medios masivos son los reforzadores de esta conducta (<http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/158>) .

Los medios de difusión no solo transmiten diversión y noticias, también transmiten gran cantidad de publicidad, esta es censurada cuando es considerada obscena, pero no cuando es psicológicamente dañina, esta basada en la imposición de

modelos y promoción de bebidas alcohólicas (Escalante F. Y López R. 2003 pp. 308).

“La televisión ocupa la mayor parte del tiempo libre de los niños y adolescentes con intervalos entre 10 y 15 minutos de publicidad de bebidas alcohólicas en las horas de mayor audiencia” (Escalante F. Y López R. 2003 pp. 311).

El hecho de que el tabaco y el alcohol sean drogas legales hace posible, que sean objeto de promoción publicitaria. Permitiendo que las grandes empresas tabaqueras y alcoholeras hagan grandes inversiones en publicidad, esforzándose en enviar mensajes alusivos a elementos ajenos a la sustancia que le confieran un carácter positivo y la hagan atractiva.

“De esta forma, partiendo de las motivaciones e intereses de cada grupo de población, desarrollan estrategias publicitarias que lleven al receptor a asociar sus inquietudes con el consumo de la sustancia. No sólo hay que considerar la influencia de la publicidad directa, sino también las estrategias indirectas como la presencia en series televisivas, el patrocinio de eventos deportivos, etc” (Caballero F. 2004 pp. 187).

En estudio se descubrió que existe una positiva relación entre el ver TV y videos musicales y el consumo de alcohol entre los adolescentes (<http://www.mediafamily.com/2003>).

4. Programas de rehabilitación en México.

Rehabilitación del adicto, proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social (<http://conadic.gob.mx>).

El tratamiento en los centros de rehabilitación constituye una forma de intervención para casos disfuncionales, ya que estos pueden ser tan difíciles de tratar que trabajar con el adicto como paciente externo no proporcionaría

suficiente control, por otro lado, en ocasiones es indispensable alejar al adicto de su casa debido a que la situación familiar es problemática y esto no proporciona una intervención eficaz (Wicks R. y Allen I. 1997 pp. 66-67).

A continuación se hará mención de las instituciones que en México tienen como objetivo desde su discurso la rehabilitación de farmacodependientes.

a) CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC).

La misión del CONADIC es promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.

PROGRAMAS DE ACCIÓN

1. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de las Bebidas Alcohólicas.

Este programa constituye una propuesta de trabajo que ha de ser considerada por todos los participantes convocados. Sus términos no son definitivos, como no lo son los principios y conceptos que lo sustentan, sujetos a los cambios que las experiencias y los nuevos conocimientos impongan. Se describen aquí los conceptos básicos actuales que los expertos internacionales establecen; se exponen cinco principios extraídos de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, adaptados a la circunstancia nacional; se da a conocer objetivamente la realidad del problema y sus implicaciones; se recuerda el marco jurídico con el que cuentan en todo lo relacionado con la producción, venta y consumo de alcohol; se da a conocer la situación actual de sus recursos

materiales y humanos y, se presenta el plan de trabajo, sus estrategias, objetivos y acciones.

2. Programa contra el Tabaquismo.

Se busca abordar el problema desde una visión más integral, aprovechando los aportes científicos recientes, la optimización de recursos y sobre todo una mayor participación de los diferentes sectores sociales, por considerar que las aportaciones y el grado de compromiso de la sociedad tienen un papel fundamental para aplicar con éxito las medidas que protejan a la población de los posibles daños a la salud, especialmente a los no fumadores que constituyen la mayoría de los mexicanos.

3. Programa contra la Farmacodependencia

Contiene acciones específicas que el Gobierno Federal ha estructurado para la atención integral de este complejo problema de salud pública en México. Diversas instituciones, organismos y grupos de los sectores público, privado y social, así como los Servicios Estatales de Salud y los Consejos Estatales contra las Adicciones de todo el país, conjuntan sus esfuerzos para ofrecer un Plan de Acción encaminado a reducir la demanda de drogas así como atender los problemas de salud asociados.

El **objetivo** primordial del Programa es proponer y consolidar estrategias intersectoriales, interinstitucionales e internacionales, que van desde el fortalecimiento del marco legal en que se inscriben las acciones, hasta la consolidación de una infraestructura que permita ofrecer servicios de calidad a los diversos grupos de la población en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Este programa está integrado por un conjunto de estrategias, en las que se detallan las acciones que se realizan en el país con el propósito de:

- ψ Fortalecer el marco normativo y promover su cumplimiento para el control de las adicciones.
- ψ Promover la adopción y el desarrollo de estilos de vida saludables tendientes a desalentar el consumo de sustancias y retardar la edad de inicio en el consumo, con prioridad en los grupos de alto riesgo.
- ψ Promover la conformación de una red de cobertura nacional de atención a la farmacodependencia con mecanismos óptimos de detección oportuna, que otorgue servicios efectivos y de calidad.
- ψ Producir conocimientos nuevos a través de la investigación y optimizar los sistemas de información que sirvan de soporte técnico y científico a la toma de decisiones en materia de farmacodependencia.

(<http://www.conadic.gob.mx>).

Considero que la información que proporciona es poco clara e insuficiente ya que no menciona como surgió el programa, quienes son los dirigentes, si es que estos tienen alguna especialidad o no.

Afirma que su primordial objetivo es proponer y consolidar estrategias intersectoriales, interinstitucionales e internacionales, que van desde el fortalecimiento del marco legal en que se inscriben las acciones, hasta la consolidación de una infraestructura que permita ofrecer servicios de calidad a los diversos grupos de la población en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo no especifican como abordan estos aspectos.

Tampoco describen los servicios que ofrecen, cuanto dura el tratamiento y si hay seguimiento durante y después del tratamiento. No proporcionan estadísticas sobre el consumo de sustancias, ni del porcentaje de rehabilitados y menos el índice de recaídas.

b) ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (A.A.).

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, Ohio, en Estados Unidos, el 10 de Junio de 1935, cuando Bill W. buscó a otro alcohólico el médico Bob S. para compartir sus experiencias.

Trabajando juntos, descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como el compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron a otros.

Alcohólicos Anónimos (AA) es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

A.A., se interesa exclusivamente en la recuperación y la sobriedad continuada de los alcohólicos individuales que recurren a la comunidad para pedir ayuda. No participa en la investigación del alcoholismo ni en tratamientos médicos o psiquiátricos, y tampoco apoya a ninguna causa.

El **objetivo** de AA es alcanzar a todo aquel que sufre por su manera de beber, por lo tanto, se abstiene como Agrupación de dar opinión en campos como la religión, investigación, educación, medicina o psiquiatría, y no se afilian a ninguna causa; sin embargo, como miembros individuales pueden participar en cualquiera de estos campos, sin promover o mencionar que son miembros de AA.

Mantienen el anonimato ante los medios masivos de comunicación: prensa, radio, cine y televisión, dándole promoción a sus principios y no a las personas.

El sostenimiento de A.A. se hace con aportaciones voluntarias de sus miembros, negándose a aceptar dinero de personas o instituciones ajenas a la Agrupación.

El Programa de Recuperación de A.A. ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y a deshacerse de la carga de negatividad de sus sentimientos.

Los miembros asisten a reuniones de A.A. con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender como aplicar mejor el Programa de Recuperación en sus vidas.

También cuentan con Grupos de Familia Al-Anon y Alateen. AL-ANON nace en 1951 en el seno de Alcohólicos Anónimos y ALATEEN nace en 1957 en el seno de AL-ANON; estos grupos fueron fundados por familiares de alcohólicos que habían conseguido la sobriedad en A.A.

Al-Anon es una confraternidad constituida por los familiares y amigos de los alcohólicos, que comparten su experiencia, fortaleza y su esperanza con el fin de hallar solución a su problema común.

Alateen, es una confraternidad constituida por jóvenes entre 12 y 18 años de edad, cuya vida ha sido afectada por el alcoholismo de un familiar o un amigo. Se ayudan mutuamente compartiendo su experiencia, fortaleza y esperanza. Los miembros de ALATEEN conducen sus propias reuniones guiados por un padrino o madrina de Al-Anon.

TIPO DE REUNIONES QUE REALIZAN

1. Abiertas: A las que asisten personas no alcohólicas que, de alguna manera, están interesadas en conocer más de A A y su Programa de Recuperación (12 pasos).

2. Cerradas: De alcohólicos para alcohólicos, iniciándose en el conocimiento y práctica del programa, compartiendo experiencias sobre lo que eran, lo que les aconteció, y lo que son (http://www.aa.org.mx/grupos_aa.htm).

Esta agrupación se centra principalmente en el tratamiento del alcoholismo, victimizan al adicto desligándolo de toda responsabilidad.

No proporcionan estadísticas sobre el consumo de sustancias, ni del porcentaje de rehabilitados y el índice de recaídas, por que de acuerdo con su discurso se abstiene de dar opinión para la investigación, educación, medicina y psiquiatría, así mismo refieren mantener el anonimato en los medios de comunicación; sin embargo si utiliza estos últimos para darse difusión y que las personas con alcoholismo acudan a sus grupos.

No mencionan si además de sus reuniones realizan otras actividades para favorecer la rehabilitación, tampoco comentan cuanto dura este proceso. Considero que estas juntas no son de gran utilidad puesto que de acuerdo a mi experiencia profesional dentro de estas agrupaciones pude percatarme que durante estas los integrantes del grupo comentan de forma detallada sus experiencias con el consumo de fármacos y a lo que recurrían con tal de obtenerlos, me parece que el principal problema es que sus dirigentes son ex adictos y no tienen la preparación indicada, es decir que no cuentan con estudios especializados en farmacodependencia, ni psicoterapéuticos, para proporcionar el seguimiento y las herramientas adecuadas, trayendo como consecuencia que la información obtenida en las asambleas, los integrantes del grupo las incorporen a su forma de vida incrementando el consumo de sustancias y la delincuencia; esto también se debe a que no hay seguimiento psicológico durante ni después del proceso.

c) MONTE FÉNIX.

Monte Fénix nace en 1980 cuando sus fundadores, conscientes de la enorme problemática del alcoholismo deciden fundar una Institución para rehabilitar personas que padecen esta enfermedad; hoy, como ayer, el alcoholismo representa un grave problema de Salud Pública, así mismo el problema de dependencia a otro tipo de sustancias ha ido en aumento, ante esta realidad abre sus puertas, en 1985, al tratamiento de todo tipo de dependencia a sustancias.

La adicción al alcohol y a otras drogas es una enfermedad que requiere de atención integral, proporcionada por un equipo multidisciplinario formado por terapeutas especialistas en adicciones, terapeutas familiares, médicos y enfermeras que dan a los pacientes un trato digno y respetuoso.

En Monte Fénix creen que la enfermedad de la adicción no radica exclusivamente en el consumo de sustancias, sino en la imposibilidad de tener una vida útil sin ellas.

Por eso, crean un modelo de tratamiento que pone énfasis en las potencialidades del ser humano para renacer a una nueva vida.

En 1980, la Sra. Guadalupe Espinosa Rugarcía, con el apoyo de su padre Don Manuel Espinosa Iglesias, fundó el Centro de Tratamiento Monte Fénix. El modelo de tratamiento inicial surgió de las ideas originales de su fundadora y de sus primeros colaboradores, así como las ideas procedentes de diferentes modelos de tratamiento observados en Estados Unidos, dentro de los que se destaca el Modelo Minnesota. En su momento esta alternativa representó una modalidad específica e innovadora para el problema del alcoholismo en nuestro país. A lo largo de 24 años Monte Fénix ha logrado consolidar su propio modelo de tratamiento, con el que se ha propiciado la recuperación a más de 4,000 pacientes, así como a más de 12,000 familiares directos. Este se conoce como "Modelo Las Flores".

Para Monte Fénix la rehabilitación no sólo consiste en superar la adicción sino en un crecimiento emocional, que implica un nuevo y mejor estilo de vida.

Misión: Ser la Institución líder hispanoamericana especializada en promover la sobriedad de quienes padecen la enfermedad de la adicción al alcohol y a otras drogas, por medio de tratamiento de recuperación, la experiencia, la educación y la formación de profesionales; a través del amor, servicio, integridad, perseverancia e innovación, buscando permanentemente el desarrollo de sus empleados.

Visión: Ser líder de influencia nacional en tratamiento de recuperación y educación en el ámbito de las adicciones en 5 años; en 10 años serlo para Latinoamérica y en 15 años en Hispanoamérica.

Valores:

- ✓ **Perseverancia:** Persisten en la recuperación del enfermo adicto al alcohol y otras drogas, así como en la de su familia.
- ✓ **Innovación:** Se esfuerzan continuamente para alcanzar los más altos estándares de tecnología y calidad. Proponen modelos holísticos de recuperación y capacitación profesional que influyan en la conciencia de la sociedad.
- ✓ **Servicio:** Están dispuestos a proporcionar ayuda profesional e interdisciplinaria a todos los pacientes con la enfermedad de la adicción al alcohol y a otras drogas.
- ✓ **Amor:** Creen en un Poder Superior como fuente de vida, fortaleza y aceptación para dar lo mejor de ellos a quienes sirven.
- ✓ **Integridad:** Son congruentes ante sus preceptos espirituales y éticos, teniendo como fundamento los principios de los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos.

INTERVENCION

Este proceso terapéutico involucra al adicto y a las personas vinculadas con él, siendo un método sin enjuiciamientos ni reclamos para motivar e inducir al adicto a iniciar un Tratamiento. En este proceso se incluyen miembros de la familia o amigos quienes son entrenados por un especialista acerca de cómo reunir las observaciones que tienen del adicto. Estas observaciones se conducen de manera sensible y cuidadosa por un Terapeuta Especializado en Intervenciones para que ésta se realice con éxito.

PLATICA INTRODUCTORIA

Sesión informativa para público en general sin costo alguno, dirigida a los familiares del adicto. En esta Plática se amplía el panorama de la adicción como enfermedad, y la relación del adicto con sus familiares; además de las fases que comprenden el tratamiento de rehabilitación y los primeros meses posteriores a su salida.

SEMANA FAMILIAR

Curso intensivo encaminado a la recuperación personal de los familiares, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de lo que es la enfermedad y de lo que gira en torno suyo, y de ese modo desarrollar habilidades y estrategias que permitan el establecimiento de patrones sanos de comunicación e interacción.

SEMANA INFANTIL

Taller psicoterapéutico dirigido por personal capacitado en el cual los niños tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos, pensamientos y realizar actividades en un ambiente seguro que propicien el entendimiento de la adicción como una enfermedad de la cual no es culpable, ni responsable.

OTROS SERVICIOS

Monte Fénix mantiene un compromiso social, por lo cual ponen a disposición de escuelas, empresas, organizaciones y público en general diversos programas de conferencias y pláticas encaminadas a difundir los diferentes aspectos de la enfermedad de la adicción, así como sus consecuencias físicas y sociales.

Monte Fénix tiene 25 años de experiencia; es parte del National Association of Addiction Treatment Providers y del American College of Addiction Treatment., su tratamiento esta certificado por la "...Norma de Calidad ISO9001-2000."

Son los primeros en México en crear un Taller de Semana Familiar y la Semana Infantil, así como Semana de Renovación para Pacientes y Semana de Renovación para Familiares. Así mismo los primeros en México en abrir un área educativa creando en 1990 el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix donde se imparte la Especialidad en Adicciones siendo ésta la única en México avalada por la SEP y SSA.

TRATAMIENTO

Consta de 35 días de internamiento (Fase 1 y Fase 2) y un año de Tratamiento Continuo (Fase 3).

El objetivo del Tratamiento es iniciar el proceso de rehabilitación de la persona que padece la enfermedad de la adicción y de su familia, mediante el reconocimiento de su enfermedad y la recuperación de sus valores personales, familiares, espirituales y laborales.

En Monte Fénix creen que la familia es una parte muy importante para la rehabilitación del paciente, por lo que el Tratamiento alberga un Programa Familiar en el cual se incluyen a 3 familiares del paciente

Fase 1: Valoración, Diagnostico y Desintoxicación

Al ingresar a Monte Fénix se evalúan las necesidades físicas y emocionales del paciente para desarrollar su Plan de Tratamiento Individual. Durante esta Fase, el equipo médico lleva a cabo su desintoxicación y supervisa su estabilización física, mientras que el equipo terapéutico detecta las áreas que tanto el paciente como su familia necesitan trabajar. El paciente se integra lo más rápidamente posible al programa de actividades con sus compañeros. Los familiares inscritos en el Programa Familiar participan en dinámicas y pláticas que facilitan la comprensión del proceso de Tratamiento.

Fase 2: Tratamiento de Rehabilitación

Durante esta Fase, el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y dinámicas con su familia. También asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda que promueven su interacción con otros y le ayudan a elevar su autoestima. Simultáneamente en el Programa Familiar se recibe apoyo terapéutico y se participa en la Semana Familiar*. Durante esta Fase el Tratamiento es de carácter intensivo.

Fase3: Tratamiento Continuo

Una vez concluida la Fase 2, el paciente continúa participando en sesiones de terapia grupal durante un año, y los familiares inscritos en el Programa Familiar durante seis meses. Así mismo, participan en sesiones de terapia especializada en el Programa de Prevención de Recaídas.

FRATERNIDAD MONTE FENIX son un grupo de familiares de ex pacientes de esta Institución unidos con la finalidad de brindar apoyo a otros familiares de adictos. Su objetivo principal es brindar ayuda terapéutica a través de diversas actividades como conferencia y talleres para reforzar el proceso de recuperación en la familia.

En FAMILIA MONTE FENIX es una asociación de expacientes de esta Institución que tienen como objetivo principal: Fortalecer la recuperación y la sobriedad de sus integrantes; además de ayudar en la prevención de recaídas y apoyar para la recuperación y el bienestar de los expacientes, por medio de diversas actividades orientadas a prevenir y combatir el alcoholismo y la adicción, así como la rehabilitación continua y permanente de los expacientes.

(<http://www.montefenix.com.mx>).

Esta institución se refiere al adicto como enfermo ocasionando que el farmacodependiente, su familia y la sociedad en general los vean con compasión y justifiquen todas sus acciones.

Menciona el número de rehabilitados gracias a su programa, pero no hace referencia del total de personas que ingresan, ni el del índice de recaída, lo que hace suponer que no dan toda la información para evitar que la eficacia de su programa sea enjuiciado.

Durante la rehabilitación toman en cuenta a los miembros de la familia y a los amigos del farmacodependiente; otro de los servicios es dar platica a escuelas, empresas y público en general, los cuales no son específicos, intuyo que se basan meramente en la prevención primaria.

Su personal es especializado, se preocupa por la constante capacitación del personal, para elevar la calidad de su servicio; desafortunadamente sus esfuerzos han sido nulos, puesto que el índice de consumo de drogas se ha incrementado.

Manifiestan tener un programa de prevención de recaídas, el cual no se especifica.

d) OCEÁNICA.

En 1991, Jesús Cevallos Coppel en la búsqueda del mejor programa para habla hispana inicia un convenio de transferencia de tecnología con el Betty Ford Center. En 1993 la Sra. Betty Ford y el expresidente Gerald. Ford inauguran el Centro Oceánica en Mazatlán Sinaloa.

Misión: Proveer tratamientos de vanguardia para las adicciones y los trastornos de la conducta alimentaria en un medio ambiente ético y profesional que promueva la transformación integral del individuo, su familia y la sociedad en la que vive.

Visión: Ser la institución líder en el mundo de habla hispana, en el tratamiento de las adicciones y trastornos de la conducta alimentaria.

Filosofía: Reconocen las adicciones y los trastornos de la conducta alimentaria como una enfermedad que afecta física, mental, emocional y espiritualmente al ser humano. Se acercan a esta enfermedad con los valores fundamentales del respeto, dignidad, amor y confidencialidad. Creen que las personas adictas son capaces de recuperarse y desarrollar la integridad y habilidades necesarias para volver a dirigir sus vidas. Y que pueden utilizar el valor y conocimientos adquiridos a través del tratamiento para mejorar su calidad de vida y realizar sus sueños.

Servicios.

DESINTOXICACIÓN Y ESTABILIZACIÓN EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En esta área se da atención las 24 hrs. Después de una exploración física y nutricional el historial de uso de químicos, se hacen exámenes de laboratorio que permiten completar el perfil físico y se diseña el plan individualizado de desintoxicación y el nivel de actividades en el cual puede involucrarse.

Durante la primer semana, si la condición del paciente lo permite se realizan evaluaciones psiquiátricas, psicológicas, sociales, espirituales y familiares; la

información se conjunta para formular el tratamiento mismo que determina el tiempo de estancia.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO.

Algunas de las modalidades terapéuticas son: Asesoría individual, plan nutricional individualizado y supervisado, terapia cognitivo conductual, imagen corporal, terapia de arte, grupo de retos, grupo de duelo, recuperación de trauma, yoga, psicodrama, terapia familiar sistémica, post- tratamiento.

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO.

Es una semana durante la cual se hace una revisión del proceso de recuperación para identificar factores de riesgo de recaída, reafirmar los conocimientos adquiridos y desarrollar nuevas estrategias de apoyo y soporte.

PROGRAMA FAMILIAR.

Provee educación y apoyo a los miembros de la familia. Tiene como objetivo el entendimiento de la enfermedad como la liberación del sentimiento de culpa y la toma de responsabilidades de la recuperación. Es un programa educativo vivencial. (<http://www.oceanica.com.mx>).

Este centro ve al adicto como enfermo.

Cuenta con personal especializado, realizan evaluaciones psicológicas, ofrece psicoterapia individual y seguimiento psicológico familiar e individual como parte del programa de reforzamiento; pero no da información sobre el porcentaje de recaídas. Se centra únicamente en la personalidad del adicto y en como afecta psicológicamente al sujeto y a su familia, pero no toma en cuenta a los demás factores psicosociales que influyen en las recaídas (escuela, amigos, trabajo y medios de comunicación), tampoco da tratamiento de seguimiento, sino que los canalizan a los grupos de Alcohólicos Anónimos más cercanos al domicilio del adicto. No refiere el periodo que se requiere para completar el tratamiento.

e) VIVE SIN DROGAS.

Es la campaña creada por Fundación Azteca para la prevención del consumo de drogas y adicciones, que se difunde de manera masiva y permanente.

Misión: Promover una vida libre de drogas y adicciones, especialmente en los grupos más vulnerables al consumo.

Objetivos:

- ψ Ofrecer a los jóvenes las herramientas necesarias para que de forma consciente y decidida elijan vivir sin drogas, y de esta manera contribuir a solucionar el problema de las adicciones.
- ψ Concientizar e informar a los padres y madres de familia sobre la importancia de la participación activa y la integración de todos sus miembros en la prevención de consumo de drogas y adicciones.
- ψ Promover en la sociedad una cultura de salud por medio del amor y respeto a la vida.

En Vive Sin Drogas se encargan de concientizar a jóvenes, adultos y niños en lo que la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) define como:

- ψ Prevención primaria: Encaminada a evitar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- ψ Prevención secundaria: Toda vez que se ha tenido contacto con la sustancia pretende impedir el desarrollo de una adicción o de los trastornos asociados al abuso de sustancias, mediante la detección y derivación oportuna.

Su labor la realizan por medio de una educación formativa e informativa a través de diferentes proyectos como:

- ψ Campaña en Televisión
- ψ Gira Vive sin Drogas

- ψ Conferencia "Sembrando Flores de Vida"
- ψ Seminario para Padres
- ψ Internet: [vivesindrogas.com](http://www.vivesindrogas.com)

(<http://www.vivesindrogas.com>)

uno de los objetivos de esta campaña es ofrecer a los jóvenes las herramientas necesarias para que decida vivir sin drogas, pero no especifican cuales sin estas herramientas , ni como las proporcionan.

Considero que este programa es únicamente informativo, es decir que se centra en la prevención primaria, lo cual es insuficiente para erradicar o disminuir el consumo de fármacos. En cuanto a la prevención secundaria solo la mencionan pero no especifica como la abordan si es que lo hacen y con respecto a la terciaria ni siquiera hacen alusión a esta.

No muestran estadísticas sobre el índice de recaídas.

Toman en cuenta a los medios de difusión para realizar sus campañas, pero no los consideran parte del problema con respecto al consumo de sustancias toxicas.

En sus campañas tratan de involucrar a los jóvenes y a los padres de familia para concienciarlos sobre la prevención, pero no consideran el factor escolar, a los amigos, el ámbito laboral, ni los factores psicológicos, que están inmersos en el problema de las adicciones.

f) CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ).

Es una asociación civil no lucrativa, incorporada al Sector Salud. Las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

Cuentan con una experiencia de más de 35 años. En 1969 un grupo encabezado por la señora Kena Moreno se organizó para responder al creciente consumo de drogas.

El Patronato Nacional y la Asamblea de Asociados son las instancias superiores de Centros de Integración Juvenil; están integradas por personalidades con gran interés en la solución de consumo de drogas y son miembros muy destacados de su comunidad.

La Comisión de Vigilancia y el Consejo Directivo, conformado por la Secretaría de Salud y varias otras secretarías de Estado.

Misión: Contribuir a eliminar o reducir la prevalencia del consumo de drogas en la población, principalmente en aquella expuesta a factores psicosociales de alto riesgo y, en su caso, tratar y rehabilitar a las personas y familiares que ya presentan problemas de adicción.

Visión: Estar presentes en todos aquellos lugares en donde existen situaciones de riesgo que incrementan la posibilidad de que una persona se involucre o continúe en el consumo de drogas, con el fin de promover la prevención, el tratamiento integral y la reintegración social. Ser generadora de opinión en el ámbito científico nacional e internacional en materia de adicciones, incluyendo tabaco y alcohol.

Objetivo: Contribuir en la disminución de la demanda de drogas legales e ilegales o la reducción de la edad del primer contacto con las drogas, mejorando al mismo tiempo la sensibilidad y el conocimiento de la sociedad respecto a este problema de salud pública (<http://www.cij.gob.mx>).

De acuerdo con su discurso sus actividades están encaminadas a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación científica. Su objetivo es eliminar o

reducir la prevalencia del consumo de drogas, así como la demanda de drogas legales e ilegales, su visión es promover la prevención, el tratamiento integral y la reintegración social; sin embargo no comentan como lo lograrán.

No habla sobre los dirigentes y tampoco proporcionan información sobre las estadísticas del consumo de sustancias, ni de rehabilitación y recaída.

Me parece que la información que proporciona es muy superficial, ya que no especifica en que consiste el programa, cuanto tiempo dura, si intervienen familiares, amigos, si brindan pláticas informativas a escuelas y empresas

En México contamos con una gran variedad de instituciones dedicadas primordialmente a tratar el problema de las adicciones, todas tienen la misión de rehabilitar a las personas que consumen alguna droga, así como brindar apoyo a los familiares; estas fundaciones ven a la adicción como una enfermedad propiciando que el usuario no asuma su responsabilidad.

A manera de conclusión podemos decir que; a pesar de tener el mismo fin su metodología es diferente, ya que algunos de los programas son dirigidos por ex-adictos, desarrollándolo de acuerdo a sus experiencias, ya que consideran que sirve de estímulo para las personas con la misma problemática, ellos también se encargan de realizar la valoración de los integrantes del grupo, de la misma forma se manejan los programas familiares, en este caso las familias con mayor tiempo son las que desarrollan el rol de dirigentes.

En otras fundaciones la metodología es multidisciplinaria, ya que participan médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales, cada uno tiene una función específica tanto con el adicto como con la familia, de esta manera logran determinar cuales son las áreas que tienen que trabajar para desarrollar habilidades que les permitan tener mejor comunicación e interacción; de igual modo integran al a los amigos del drogodependiente en el proceso de

rehabilitación, para que logren comprender con claridad lo que es la adicción. También incluyen elementos preventivos para las recaídas en donde los familiares y amigos pueden distinguir los síntomas o manifestaciones del proceso.

Sin embargo a pesar del arduo trabajo que realizan dichas instituciones, el índice de recaídas es elevado, propiciando que se pongan en duda los programas de rehabilitación.

Huante B. (2004) Tomás López Hernández, vicepresidente del Consejo Directivo del Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción, AC (CRREAD) informó que el 70% de los que ingresan a un programa de este tipo recaen.

(<http://www.aca-novenet.com.mx/portada/070903/06NUEVE.html>)

Si algunos de los programas que se mencionaron anteriormente desarrollaran programas preventivos, de detección y tratamientos tomando en cuenta los factores psicológicos, y sociales que están presentes en la vida del adicto y que los hace vulnerables ante las drogas favoreciendo el proceso de recaída; posiblemente el consumo de sustancias disminuiría notablemente y por consiguiente las recaídas .

VI. OBJETIVOS.

- ψ Conocer cuales son los factores psicosociales que impiden que los programas de rehabilitación cumplan satisfactoriamente su propósito.
- ψ Conocer cuales son las causas que impiden que los adictos se rehabiliten satisfactoriamente.

VII. HIPÓTESIS.

Ho:

1. Los programas de rehabilitación proporcionan las herramientas suficientes para que el individuo logre reintegrarse a la sociedad sin recaer.
2. Los programas de rehabilitación dan seguimiento psicológico a los adictos y a sus familiares.
3. Los programas de rehabilitación favorecen el desarrollo de la autoestima del adicto.
4. Los programas de rehabilitación para adictos incluyen talleres ocupacionales que les permite olvidar su adicción.
5. Los programas de rehabilitación hacen que el adicto se haga responsable de sus actos y de las consecuencias de los mismos.
6. Los adictos en rehabilitación no tienen recaídas posteriores porque tienen buena comunicación con sus familiares.
7. Los amigos no influyen en la recaída del adicto.
8. Los problemas familiares no contribuyen en la recaída del adicto.
9. Los medios masivos de comunicación no influyen en la recaída del adicto.
10. El individuo que proviene de una familia adicta no tiene mayor predisposición para recaer.

Ha:

1. Los programas de rehabilitación no proporcionan las herramientas suficientes para que el individuo logre reintegrarse a la sociedad sin recaer.
2. Los programas de rehabilitación no dan seguimiento psicológico a los adictos ni a sus familiares.
3. Los programas de rehabilitación no favorecen el desarrollo de la autoestima del adicto.
4. Los programas de rehabilitación no incluyen talleres ocupacionales que les permita olvidar su adicción.
5. Los programas de rehabilitación no propician que el adicto se haga responsable de sus actos y de las consecuencias de los mismos.
6. Los adictos en rehabilitación tienen recaídas posteriores porque no tienen buena comunicación con sus familiares.
7. Los amigos influyen para que el individuo recaiga en su adicción.
8. Los problemas familiares contribuyen en la recaída del adicto.
9. Los medios masivos de comunicación influyen en la recaída del adicto.
10. El individuo que proviene de una familia adicta tiene mayor predisposición para recaer.

VIII. JUSTIFICACIÓN.

A través del tiempo hemos visto como se ha ido modificando el uso de sustancia que perturban o alteran los procesos del pensamiento; nuestros antepasados utilizaban dichas sustancias con fines ceremoniales, y con el paso del tiempo se ha ido abusando de los efectos de estas y por consiguiente se ha hecho un mal uso.

Anteriormente estas sustancias eran únicamente utilizadas por determinadas personas (profetas, sacerdotes, chamanes, guerreros y curanderos) de la tribu o comunidad, hoy en día el acceso a estas drogas es cada vez más fácil y cualquiera tiene esta oportunidad, desafortunadamente en la actualidad es común ver que desde temprana edad (8 años de edad), se recurra a drogas legales como el alcohol y el cigarrillo. Esto es sumamente alarmante es por eso que actualmente en México se han tenido que desarrollar programas de rehabilitación dirigidos específicamente al trato de las adicciones, estos programas se desarrollan en diversas instituciones tanto gubernamentales como privadas; sin embargo estos programas parecen no ser suficientes para erradicar el consumo de sustancias, ya que no toman en cuenta todos los factores psicosociales que intervienen para que los farmacodependientes regresen a sus patrones de conducta disfuncionales y poder reinsertarlos en la sociedad, así mismo tomando en cuenta el informe de Tomás López Hernández en el que refiere que el 70% de los que ingresan a un programa de rehabilitación recaen; estos son los principales motivos por los que considero importante realizar esta investigación.

IX. METODOLOGÍA.

Esta investigación se llevó a cabo con personas que han estado en grupos de auto ayuda, estas instituciones son abierta, es decir que el número de internos es variable ya que en cualquier momento pueden ingresar nuevas personas con el problema de la fármacodependencia, así mismo las edades de la población oscilan entre los 24 y los 52 años de edad; a pesar de ser abierta en cuanto a los internos no es sencillo que los dirigentes permitan que personas no adictas o que no tengan relación con los internos pueda incorporarse al grupo.

Por lo que este trabajo se realizó a través del método **Exploratorio**, pues este se utiliza en los casos en los que hay poco conocimiento sobre un problema en particular. De manera que los únicos enunciados que se pueden utilizar para guiar el estudio son las hipótesis (Mcguigan F. 2001 pp. 459).

a) Construcción de categorías.

Las categorías se construyeron de acuerdo a las hipótesis, las cuales tienen como base el marco teórico, en el que se hace mención de los factores que intervienen en la recaída de los drogodependientes, así como las áreas que trabajan las diversas instituciones dedicadas a la rehabilitación de dichas personas.

CATEGORÍAS.		PREGUNTAS.
Familia.	Comunicación.	<p>12. ¿Como es su relación con sus padres?</p> <p>13. ¿Como es la relación con su hermano (os)?</p> <p>14. ¿Como se siente cuando esta con su familia?</p> <p>18. ¿Sus familiares acudían a juntas especiales para entender su consumo?</p> <p>23. ¿Cuando tiene algún problema lo platica con su familia?</p>
	Valores.	<p>57. ¿Sabe que son los valores?</p> <p>58. Mencione los valores que tiene en su casa.</p> <p>59. Mencione cuales son los valores que usted tiene.</p>
	Estilo de crianza.	<p>6. ¿Tiene algún familiar que consuma alcohol y/o drogas?</p> <p>7. ¿Con quien vivía cuando era niño?</p> <p>8. ¿Cuando era niño la primer persona a la que vio consumir alcohol y/o drogas fue?</p> <p>20. ¿Cuando era niño sus padres pasaban tiempo con usted?</p> <p>22. ¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?</p> <p>58. Mencione los valores que tiene en su casa.</p>

	Modelamiento.	<p>6. ¿Tiene algún familiar que consuma alcohol y/o drogas?</p> <p>8. ¿Cuando era niño la primer persona a la que vio consumir alcohol y/o drogas fue?</p> <p>9. ¿Quien lo invito a probar por primera vez el alcohol y/o las drogas?</p> <p>10. ¿Cuando llegaba a su casa alcoholizado o drogado cual era la reacción de su familia?</p> <p>26. ¿Cuando acude a una reunión o fiesta con sus amigos, siempre hay bebidas alcohólicas?</p>
	Interacción.	<p>12. ¿Como es su relación con sus padres?</p> <p>13. ¿Como es la relación con su hermano (os)?</p> <p>14. ¿Como se siente cuando esta con su familia?</p> <p>18. ¿Sus familiares acudían a juntas especiales para entender su consumo?</p> <p>20. ¿Cuando era niño sus padres pasaban tiempo con usted?</p> <p>21. ¿Se sentía protegido cuando estaba con sus padres?</p> <p>22. ¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?</p> <p>23. ¿Cuando tiene algún problema lo platica con su familia?</p>

Medio social.	Influencia de los amigos.	<p>6. ¿Tiene algún familiar que consuma alcohol y/o drogas?</p> <p>24. ¿La (s) pareja (as) que tiene o ha tenido, consumen o consumían drogas o alcohol?</p> <p>25. ¿Sus amigos consumen drogas y/o alcohol?</p> <p>28. ¿Generalmente cuando se drogaba o alcoholizaba estaba con sus amigos?</p> <p>29. ¿Empezó a tomar drogas y/o alcohol por que sus amigos le insistieron para que lo hiciera?</p> <p>30. ¿Sus compañeros de trabajo consumen alcohol y/o drogas?</p>
	Presión social.	<p>55. ¿Ha hecho cosas que le desagradan porque le da pena decir que NO?</p> <p>56. ¿Si algo le molesta prefiere no decirlo para no tener problemas?</p>
	Pertenencia al grupo.	<p>25. ¿Sus amigos consumen drogas y/o alcohol?</p> <p>27. ¿Cree que tomar alcohol o drogas lo hace popular entre sus amigos?</p> <p>28. ¿Generalmente cuando se drogaba o alcoholizaba estaba con sus amigos?</p> <p>29. ¿Empezó a tomar drogas y/o alcohol por que sus amigos le insistieron para que lo hiciera?</p>
Medio laboral.	Bajo rendimiento laboral.	33. ¿Comete errores con frecuencia en su trabajo?
	Ausentismo.	40. ¿Falta constantemente a su trabajo?
	Aumento de accidentes.	<p>33. ¿Comete errores con frecuencia en su trabajo?</p> <p>36. ¿En varias ocasiones ha tenido accidentes en su trabajo?</p>

	Relación laboral conflictiva.	34. ¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo? 39. ¿Generalmente tiene problemas con su jefe?
	Dificultad para concentrarse en el trabajo.	32. ¿Se le dificulta concentrarse en su trabajo? 35. ¿Olvida fácilmente las cosas?
Medios de comunicación.	Distorsión de la realidad.	42. ¿Piensa que el alcohol o la droga le puedan dar fuerza y valor, para enfrentar sus problemas? 44. ¿Ha llegado a pensar que necesita el alcohol o la droga para divertirse en alguna fiesta o reunión? 47. ¿Cuando consume bebidas alcohólicas y/o drogas, se siente más seguro para acercarse a la persona que le gusta? 48. ¿Considera que cuando toma alcohol, las demás personas lo ven más atractivo?
	Moda.	45. ¿Cree que los comerciales sobre bebidas alcohólicas, provoquen que las personas empiecen a consumir alcohol y otras drogas? 46. ¿Considera que las canciones de moda que tienen mensajes sobre drogas y alcohol, provocan que desee consumir estas sustancias?

	Promoción de bebidas alcohólicas.	<p>41. ¿Cuando ve en la televisión anuncios de bebidas alcohólicas, siente necesidad de tomar?</p> <p>43. ¿Considera que los comerciales sobre bebidas alcohólicas generan curiosidad para que las consuman?</p> <p>45. ¿Cree que los comerciales sobre bebidas alcohólicas, provoquen que las personas empiecen a consumir alcohol y otras drogas?</p> <p>46. ¿Considera que las canciones de moda que tienen mensajes sobre drogas y alcohol, provocan que desee consumir estas sustancias?</p> <p>49. ¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?</p>
Personalidad.	Autoestima.	<p>15. Menciones 5 cosas buenas de usted.</p> <p>16. Menciones 5 cosas negativas de usted.</p> <p>17. ¿Que cree que las demás personas piensen de usted?</p>
	Sobre valoración.	<p>42. ¿Piensa que el alcohol o la droga le puedan dar fuerza y valor, para enfrentar sus problemas?</p> <p>47. ¿Cuando consume bebidas alcohólicas y/o drogas, se siente más seguro para acercarse a la persona que le gusta?</p>
	Asertividad.	<p>53. ¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?</p> <p>55. ¿Ha hecho cosas que le desagradan porque le da pena decir que NO?</p> <p>56. ¿Si algo le molesta prefiere no decirlo para no tener problemas?</p>
	Autoimagen.	<p>15. Menciones 5 cosas buenas de usted.</p> <p>16. Menciones 5 cosas negativas de usted.</p>

	Toma de decisiones.	<p>31. ¿Casi siempre espera que alguien le diga lo que tiene que hacer?</p> <p>37. ¿Cuando tiene un problema, casi siempre alguien le ayuda a resolverlo?</p> <p>38. ¿Casi siempre toma la iniciativa para hacer las cosas?</p> <p>50. ¿Ha llegado a pensar que tomar decisiones apresuradamente y sin pensar, lo han hecho caer en las drogas y el alcohol?</p>
	Aislamiento.	<p>51. ¿Prefiere estar la mayor parte del tiempo solo?</p> <p>52. ¿Casi siempre esta con otras personas?</p>
	Cambios de conducta.	<p>54.¿ Durante el día se siente: enojado, triste, nervioso, contento, tranquilo, etc?</p>

De acuerdo al marco teórico existen 5 áreas fundamentales (Familia, Medio social, Medio laboral, Medios de comunicación y Personalidad), las cuales se deben tomar en cuenta en el tratamiento de los fármacodependientes, para de esta forma prevenir y evitar las recaídas.

CATEGORÍAS.	FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RECAÍDA.
ψ Familia.	Comunicación, Valores, Estilo de crianza, Modelamiento, Interacción.
ψ Medio social.	Influencia de los amigos, Presión social, Pertenencia al grupo.
ψ Medio laboral.	Bajo rendimiento laboral, Ausentismo, Aumento de accidentes, Relación laboral conflictiva, Dificultad para concentrarse en el trabajo.
ψ Medios de comunicación.	Distorsión de la realidad, Moda, Promoción de bebidas alcohólicas.
ψ Personalidad.	Autoestima, Sobre valoración, Asertividad, Autoimagen, Toma de decisiones, Aislamiento, Cambios de conducta.

A continuación se muestran las áreas que trabajan las diversas instituciones dedicadas a la rehabilitación de farmacodependientes.

CATEGORIAS.	PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN.					
	CONADIC	A.A	M.F.	O	V.S.D.	CIJ.
Familia.		Apoyo a familiares, Interacción con los familia, Valores.	Interacción y comunicación con los familiares y Apoyo psicológico para la familia.	Evaluación psicológica a los familiares y Terapia familiar sistémica.	Concienciar a los padres sobre el consumo de drogas.	Apoyo a las familiares.
Medio Social.	Proporcionar información a los grupos de alto riesgo.	Pertenencia al grupo.	Platicas a escuelas, Pertenencia al grupo y dar información a los amigos del adicto para que comprendan la adicción.		Proporcionar información a los jóvenes principalmente a los grupos más vulnerables y realizan Giras	
Medio Laboral.			Platicas a empresas.			

Medios de Comunicación.					Utilizan a los medios masivos de comunicación, principalmente la TV, para la difusión de sus campañas contra las adicciones	
Personalidad.			Terapia psicológica individual y grupal, Favorecen la autoestima.	Evaluación psicológica, y Terapia cognitivo conductual y Psicodrama.		Rehabilitación para los adictos.

Abreviaturas:

CONADIC = Consejo Nacional Contra las Adicciones.

A.A. = Alcohólicos Anónimos.

M.F. = Monte Fénix

O = Oceánica.

V.S.D. = Vive Sin Drogas.

CIJ. = Centro de Integración Juvenil.

FUENTES:

www.aa.org.mx/grupos_aa.htm

www.cij.gob.mx

www.conadic.gob.mx

www.montefenix.com.mx

[www. Oceánica.com.mx](http://www.Oceánica.com.mx)

www.vivesindrogas.com

a) Elaboración del instrumento.

El instrumento se integró tomando en cuenta las categorías (Familia, Medio social, Medio laboral, Medios de comunicación y Personalidad), ya que estas dieron lugar a las interrogantes que lo conforman. Consta de 59 items, los cuales se validaron a través del piloteo del mismo.

Los reactivos tienen una redacción sencilla, de tal forma que sea de fácil comprensión para la población a quien está dirigida.

En el instrumento se pide que mencionen algunos datos generales como genero: masculino o femenino, edad, cuantas veces ha estado en rehabilitación y el nombre de las instituciones en las que ha estado; esto es con la finalidad de mantener a los sujetos con la mayor confidencialidad posible.

b) Selección de la población.

El instrumento se aplico a 12 personas de sexo masculino entre 24 y 52 años de edad, que han estado en rehabilitación por 2 o más ocasiones.

c) Aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se realizo a 12 drogodependientes entre los 24 y 52 años de edad, los cuales han estado en rehabilitación por 2 o más ocasiones.

Las encuestas no se realizaron dentro de ninguna institución, ya que como se menciona con anterioridad no permiten el acceso a personas ajenas al grupo, por lo que su condición de consumo en ese periodo se desconoce.

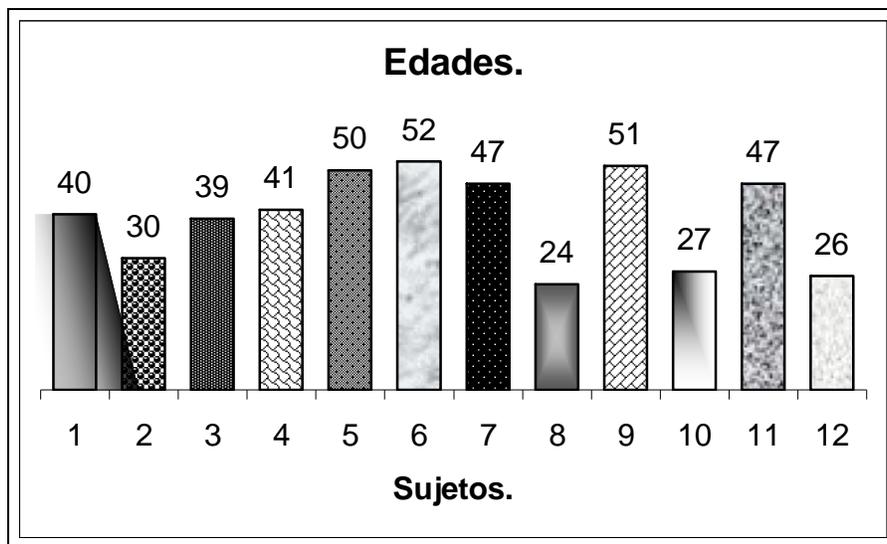
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Se aplicó el instrumento a 12 personas entre 24 y 52 años de edad, que cumplen con los criterios de la investigación.

Los resultados se entregan de manera cualitativa y cuantitativa, mediante tablas y gráficas.

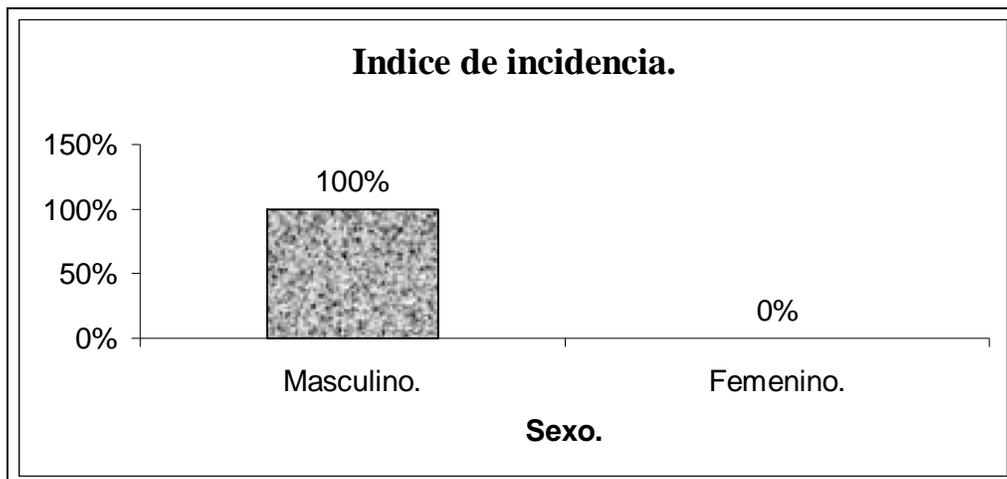
EVALUACIÓN CUALITATIVA.

Edad de los sujetos.



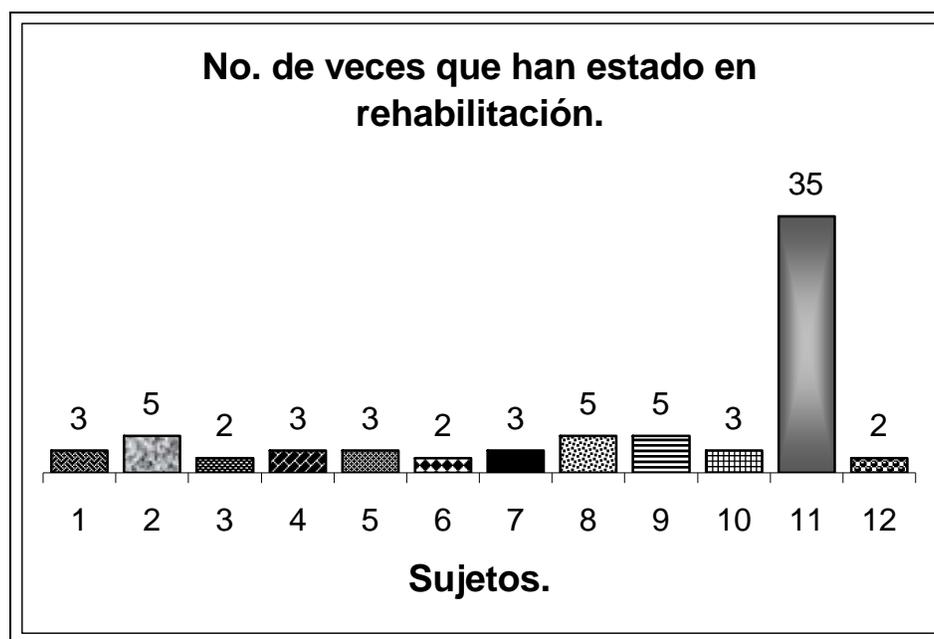
G.1. Esta gráfica nos muestra que la edad de los sujetos que respondieron el cuestionario oscila entre los 24 y 52 años, dando un promedio de 39.5.

Sexo.



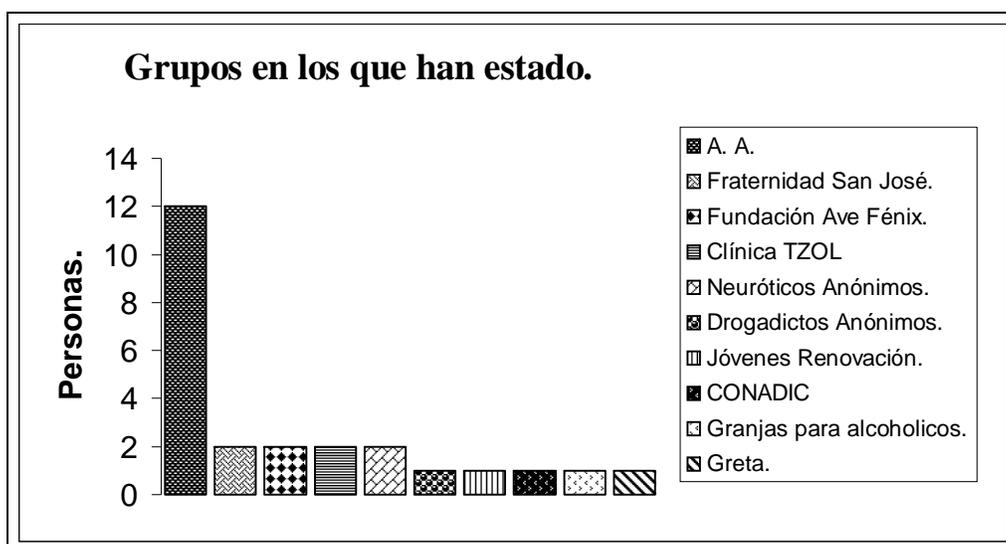
G.2. El 100% de los sujetos son del sexo masculino. Este porcentaje reafirma la información obtenida en distintas evaluaciones e investigaciones realizadas por instituciones dedicadas a la salud pública, tales como CIJ, CONADIC y la Encuesta Nacional de Adicciones; las cuales refieren que los varones son los principales consumidores de alcohol y drogas. (Estos datos se encuentran en la parte de los antecedentes del presente trabajo pag. 6 y 7).

No. de veces que ha estado en rehabilitación.



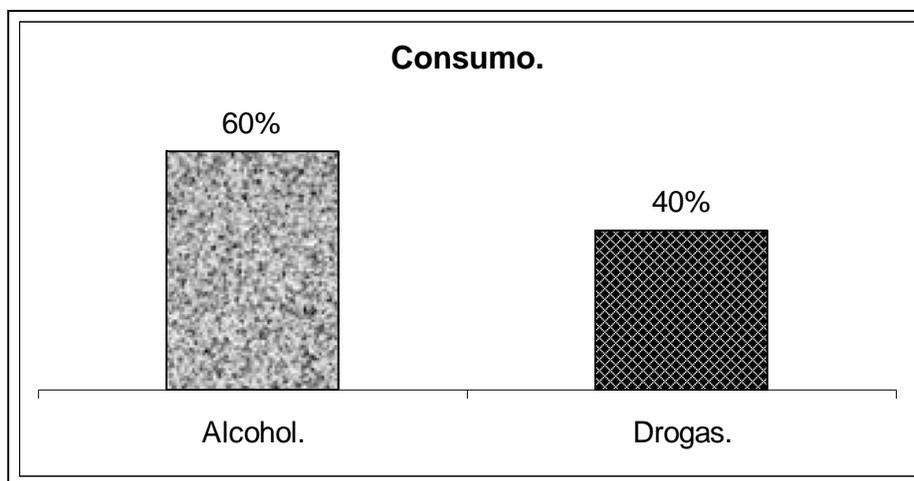
G.3. Se puede observar que las personas entrevistadas han estado en rehabilitación en 2, 3, 5 y hasta en 35 ocasiones; sin embargo la mayoría ha estado en tratamiento en 3 momentos distintos, lo cual indica que existe un alto índice de recaída.

Nombre de las instituciones en las que ha estado por orden cronológico y cuanto tiempo estuvo en cada una de ellas.



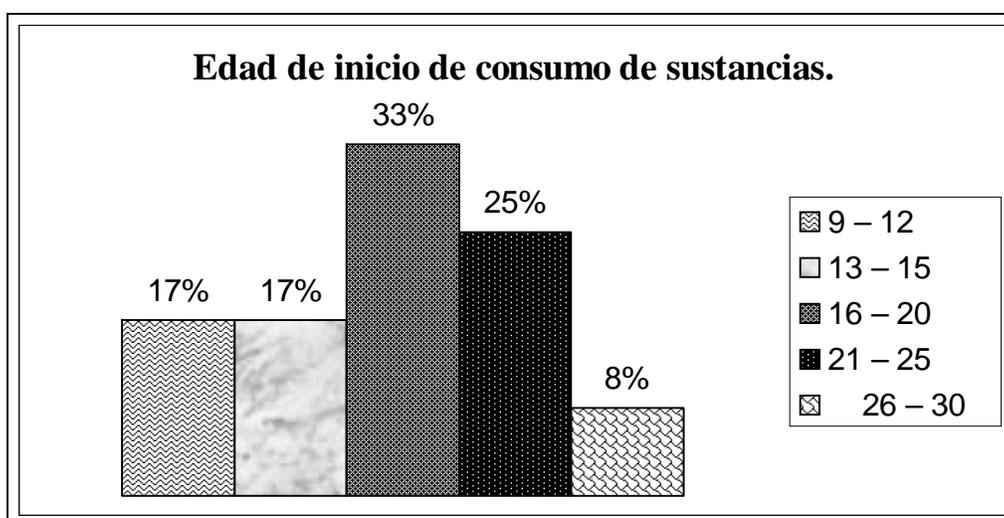
G.4.La gráfica muestra el nombre de las instituciones a las que los sujetos ha asistido para rehabilitarse y la más común es Alcohólicos Anónimos (A.A)., ya que todos los que respondieron el cuestionario han acudido a grupos que pertenecen a dicha institución, posteriormente las que muestran mayor frecuencia son: Fraternidad San José, Fundación Ave Fénix, Clínica TZOL y Neuróticos Anónimos, finalmente se hace mención de los centros de desintoxicación con menor asistencia: Drogadictos Anónimos, Jóvenes Renovación, CONADIC, Granjas para alcohólicos y Greta.

Pregunta No.1 ¿Que sustancia o sustancias consumía?



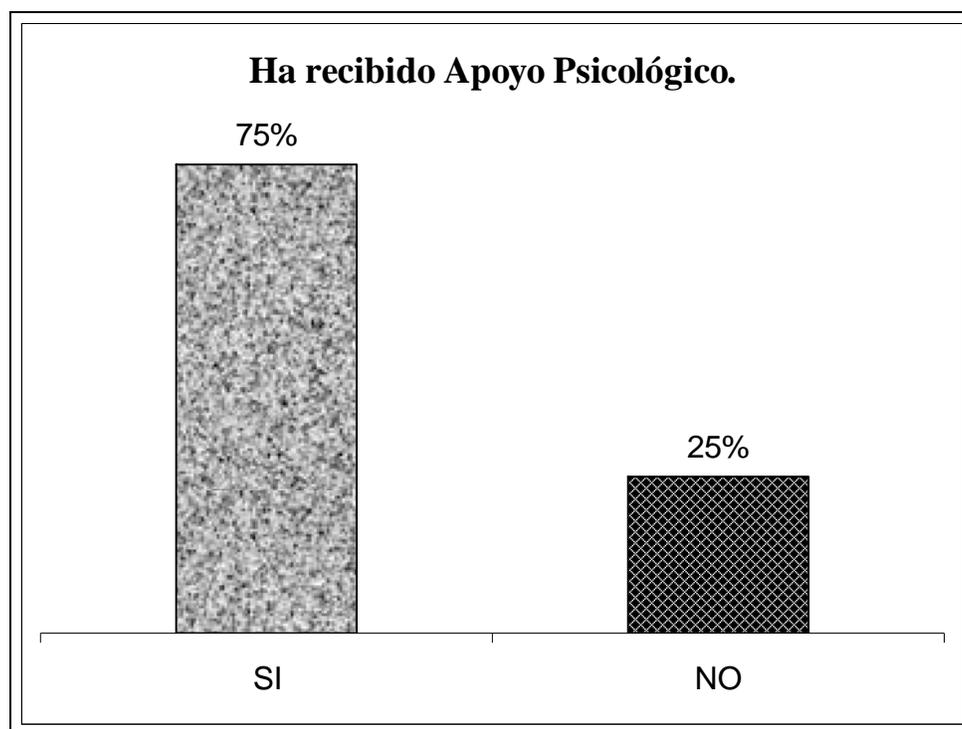
G.5. El 60% de las personas entrevistadas consumían alcohol y el 40% drogas; tres de ellos señalaron que ingerían ambas.

Pregunta No.2. ¿A que edad empezó a consumir alcohol y/o drogas?



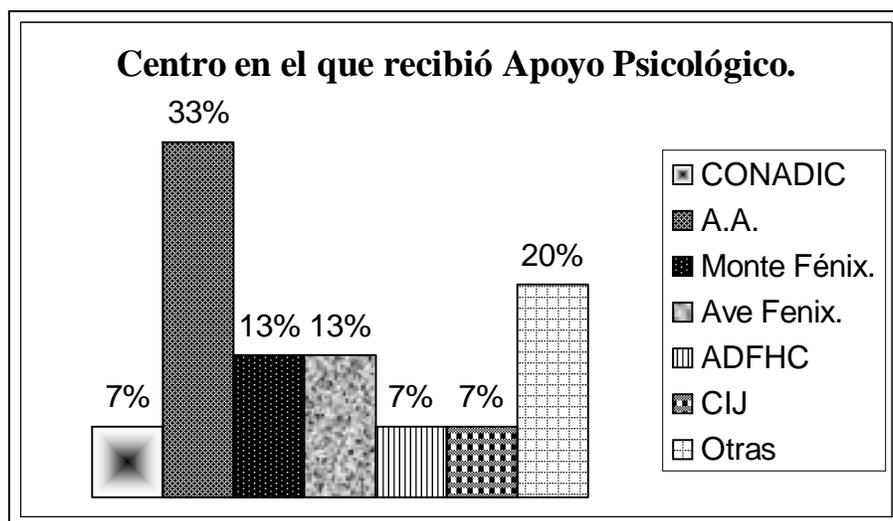
G.6. La edad de inicio predominante es de los 16 a los 20 años, seguida de los 21 a los 25 ambos datos nos dan un porcentaje del 58%; de los 9 a los 12 como de los 13 a los 15 tienen el mismo porcentaje dando un 34% y finalmente con el 8% tenemos de los 26 a los 30 años. Lo anterior coincide con los datos que reporta CIJ con respecto a la edad de inicio durante el año 2002, ya que de acuerdo a sus investigaciones esta es de los 10 a los 19 años.

Pregunta No.3. ¿Alguna vez durante sus rehabilitaciones, ha recibido apoyo psicológico?



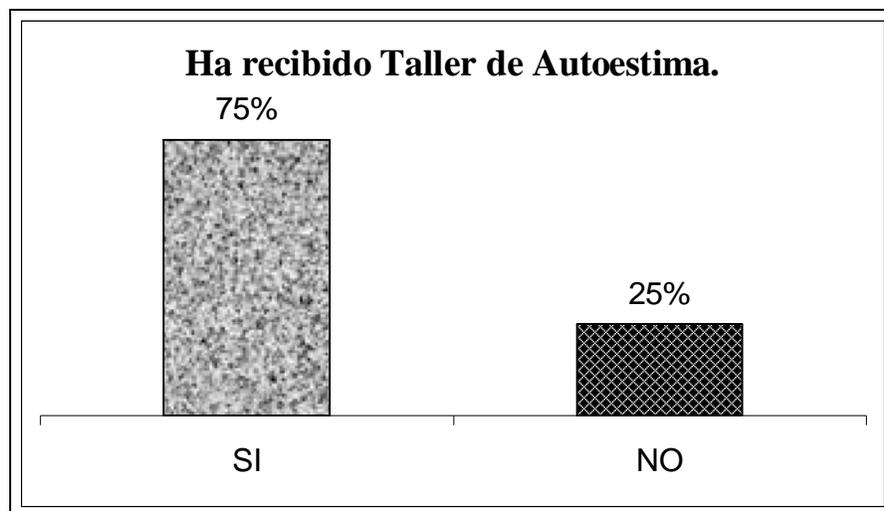
G.7. El 75% de los individuos creen haber recibido apoyo psicológico durante su rehabilitación, mientras que el 25% no; es posible que las personas que respondieron el cuestionario no sepan o confundan el termino, ya que como se menciono anteriormente todos han estado en grupos que pertenecen a Alcohólicos Anónimos (A.A.) y estos no proporcionan atención psicológica.

Continuación de la Pregunta No. 3. ¿En que centro de rehabilitación recibió apoyo psicológico?



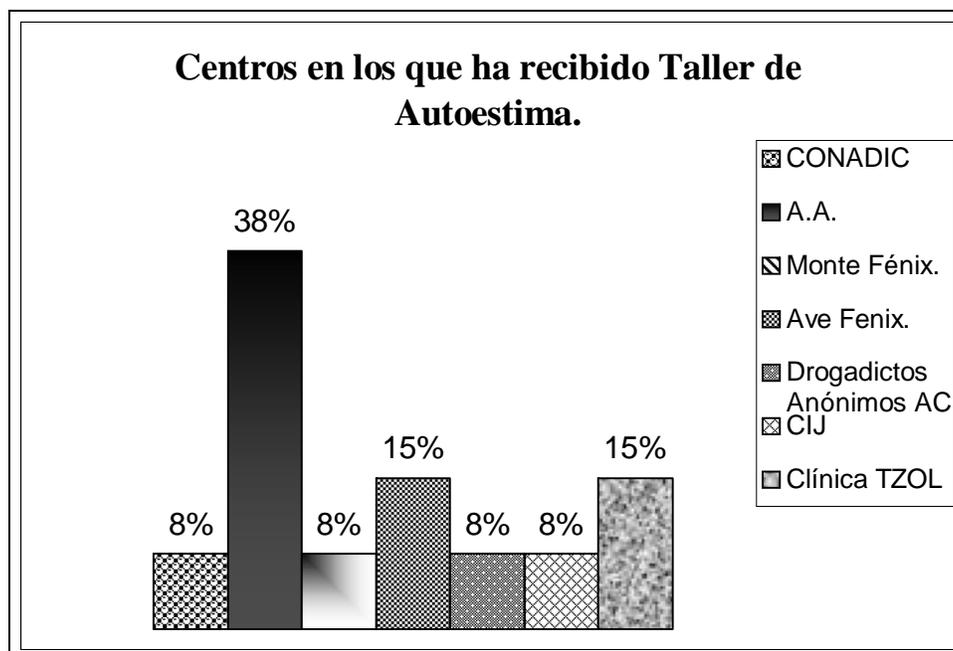
G.8. El 33% menciona que recibió este apoyo en Alcohólicos Anónimos (A.A), lo cual no es factible por que A.A. no cuenta con atención psicológica, el 20% en Otras instituciones no especificadas, seguidas de Monte Fénix y Ave Fénix con un 26% entre las dos y finalmente con un total del 21% entre CONADIC, ADFHC y CIJ. Por lo que podemos observar que solo el 47% de las Instituciones proporciona este servicio, sin que sea significativa esta asistencia, ya que de acuerdo con Tomás López Hernández Vicepresidente del Consejo Directivo del Centro de Recuperación y Rehabilitación para enfermos de Alcoholismo y Drogadicción, AC (CRREAD), el índice de recaída es del 70%.

Pregunta No. 4. ¿Durante sus rehabilitaciones le han dado talleres de autoestima?



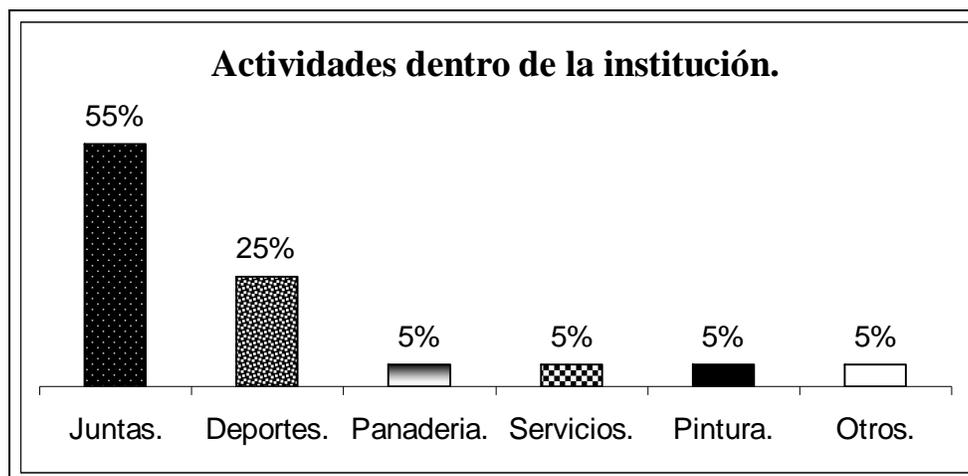
G.9. El 75% de los sujetos menciono haber recibido talleres de autoestima durante la rehabilitación, mientras que el 25% no. Sin embargo cuando se les pide que mencionen cosas negativas y positivas de ellos, tienden a ver más lo negativo (ver grafica de las preguntas No. 15 y 16).

Continuación de la Pregunta No. 4. ¿En que centro de rehabilitación le dieron este taller?.



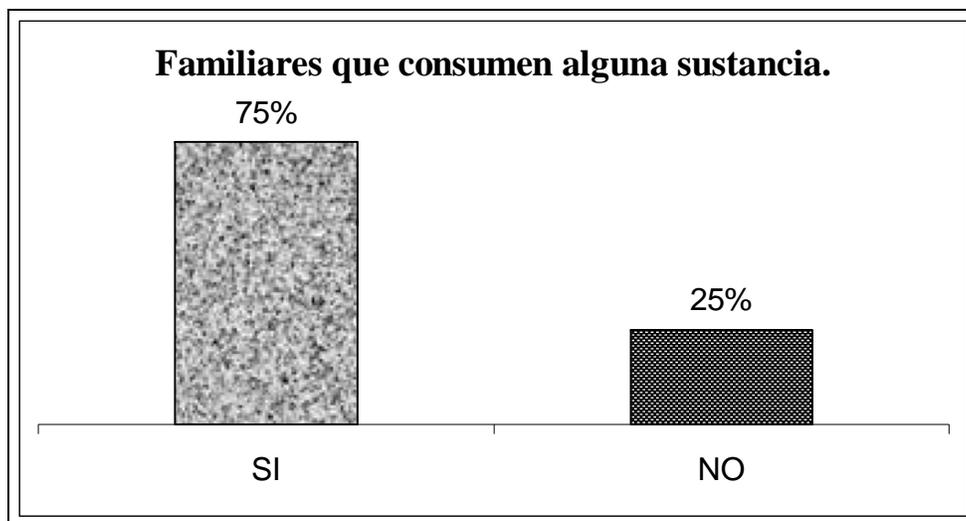
G.10. La institución que predominó fue Alcohólicos Anónimos (A.A.) con el 38%, sin embargo estos grupos tampoco dan este tipo de talleres, lo que ofrecen son pláticas a los farmacodependientes y a sus familiares (juntas), posteriormente, Ave Fénix, Clínica TZOL con el 15% cada una; finalmente con el 8% CONADIC, Monte Fénix, Drogadictos Anónimos y CIJ respectivamente.

Pregunta No. 5. ¿Que actividades realizaba en las instituciones en las que ha estado?



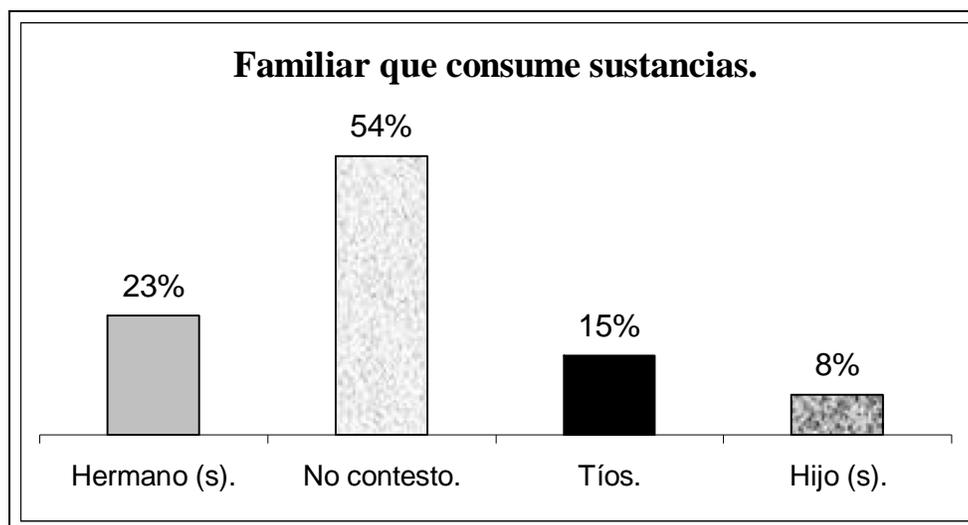
G.11. El 55% de los entrevistados manifestaron que las actividades que realizaban durante la desintoxicación eran Juntas, el 25% Deportes y el 20% restante corresponde a Panadería, Servicios, Pintura y Otros, esta última no fue especificada. De acuerdo con estos porcentajes podemos inferir que la mayoría de los programas de rehabilitación utilizan las juntas como proceso terapéutico, el cual dado el alto índice de recaída (ver pagina 52), parece no se significativo para modificar la conducta adictiva.

Pregunta No. 6. ¿Tiene algún familiar que consuma alcohol y/o drogas?



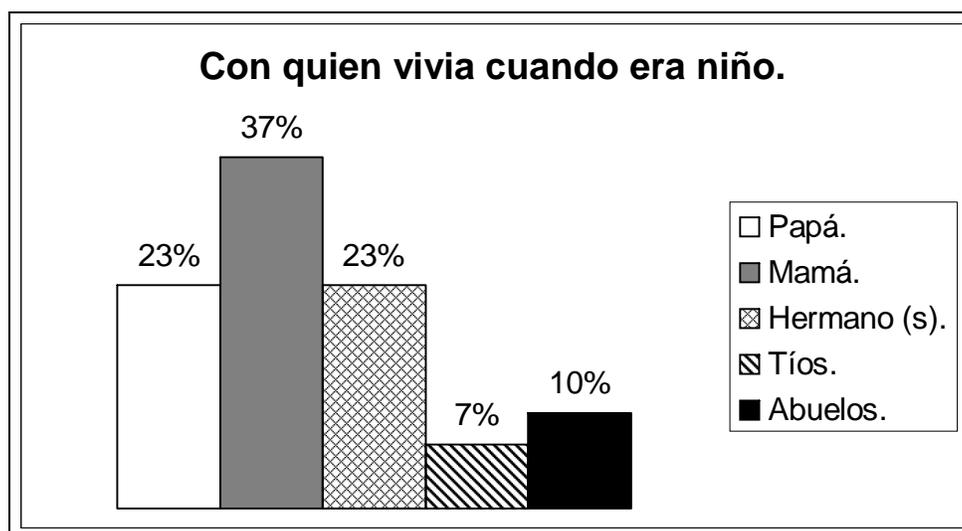
G.12. El 75% de los sujetos indicaron tener algún familiar que consume sustancias y el 25% no. De acuerdo al marco teórico, podemos confirmar que la familia es un factor importante en el aprendizaje de patrones adictivos, más que hereditarios. Así como un factor de riesgo para el inicio y mantenimiento de estas conductas (ver página 19)

Continuación de la Pregunta No. 6. ¿Quien (es)?



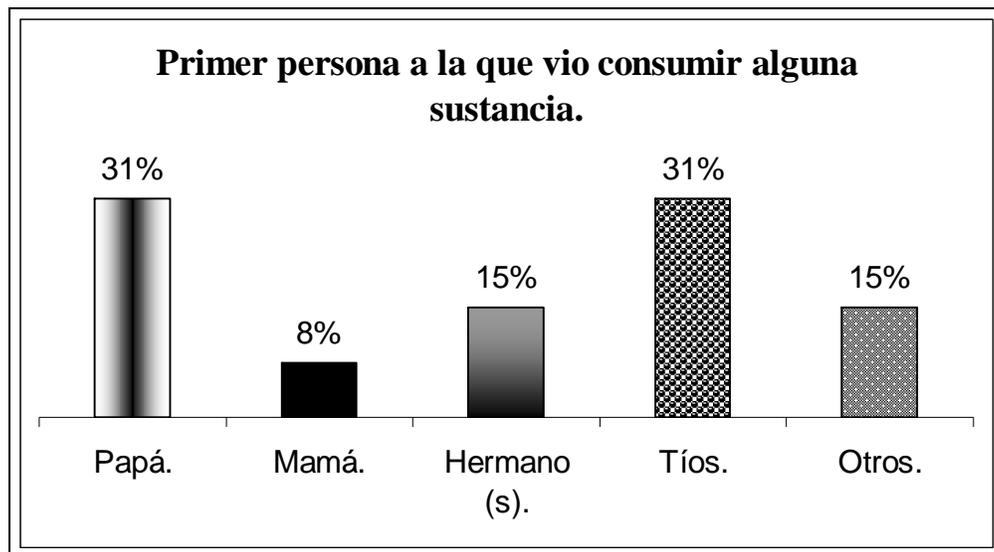
G.13. El 54% no respondieron, se puede inferir que este porcentaje corresponde a los padres, principalmente al papá (ver gráfica de la pregunta 8) mientras que el 23% contestó que el familiar que consume sustancias son Hermano (s), el 15% Tíos y el 8% Hijo (s). Siendo estas figuras significativas de la familia.

Pregunta No. 7. ¿Con quien vivía cuando era niño?



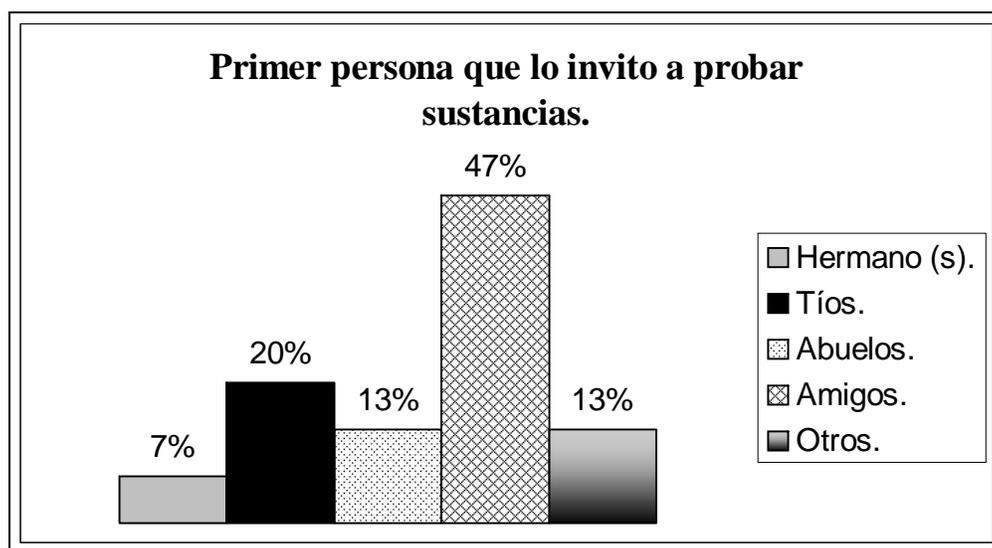
G.14. Esta gráfica muestra que el 37% vivían con su madre cuando eran niños, 23% con el padre, 23% con Hermano (s), 10% Abuelos y 7% con sus Tíos. Con base en los porcentajes que se muestran, se puede decir que en algunos de los casos, los entrevistados provienen de familias monoparentales mientras que otros de familias denominadas extensas (conformadas por padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.).

Pregunta No. 8. ¿Cuándo era niño la primera persona a la que vio consumir alcohol y/o drogas fue?



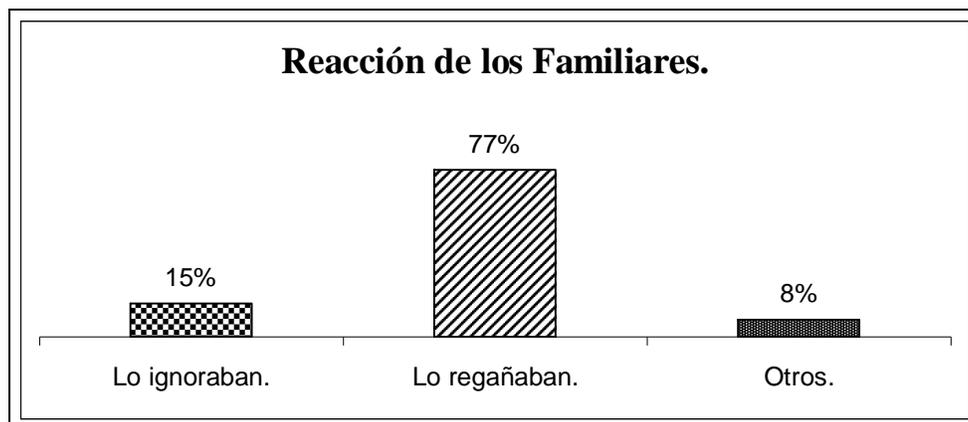
G.15. Los entrevistados señalaron que la primer persona a la que vieron consumir sustancias fue a su papá seguido de Tíos estos dos dan un porcentaje del 62%, posteriormente se ubican Hermano(s), otros no especificados dando el 30% y con el 8% la mamá. El autor Caballero F. (2004). Menciona que la mayoría de las personas con problemas de adicciones tienen antecedentes familiares de consumo de sustancias. Y también podemos inferir que el porcentaje no especificado corresponde a los amigos (ver gráfica de la pregunta 9).

Pregunta No. 9. ¿Quién lo invito a probar por primera vez el alcohol y/o las drogas?



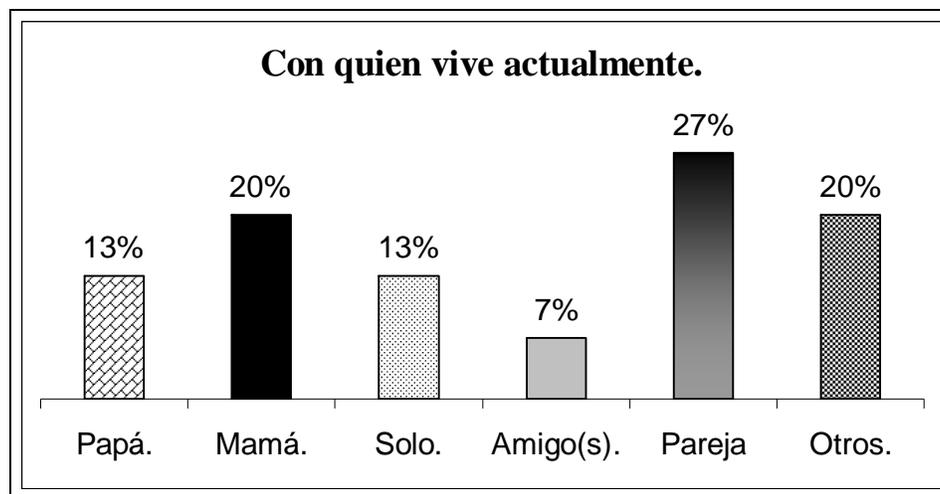
G.16. Al 47% de los sujetos, la persona que los invito a probar alcohol y/o drogas por primera vez fueron sus Amigos, al 20% Tíos, al 13% Abuelos, 13% otros no específicos y al 7% Hermano (s). Esto confirma lo expuesto en el marco teórico en el que se menciona que casi nunca el individuo comienza solo a consumir sustancias (ver pag. 26 del presente trabajo). Así mismo tomando en consideración las edades de inicio de consumo manifestadas con mayor frecuencia en la pregunta No 2 que va de los 16 a los 20 años, podemos reafirmar que debido a los cambios que se experimenta en esta etapa del desarrollo (adolescencia), son más vulnerables a la presión de los pares.

Pregunta No. 10. ¿Cuando llegaba a su casa alcoholizado o drogado cual era la reacción de su familia?



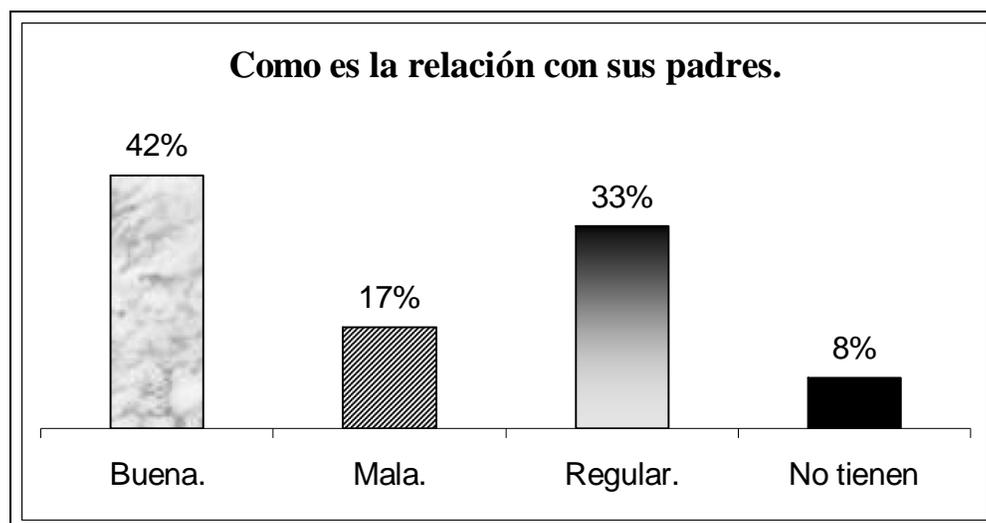
G.17. Al 77% lo regañaban, 15% lo ignoraban y al 8% no explicaron la reacción de sus familiares. En la pagina 20 del presente trabajo se menciona que las personas que crecen en un entorno caótico, es decir violento, rígido, o demasiado flexible, con comunicación mínima o nula y sin atención son más susceptibles a acudir a las adicciones para de esta forma alivia o disminuir su dolor.

Pregunta No. 11. ¿Con quien vive actualmente?



G.18. Actualmente el 27% vive con su pareja, 20% con su mamá, 20% con otros no especificados, 13% con el padre, 13% solo y el 7% con amigos. Se puede concluir que existe una gran codependencia entre los encuestados y sus familiares, principalmente con sus padres, es posible que esto se deba a que los entrevistados tienen una historia poco saludable, es decir que han vivido y por consiguiente aprendido patrones de conducta poco sanos (ver gráficas de las preguntas 6, 8 y 9).

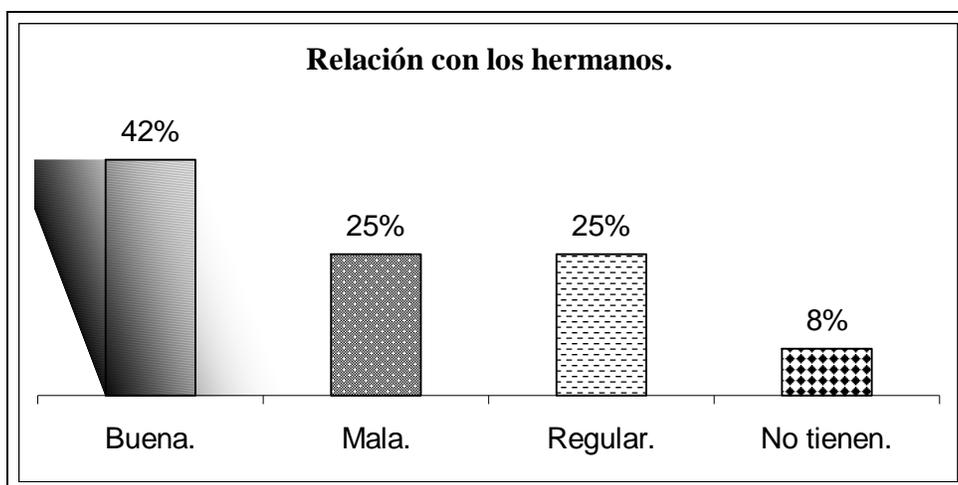
Pregunta No. 12. ¿Como es su relación con sus padres?



G.19. El 42% define la relación con sus padres como buena, el 33% regular el 17% mala y el 8% son huérfanos. Estos datos indican que la mayoría de los encuestados están conformes con su rol de "enfermo o adicto" en el ambiente familiar, ya que es posible que de esta manera su comportamiento negativo sea justificado, propiciando la elusión de sus responsabilidades.

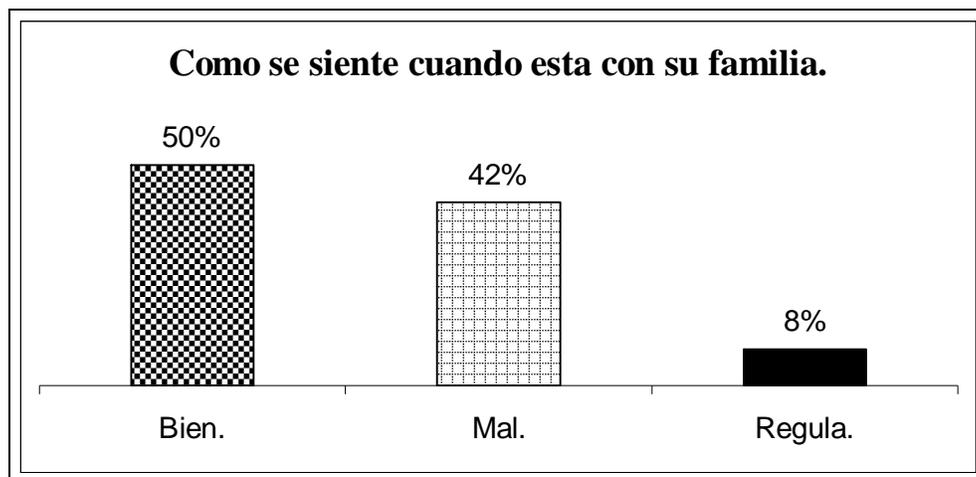
Así mismo esto también puede resultar conveniente para los familiares, puesto que al convivir con una persona "enferma" tienen la opción de reaccionar de acuerdo a las circunstancias, ya sea volcando toda su atención en el farmacodependiente, ignorándolo o culpándolo, obteniendo como ganancia la evasión o disminución de los problemas que no desean enfrentar.

Pregunta No. 13. ¿Como es la relación con los hermano (s)?



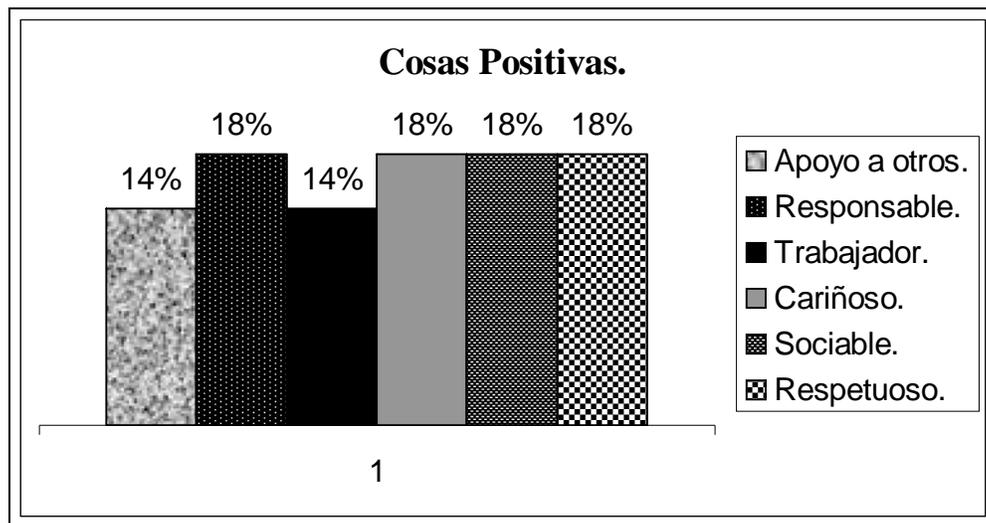
G.20. Al igual que en la gráfica anterior la mayoría de las personas que respondieron el cuestionario 42% perciben que la relación con sus hermanos es buena, el 25% mala, 25% regular y el 8% es hijo único. De acuerdo con estos datos podemos deducir que tanto los padres como sus hermanos se sienten más cómodos conviviendo con alguien en el que pueden depositar todos los aspectos negativos que se suscitan al interior de la familia, e incluso pueden expresar de forma justificada sus pensamientos y conductas negativas, pues convenientemente el causante de estos siempre será el adicto.

Pregunta No 14. ¿Como se siente cuando esta con su familia?



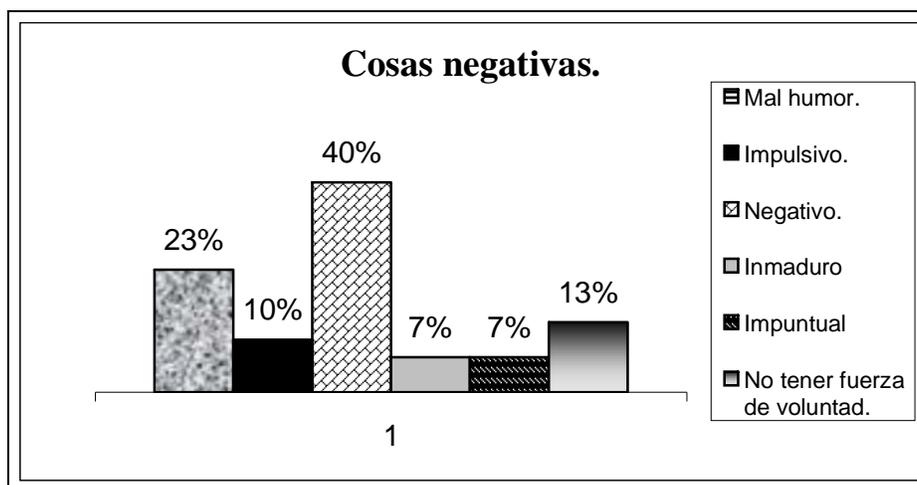
G.21. El 50% se sienten bien cuando están con su familia, 42% mal y 8% regular. Con esto se confirma una vez más que los drogodependientes se sienten a gusto con sus familiares, es probable que esto se deba a la creencia de que sus integrantes “comprenden” las limitaciones que tienen a causa de su enfermedad, y estas conductas y pensamientos adictivos son reforzados constantemente por la familia al sobre protegerlos, dar solución a los problemas que ellos se han generado y acogiéndolos en 2, 3, 5 y hasta en 35 ocasiones en las que han recaído, sin haber consecuencia alguna.

Pregunta No. 15. Menciones 5 cosas buenas de usted.



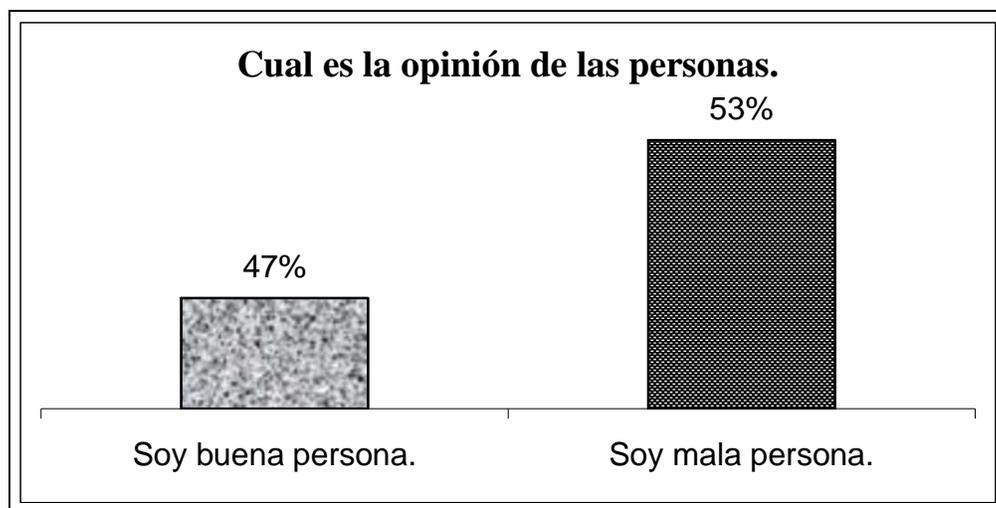
G.22. Haciendo un total del 72% los entrevistados se perciben Responsables, Cariñosos, Sociables, Respetuosos y con el 28% Trabajadores y Brindan apoyo a otros. La mayoría de estas cualidades parecen estar basadas en relación su grupo de apoyo; es decir brindan apoyo a otros que están en las mismas circunstancias que ellos, son responsables porque acuden a las juntas y respetan todos y cada uno de los lineamientos de la institución, también son trabajadores porque realizan las actividades que se les piden en beneficio del grupo y desde luego son sociables porque conviven con los demás integrantes de la asociación.

Pregunta No. 16. Menciones 5 cosas negativas de usted.



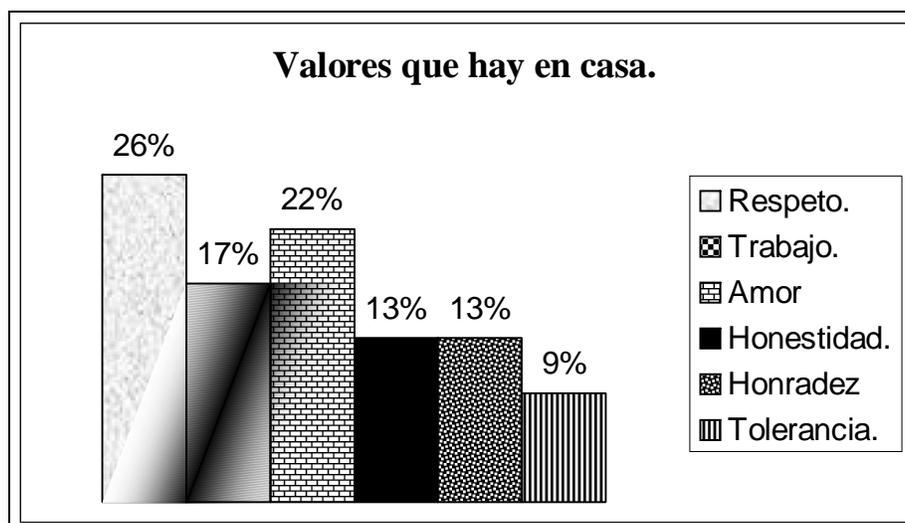
G.23. El 43% de los sujetos se consideran Negativos, 23% con mal humor, 13% sin fuerza de voluntad, 10% Impulsivos 14% inmaduros e impuntuales. Todos estos adjetivos no indican como es que en realidad ellos se perciben a si mismos, sino que ponen de manifiesto la forma en la que han sido etiquetados por los demás y que ellos han adoptado.

Pregunta No. 17. ¿Que cree que las demás personas piensen de usted?



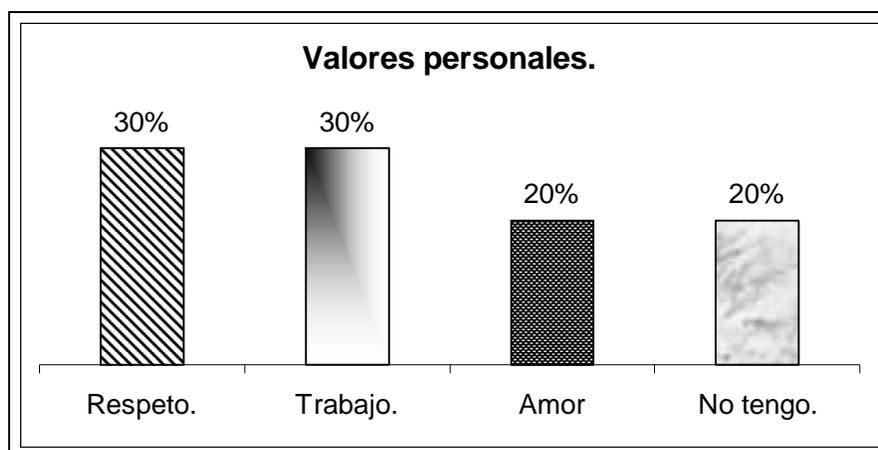
G.24. El 53% perciben que los demás, consideran que son malas personas y el 47% que son buenos. Estos datos corroboran lo expuesto en la grafica anterior correspondiente a la pregunta 16, en cuanto a que los encuestados tienen muy marcado las cosas negativas que los demás piensan de ellos.

Pregunta No. 58. Mencione los valores que tiene en su casa.



G.25. El 26% de los sujetos mencionaron que el Respeto es uno de los valores que hay en su casa, 22% Amor, 17% Trabajo, 13% Honestidad, 13% Honradez y 9% Tolerancia. Estos valores pueden estar relacionados con la creencia de que sus familiares los respetan por aceptar y entender su adicción, así como brindarles amor y apoyo incondicional con tal de que logren reestablecerse.

Pregunta No. 59. Mencione cuales son los valores que usted tiene.



G.26. El 30% de los entrevistados consideran que tienen el valor del Respeto, 30% Trabajo, 20% Amor y el 20% restante creen no tener ninguno y mencionaron que los han ido perdiendo con el tiempo y que han olvidado el significado de la palabra. Estos datos están relacionados con los de la pregunta 15, es decir que se apropia los valores que rigen en su grupo de apoyo, en los que el respeto hacia los otros es primordial, por lo que no pueden juzgar la forma de conducirse de los miembros de la institución "pues ellos no son los culpables de lo que ocurre, los causantes de los problemas son el alcohol y las drogas ya que por la enfermedad que han causado en los farmacodependientes, estos ya no tienen la capacidad de controlarlos "; de la misma manera no deben cuestionar las reglas y métodos que se utilizan para su recuperación, por que sin la ayuda de estos no podían salir a delante por si mismos. En cuanto al valor del trabajo, es medido de acuerdo a la

contribución de los integrantes del grupo, ya sea con apoyo a los compañeros, realizando lo que llaman servicios (barrer, trapear, sacudir, hacer la comida, etc.), e incluso con ayuda económica o con despensa.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA.

	18	20	21	22	27	29	31	40	44	46	47	48	50	51	53	55
20	.667															
21		.707														
22			.632													
33																
34	.707	.707	.625	.632												
37				-.775												
38							.632									
39					.837											
42					.598											
46							.775									
48						.598										
49					.598		.632	.816	.816							
52														.707		
53										.683	.714	.683				
54							.775									
56	.707												.816		.837	.816

El coeficiente de correlación de Pearson mide la relación entre dos variables cuantitativas; proporciona un medio objetivo para examinar una relación, es decir que resume la magnitud y la dirección de la relación entre diferentes variables. (Hopkins K., Hopkins B. y Glass G. 1997 pp. 87-89).

Esta tabla nos muestra que existe una alta correspondencia positiva entre dichas constantes que va desde $p .598$ a $p .837$ y únicamente uno negativa de $p -.775$.

Una correlación positiva es la relación que se observa entre dos variables en la que al cambio en una variable lo acompaña una modificación, en la misma dirección, en la segunda variable. (Kantowitz B, Roediger III H y Elmes D. 2001 pp565).

Una correlación negativa consiste en que un cambio en una variable se acompaña en una modificación, en sentido opuesto, en la segunda variable. (Kantowitz B, Roediger III H y Elmes D. 2001 pp565).

* En relación a la correlación de la pregunta 18 con la 20 donde nos da un CC (coeficiente de correlación) de .667; En el que se cuestiona si los familiares acudían a juntas en el lugar de rehabilitación y si cuando eran niños sus padres pasaban tiempo con ellos, el involucramiento de la familia ya sea para los estilos de crianza o bien para el reforzamiento de la manutención de la adicción son proporcionales, de tal manera que la dependencia que los padres sostuvieron en el estilo de crianza, se mantiene en el momento que el sujeto presenta la dependencia, manifestada a través de su asistencia a las juntas de su rehabilitación. En donde se esta quitando la responsabilidad personal de la “enfermedad” o adicción. Manifestando síntoma de un malestar familiar.

* La correlación entre la pregunta 18 (¿Su familia acudía a juntas especializadas para entender su consumo?) y la 34 (¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo?) tiene un valor de .707, esta correlación indica que los farmacodependientes sienten mayor seguridad en su ambiente familiar, ya que dentro de este se sienten apoyados y protegidos, mientras que en su entorno laboral se tienen que hacer responsables de sus actos, generándoles conflictos por no sentirse comprendidos por sus pares o compañeros de trabajo.

* La pregunta 18 (¿Su familia acudía a juntas especializadas para entender su consumo?) y la 56 (¿Si algo le molesta prefiere no decirlo para no tener problemas?), también tienen una correlación del .707, el soporte de la familia al acudir a los programas de rehabilitación hace que el adicto se sienta protegido por estar “enfermo”, desligándose de sus responsabilidades y siendo poco asertivo

para enfrentar sus problemas por eso prefiere eludirlos antes de enfrentarlos, ya que de lo contrario si decidiera hacer frente por si solo a los problemas y a las consecuencias que estos conllevan, seria como renunciar al apoyo y confort que le brindan en el seno familiar.

* La correlación existente entre la pregunta 20 (¿Cuando era niño sus padres pasaban tiempo con usted?) y la 21(¿Se sentía protegido cuando estaba con sus padres?) es de .707, tomando como base a los autores Chávez M., Solís A., Pacheco G. y Salinas O, podemos decir que la familia es la principal facilitadora de las herramientas necesarias para que el individuo logre desarrollar sus habilidades y capacidades, las cuales posteriormente le serán de utilidad para desenvolverse por si mismo a lo largo de la vida; sin embargo en ocasiones los padres suelen rebasar los limites al sobre proteger a sus hijos, exponiéndolos a una disfuncionalidad social y orillándolos a regresar a pesar de sus 40 años de edad al núcleo primario en el que se satisfacen sus necesidades afectivas.

* Con respecto a la pregunta 20 (¿Cuando era niño sus padres pasaban tiempo con usted?) y la 34 (¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo?), existe una correlación del .707, con base en el marco teórico, en el que se hace referencia a la importancia de la familia como base fundamental para las relaciones interpersonales, se puede decir que cuando el núcleo familiar es armónico sus integrantes tendrán la capacidad de desenvolverse adecuadamente en la sociedad; sin embargo si el individuo proviene de una familia caótica, esto se vera reflejado en la dificultad del sujeto para relacionarse con los demás.

* La interrogante 21 (¿Se sentía protegido cuando estaba con sus padres?) y la 22 (¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?) tienen una correlación .632, como ya se ha mencionado anteriormente la familia es un factor importante de protección para el individuo y mientras más seguridad proporcionen los padres, mayor será el confort de los hijos durante la convivencia.

* En relación a la pregunta 21(¿Se sentía protegido cuando estaba con sus padres?) y la 34 (¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo?), su

coeficiente de correlación es del .625, con esto se corrobora una vez más que la manera en la que se desenvuelve el individuo en su entorno social, no es más que el reflejo de su relación intrafamiliar, ya que al interior de esta se desarrollan las habilidades y capacidades necesarias para que el sujeto pueda interactuar adecuadamente en la sociedad.

* Las preguntas 22 (¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?) y 34 (¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo?) tienen una correlación de .632, esto nos indica que el ser humano desde muy corta edad aprende los patrones de comportamiento de las personas con las que convive en este caso nos referimos específicamente a los padres, poniéndolos en practica a lo largo de su vida; es decir si sus padres lo tratan y se tratan entre si con respeto, el individuo tratara de igual forma a los demás y por el contrario si su trato es conflictivo el sujeto aprenderá que esta es la forma correcta y normal de comportarse con los otros y por consiguiente este comportamiento provoca que surjan problemas con las personas que lo rodean, generando que el farmacodependiente se sienta confundido y rechazado por sus pares.

* El coeficiente de correlación que existe entre la pregunta 22 (¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?), y la 37 (Cuando tiene un problema, casi siempre alguien le ayuda a resolverlo) es del **-0.775**, en ocasiones algunos padres tienen la creencia de que la mejor manera de criar a sus hijos es evitándoles cualquier situación desagradable, impidiéndoles experimentar por si mismos cada una de las fases de su desarrollo, generando en el individuo una sensación de malestar la cual con el paso del tiempo la expresara en diversas formas, ya sea asumiendo una actitud de sumisión y dificultades para relacionarse o de rebeldía, esta ultima puede orillar al individuo a buscar la solución a sus problemas en las drogas antes de acudir a alguien para que le ayude a resolverlos.

* Existe una correlación del .837 entre la pregunta 27 (¿Cree que tomar alcohol o drogas lo hace popular entre sus amigos?) y la 39 (¿Generalmente tiene problemas con su jefe?), es posible que los drogodependientes se sientan

confundidos al no poder entender como es que sus amigos los respetan, comprenden e incluso admiran y su jefe no percibe sus cualidades; esto ultimo ocurre debido a que el adicto experimenta una serie de alteraciones tanto en su conducta como en su estabilidad emocional, además de que sus funciones motoras y psíquicas también se ven afectadas, provocando que su rendimiento laboral no sea el optimo, llegando a generar accidentes en el lugar de trabajo, disminución de la productividad, y también problemas con sus compañeros de trabajo y por ende con su jefe.

* La correlación entre la pregunta 27 (¿Cree que tomar alcohol o drogas lo hace popular entre sus amigos?) y la 42 (¿Piensa que el alcohol o la droga le puedan dar fuerza y valor, para enfrentar sus problemas?) es del .598, esto prueba que los farmacodependientes consumen alcohol y drogas por que le “ayuda a evadir la realidad, proporcionándoles una mejor visión de esta”.

* En cuanto a las preguntas 27 (¿Cree que tomar alcohol o drogas lo hace popular entre sus amigos?) y 49 (¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?) su correlación es de .598, los medios masivos de comunicación proporcionan al receptor información errónea sobre los efectos que las drogas legales (alcohol y cigarros), producen, distorsionando la realidad, haciéndoles creer que estas sustancias les ayudaran a ser exitosos en las relaciones interpersonales.

* Existe una correlación del .598 entre las preguntas 29 (¿Empezó a tomar drogas y/o alcohol por que sus amigos le insistieron para que lo hiciera?) y 48 (¿Considera que cuando toma alcohol, las demás personas lo ven más atractivo?), la influencia y presión de los pares, generalmente resulta difícil de evitar cuando el individuo no tuvo o fue débil la relación familiar, aumentando la probabilidad de que el sujeto no se sienta conforme consigo mismo y por esta razón tenga la necesidad de buscar su identidad y aceptación, con amistades que lo orillan a tomar decisiones precipitadas cuyas consecuencias pueden alterar su entorno familiar, escolar y laboral.

* Las preguntas 31 (¿Casi siempre espera que alguien le diga lo que tiene que hacer?) y 38 (¿Casi siempre toma la iniciativa para hacer las cosas?) tienen una correlación del .632; generalmente las personas con problemas adictivos prefieren que los demás le indiquen lo que tiene que hacer para de esta manera evadir responsabilidades, y cuando deciden tomar la iniciativa esperan la aprobación constante de alguien más.

* El coeficiente de correlación que haya entre la pregunta 40 (¿Falta constantemente a su trabajo?) y la 46 (¿Considera que las canciones de moda que tienen mensajes sobre drogas y alcohol provocan que desee consumir estas sustancias?) es del .775, esto significa que los adictos no asumen la responsabilidad de su decisión de ingerir sustancias tóxicas, responsabilizando a las canciones de moda y por hacer caso a los deseos provocados por ellas, al día siguiente no pueden cumplir con su jornada laboral.

* La correlación de la pregunta 40 (¿Falta constantemente a su trabajo?) y la 49 (¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?), es del .632, es decir que al igual que en la correlación anterior, es más sencillo depositar en alguien o en algo más la responsabilidad que no se desea asumir.

* El coeficiente de correlación que hay entre las preguntas 40 (¿Falta constantemente a su trabajo?) y 54 (¿Durante el día se siente: enojado, triste, nervioso, contento, tranquilo, etc.?) es del .775, generalmente las personas que tienen alguna adicción, experimentan una serie de cambios en su estado anímico, y desafortunadamente la vida social y laboral de estas personas están supeditados a estos cambios de ánimo.

* Las interrogantes 44 (¿Ha llegado a pensar que necesita el alcohol o la droga para divertirse en alguna fiesta o reunión?) y 49 (¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?) tienen una correlación del .816, desafortunadamente en la actualidad los medios de difusión se han encargado de crear una falsa realidad con respecto al consumo de las bebidas alcohólicas, estableciendo nuevos estereotipos de atracción y diversión.

* Existe una correlación del .816 entre la pregunta 46 (¿Considera que las canciones de moda que tienen mensajes sobre drogas y alcohol provocan que desee consumir estas sustancias?) y la 49 (¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?), como ya se menciono anteriormente los medios masivos de comunicación proporcionan al receptor ideas equívocas sobre el consumo de drogas legales, propiciando el aumento en la ingesta de dichas sustancias y la distorsión de la realidad, así como la evasión de sus responsabilidades.

* En cuanto a las preguntas 47 (¿Cuando consume bebidas alcohólicas y/o drogas, se siente más seguro para acercarse a la persona que le gusta?) y 53 (¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?) existe una correlación del .683, esto nos indica que cuando estas personas están bajo la influencia del alcohol y/o drogas, su percepción se altera de tal forma que creen que dichas sustancias les brindan mayor seguridad para comportarse y expresarse como no podrían hacerlo en sus cinco sentidos.

* Existe una correlación de .714 entre la pregunta 48 (¿Considera que cuando toma alcohol, las demás personas lo ven más atractivo?) y la 53 (¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?), una vez más podemos corroborar que las sustancias toxicas (drogas), modifican las funciones del organismo, en este caso nos referiremos específicamente a la percepción, ya que al ocurrir este fenómeno los farmacodependientes consideran que sus habilidades sociales son mejores, que son más aceptados en su grupo de amistades y que pueden manifestar sus inconformidades abiertamente sin temor a ser juzgados o rechazados.

* Las preguntas 50 (¿Ha llegado a pensar que tomar decisiones apresuradamente y sin pensar, lo han hecho caer en las drogas y el alcohol?) y la 53 (¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?) tienen una correlación de .683, es común que los adictos reaccionen impulsivamente, ya que por lo general se dejan llevar por lo que sienten y desean en el momento sin pensar en las posibles consecuencias posteriores; así mismo durante los efectos de las drogas se sienten con mayor confianza para hablar de lo que no les agrada, esto último puede resultar conveniente, puesto que si alguien resulta afectado por los comentarios o actitudes del drogodependiente, este podrá evadir una vez más el conflicto, justificando su comportamiento con los efectos ocasionados por las drogas.

* El coeficiente de correlación que hay entre la pregunta 50 (¿Ha llegado a pensar que tomar decisiones apresuradamente y sin pensar, lo han hecho caer en las drogas y el alcohol?) y la 56 (¿Sabe que son los valores?) es del .816, es probable que las personas que respondieron el cuestionario no tengan claro cuáles son los valores que poseen, ya que la mayoría de los valores que creen tener, son los que se manejan en los grupos a los que han acudido para rehabilitarse y los han asumido como propios (ver gráficas de las preguntas 58 y 59), lo cual quiere decir que son vulnerables a la manipulación o influencia de cualquier persona o cosa a la que consideren superior, esto puede ocasionar que el adicto reaccione de acuerdo a sus impulsos o como alguien más le indique.

* Con respecto a las preguntas 51 (¿Prefiere estar la mayor parte del tiempo solo?) y la 52 (¿Casi siempre esta con otras personas?) su correlación es de .707, generalmente los drogodependientes suelen estar acompañados durante el consumo y experimentan una serie de sentimientos mientras están bajo los

efectos ya sea de la droga o el alcohol propiciando la modificación de la conducta del individuo orillándolo al aislamiento.

* La correlación de las preguntas 53 (¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?) y 56 (¿Sabe que son los valores?) es de .837, cuando una persona tiene claro cuales son sus valores, tiene la capacidad de manifestar abiertamente lo que le desagrada, ya que esta seguro de lo que realmente quiere, y por el contrario cuando no se siente conforme y seguro de si mismo le es difícil expresarse claramente, pues tiene temor de equivocarse y por consiguiente ser rechazado.

* Las preguntas 55 (¿Ha hecho cosas que le desagradan por que le da pena decir No?) y 56 (¿Sabe que son los valores?) tienen una correlación de .816, los valores que cada individuo posee son el reflejo del medio en el que desenvuelve, es decir que se van modificando o ajustando de acuerdo al entorno familiar, al trabajo, a los amigos, y principalmente a los gustos y necesidades de cada persona, desafortunadamente cuando no tienen una base sólida existe la posibilidad de que los sujetos se dejen influenciar, al grado de no tener la capacidad de decidir lo que les agrada o desagrada por si solos.

XI. CONCLUSIONES.

Las diversas instituciones dedicadas a la rehabilitación de farmacodependientes, ofrecen programas atractivos para lograr su objetivo, sin embargo considero que se han desviado u olvidado de su propósito, ya que no toman en cuenta todos los factores psicosociales que intervienen en la recaída de los adictos.

Como ya se menciona con anterioridad existen 5 áreas (Familia, Medio social, Medio laboral, Medios de comunicación y Personalidad) que son de gran importancia para desarrollar exitosamente el tratamiento de rehabilitación y así prevenir y evitar las recaídas; pero desafortunadamente ninguna de las 6 instituciones (CONADIC, A.A., Monte Fénix, Oceánica, Vive Sin Drogas y CIJ) que se tomaron en cuenta para el desarrollo de esta tesis las consideran en su totalidad, ya que únicamente 4 se trabajan con el medio social, 1 aborda el medio laboral como parte de la prevención y no de la rehabilitación, 1 a los medios masivos de comunicación, 3 la personalidad y la única categoría a la que las 6 dan importancia es la familia.

Así mismo considero que otro de los principales problemas es que estas fundaciones se refieren al adicto como “enfermo”, propiciando que entre ellos y en la sociedad se les trate como tal, liberándolos de toda responsabilidad.

Con respecto a los resultados que arrojó el instrumento se observa que:

- ψ Las actividades que los adictos realizan durante su rehabilitación no son significativas para su recuperación.

- ψ A pesar de que la mayoría de los encuestados afirmo haber recibido talleres de autoestima durante su rehabilitación, continúan dando mayor importancia a los aspectos negativos que a los positivos, posiblemente esto se deba a que las etiquetas que la sociedad les ha impuesto las tienen muy arraigadas, dificultando los posibles avances. Por consiguiente al tener una

baja autoestima propicia que su autoimagen se distorsione, orillando al sujeto al aislamiento y a experimentar cambios de conducta, y posteriormente a perder la asertividad imposibilitándolo para tomar sus propias decisiones

- ψ También se confirma la importancia del entorno familiar, puesto que al interior de esta se solidifica gran parte de la personalidad del sujeto, sea de forma positiva o negativa y de esto depende como interactúa en su entorno social. Así mismo contribuye en gran medida en la rehabilitación o recaída del drogodependiente.
- ψ En cuanto a los valores se pudo observar claramente que la mayoría de los encuestados han adoptado los valores que se manejan en los grupos de rehabilitación.
- ψ De acuerdo a los resultados se corrobora que la presión social, la influencia de los pares y la necesidad de sentirse parte de algo o alguien, aumenta la probabilidad de que una persona vuelva a ingerir sustancias tóxicas.
- ψ Es importante que las fundaciones que se dedican al tratamiento de las adicciones tomen en cuenta el entorno laboral, pues este es un factor de alto riesgo, ya que dentro de este se puede iniciar con gran facilidad el consumo de drogas y también aumenta el riesgo de una recaída.
- ψ Actualmente los medios de difusión proporcionan al receptor una gran variedad de información a través de programas, canciones y comerciales sobre el consumo de bebidas alcohólicas, haciendo creer al usuario que estas sustancias les proporcionarían una mejor vida social; generando que el consumo se incremente y desde luego que los farmacodependientes recaigan nuevamente.

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad y la importancia de que los grupos de rehabilitación para adictos consideren la posibilidad de agregar a sus programas aquellos factores que no tomaron en cuenta, desde luego esto es con la finalidad de brindar un mejor servicio, para de esta forma disminuir el índice de recaídas y contribuir a la salud pública.

Con respecto a las hipótesis y de acuerdo a lo expuesto con anterioridad se puede decir que:

- ψ Se acepta la hipótesis Ha 1: Los programas de rehabilitación no proporcionan las herramientas suficientes para que el individuo logre reintegrarse a la sociedad sin recaer. Y se rechaza la Ho 1: Los programas de rehabilitación proporcionan las herramientas suficientes para que el individuo logre reintegrarse a la sociedad sin recaer. Ya que dentro de las herramientas se contemplan que el individuo tenga una adecuada autoestima, se asertivo, y sea capaz de tomar sus propias decisiones.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 2: Los programas de rehabilitación no dan seguimiento psicológico a los adictos ni a sus familiares. Y se rechaza la Ho 2: Los programas de rehabilitación dan seguimiento psicológico a los adictos y a sus familiares.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 3: Los programas de rehabilitación no favorecen el desarrollo de la autoestima del adicto. Y se rechaza la Ho 3: Los programas de rehabilitación favorecen el desarrollo de la autoestima del adicto.
- ψ Se acepta la hipótesis Ho 4: Los programas de rehabilitación para adictos incluyen talleres ocupacionales que les permite olvidar su adicción. Y se rechaza la Ha 4: Los programas de rehabilitación no incluyen talleres ocupacionales que les permita olvidar su adicción.

- ψ Se acepta la hipótesis Ha 5: Los programas de rehabilitación no hacen que el adicto se haga responsable de sus actos y de las consecuencias de los mismos. Y se rechaza la Ho 5: Los programas de rehabilitación hacen que el adicto se haga responsable de sus actos y de las consecuencias de los mismos.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 6: Los adictos en rehabilitación tienen recaídas posteriores porque no tienen buena comunicación con sus familiares. Y se rechaza la Ho 6: Los adictos en rehabilitación no tienen recaídas posteriores porque tienen buena comunicación con sus familiares.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 7: Los amigos influyen para que el individuo recaiga en su adicción. Y se rechaza la Ho 7: Los amigos no influyen en la recaída del adicto.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 8: Los problemas familiares contribuyen en la recaída del adicto. Y se rechaza la Ho 8: Los problemas familiares no contribuyen en la recaída del adicto.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 9: Los medios masivos de comunicación influyen en la recaída del adicto. Y se rechaza la Ho 9: Los medios masivos de comunicación no influyen en la recaída del adicto.
- ψ Se acepta la hipótesis Ha 10: El individuo que proviene de una familia adicta tiene mayor predisposición para recaer. Y se rechaza la Ho 10: El individuo que proviene de una familia adicta no tiene mayor predisposición para recaer.

Los grupos de rehabilitación para farmacodependientes proporcionan un tratamiento superficial, el cual no es suficiente para erradicar completamente el problema de las adicciones, teniendo como consecuencia que el individuo recaiga constantemente. Esto lo atribuyo a que ninguna institución toma en cuenta todos los factores psicosociales para la rehabilitación.

Considero que otra de los problemas primordiales es que en la mayoría de los grupos de auto ayuda no se da un seguimiento psicoterapéutico durante ni después de la “rehabilitación”.

Todas las instituciones que se tomaron en cuenta para este trabajo, abordan la prevención primaria y la terciaria, sin embargo dejan de lado la prevención secundaria la cual debería tomarse en cuenta con mayor énfasis para evitar o disminuir el riesgo de que el problema se incremente y de tengan que tomar medidas más severas.

XII. ANEXO.

INSTRUCCIONES: Responda con la mayor sinceridad posible, de acuerdo a su experiencia.

Edad: _____ Sexo: M F No. de veces que ha estado en rehabilitación: _____

Nombre de las instituciones en las que ha estado por orden cronológico y cuanto tiempo estuvo en cada una de ellas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

1. ¿Que sustancia o sustancias consumía?.

() Alcohol. () Drogas. () Otros: _____

2. ¿A que edad empezó a consumir alcohol y/o drogas?

5 – 8 13 – 15 21 – 25

9 – 12 16– 20 26 – 30

3. ¿Alguna vez durante sus rehabilitaciones, ha recibido apoyo psicológico?

SI NO

¿En que centro de rehabilitación recibió apoyo psicológico?

() Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

() Alcohólicos Anónimos (A.A.).

() Monte Fénix.

() Oceánica.

() Vive Sin Drogas.

() Centro de Integración Juvenil (CIJ).

() Otras: _____

4. ¿Durante sus rehabilitaciones le han dado talleres de autoestima?

SI NO

¿En que centro de rehabilitación le dieron este taller?

- () Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).
- () Alcohólicos Anónimos (A.A.).
- () Monte Fénix.
- () Oceánica.
- () Vive Sin Drogas.
- () Centro de Integración Juvenil (CIJ).
- () Otras: _____

5. ¿Que actividades realizaba en las instituciones en las que ha estado?

- () Juntas. () Tocar algún instrumento.
- () Deportes. () Nada.
- () Carpintería () Otros: _____

6. ¿Tiene algún familiar que consuma alcohol y/o drogas?

SI NO

¿Quien (es)?

7. ¿Con quien vivía cuando era niño?

- () Papá. () Hermanos. () Abuelos.
- () Mamá. () Tíos. () Otros: _____

8. ¿Cuando era niño la primer persona a la que vio consumir alcohol y/o drogas fue?

- () Papá. () Hermanos. () Abuelos.
- () Mamá. () Tíos. () Otros: _____

9. ¿Quien lo invito a probar por primera vez el alcohol y/o las drogas?

- () Papá. () Tíos. () Otros: _____
- () Mamá. () Abuelos.
- () Hermanos. () Amigos.

10. ¿Cuando llegaba a su casa alcoholizado o drogado cual era la reacción de su familia?

- () Lo ignoraban. () Lo regañaban. () Otros: _____

11. ¿Con quien vive actualmente?

- () Papá. () Tíos. () Otros: _____
() Mamá. () Abuelos.
() Hermano (s). () Pareja.

12. ¿Como es su relación con sus padres?

13. ¿Como es la relación con su hermano (s)?

14. ¿Como se siente cuando esta con su familia?

15. Menciones 5 cosas buenas de usted.

16. Menciones 5 cosas negativas de usted.

17. ¿Que cree que las demás personas piensen de usted?

SI NO

18. ¿Sus familiares acudían a juntas especiales para entender su consumo?		
19. ¿Alguna vez sus amigos han acudido a juntas especiales para entender mejor lo que es la adicción, para ayudarlo en su rehabilitación?		
20. ¿Cuando era niño sus padres pasaban tiempo con usted?		
21. ¿Se sentía protegido cuando estaba con sus padres?		
22. ¿Cuando era pequeño le agradaba estar con sus padres?		
23. ¿Cuando tiene algún problema lo platica con su familia?		
24. ¿La (s) pareja (as) que tiene o ha tenido, consumen o consumían drogas o alcohol?		
25. ¿Sus amigos consumen drogas y/o alcohol?		
26. ¿Cuando acude a una reunión o fiesta con sus amigos, siempre hay bebidas alcohólicas?		
27. ¿Cree que tomar alcohol o drogas lo hace popular entre sus amigos?		
28. ¿Generalmente cuando se drogaba o alcoholizaba estaba con sus amigos?		
29. ¿Empezó a tomar drogas y/o alcohol por que sus amigos le insistieron para que lo hiciera?		
30. ¿Sus compañeros de trabajo consumen alcohol y/o drogas?		
31. ¿Casi siempre espera que alguien le diga lo que tiene que hacer?		
32. ¿Se le dificulta concentrarse en su trabajo?		
33. ¿Comete errores con frecuencia en su trabajo?		
34. ¿Discute constantemente con sus compañeros de trabajo?		

35. ¿Olvida fácilmente las cosas?		
36. ¿En varias ocasiones ha tenido accidentes en su trabajo?		
37. ¿Cuando tiene un problema, casi siempre alguien le ayuda a resolverlo?		
38. ¿Casi siempre toma la iniciativa para hacer las cosas?		
39. ¿Generalmente tiene problemas con su jefe?		
40. ¿Falta constantemente a su trabajo?		
41. ¿Cuando ve en la televisión anuncios de bebidas alcohólicas, siente necesidad de tomar?		
42. ¿Piensa que el alcohol o la droga le puedan dar fuerza y valor, para enfrentar sus problemas?		
43. ¿Considera que los comerciales sobre bebidas alcohólicas generan curiosidad para que las consuman?		
44. ¿Ha llegado a pensar que necesita el alcohol o la droga para divertirse en alguna fiesta o reunión?		
45. ¿Cree que los comerciales sobre bebidas alcohólicas, provoquen que las personas empiecen a consumir alcohol y otras drogas?		
46. ¿Considera que las canciones de moda que tienen mensajes sobre drogas y alcohol, provocan que desee consumir estas sustancias?		
47. ¿Cuando consume bebidas alcohólicas y/o drogas, se siente más seguro para acercarse a la persona que le gusta?		
48. ¿Considera que cuando toma alcohol, las demás personas lo ven más atractivo.		
49. ¿Cree que los programas de televisión influyan para que usted quiera seguir tomando?		
50. ¿Ha llegado a pensar que tomar decisiones apresuradamente y sin pensar, lo han hecho caer en las drogas y el alcohol?		
51. ¿Prefiere estar la mayor parte del tiempo solo?		
52. ¿Casi siempre esta con otras personas?		
53. ¿Si algo le molesta lo dice abiertamente?		
54. ¿Durante el día se siente: enojado, triste, nervioso, contento, tranquilo, etc.		
55. ¿Ha hecho cosas que le desagradan porque le da pena decir que NO?		
56. ¿Si algo le molesta prefiere no decirlo para no tener problemas?		
57. Sabe que son los valores?		

58. Mencione los valores que tiene en su casa.

59. Mencione cuales son los valores que usted tiene.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

XIII. GLOSARIO.

- ψ **Adicción.** Estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una sustancia (natural o sintética).
- ψ **Adicto o farmacodependiente.** Persona con dependencia a una o más sustancias (drogas).
- ψ **Codependencia.** Ciclo de patrones de conducta y pensamientos disfuncionales que producen dolor y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional.
- ψ **Codependiente.** Persona cuya atención, intereses, energía, e incluso de manera general, su vida gira alrededor de un adicto de forma enfermiza, generándole sufrimiento. Algunos de los síntomas más significativos del codependiente son: miedo, tristeza, odio, resentimiento e inseguridad, llegando a considerar que el farmacodependiente es el responsable de dichos sentimientos.
- ψ **Co-educación.** Educación que toma como punto de partida la consideración de las necesidades, expectativas e intereses tanto de hombres como de mujeres y que hace realidad, en la práctica, la igualdad de derechos y oportunidades para ambos sexos.
- ψ **Coefficiente de correlación.** Mide la relación entre dos variables cuantitativas.
- ψ **Correlación negativa.** Consiste en que un cambio en una variable se acompaña se acompaña en una modificación, en sentido opuesto, en la segunda variable.

- ψ **Correlación positiva.** Es la relación que se observa entre dos variables en la que al cambio en una variable lo acompaña una modificación, en la misma dirección, en la segunda variable.
- ψ **Droga.** Es toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de éste.
- ψ **Factor de protección.** Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.
- ψ **Factor de riesgo.** Exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias.
- ψ **Grupo terapéutico.** Reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la develación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas.
- ψ **Hipótesis.** Afirmación que se somete a comprobación, en la cual se predice la relación entre las variables dependientes e independientes.
- ψ **Hipótesis alterna (Ha).** Predice que la variable independiente ejercerá efecto en la variable dependiente.
- ψ **Hipótesis nula (Ho).** Predice que la variable independiente no ejercerá efecto en la variable dependiente.
- ψ **Prevención.** Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias tóxicas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.
- ψ **Prevenir.** Es actuar antes de que el problema aparezca, cualquier intervención o programa preventivo se basa en conocimientos, hipótesis o

suposiciones sobre la etiología; no se puede considerar preventiva cualquier acción.

- ψ **Recaída.** Retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento de la adicción, que existían antes de comenzar la recuperación, que ya se habían superado.
- ψ **Rehabilitación.** Proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Caballero F. (2004) Las Drogas Educación y prevención. Ed. Cultural, Madrid España.

Chávez M., Solís A., Pacheco G. y Salinas O. (2001) Drogas y pobreza. Segunda Edición. Ed. Trillas, México

Bradley J. y Dubinsky H. (1998) Comprendiendo a tu hijo de 15-17 años. Primera Edición. Ed. Paidós, México D.F.

Browdoin R. (1997) En equipo con su hijo tomo 2, El método Bowdoin Carolina del Norte EUA.

Díaz I. (2000) Bases de la Terapia de Grupo. Ed. Pax, México.

Escalante F. y López R. (2003) Enciclopedia Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes tomo 2. Ed. Asesor Pedagógico, México.

Escalante F. y López R. (2003) Enciclopedia Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes tomo 3. Ed. Asesor Pedagógico, México.

Hopkins K., Hopkins B. y Glass G. (1997) Estadística Básica Para la Ciencias Sociales del comportamiento. Ed. Prentice Hall, Madrid.

Jerry E. (1999) Psicología Clínica conceptos, métodos y práctica. Ed. Manual Moderno, México.

Kantowitz B, Roediger III H y Elmes D. (2001) Psicología Experimental. Séptima Edición. Ed. Thomson, México D.F.

Mcguigan F. (2001) Psicología Experimental. Cuarta Edición. Ed. Trillas, México.

Modell W., Lansing A. y Time-Life. (1985) Drogas. Segunda Edición. Ediciones Culturales Internacionales, México D.F.

Muchonsky P. (2002) Psicología Aplicada al Trabajo. Sexta Edición. Ed. Thomson, México D.F.

Papalia D., Wendkos O. y Duskin R. (2001) Desarrollo Humano. Octava Edición. Ed. Mc Graw Hill, Bogotá Colombia.

Pick S, Aguilar J, Rodríguez G, Reyes J, Collado M, Pierr D, Acevedo M y Vargas E. (1998) Planeando tu Vida. Séptima Edición. Ed. Planeta, México.

Vega J. Drogadicción ¿lejos o cerca de tu hogar? Ed. Arles.

Vega J. (1998) El poder de ser padres. Ed. Arles.

Waddell M. (1998) Comprendiendo a tu hijo de 12-14 años. Primera Edición. Ed. Piados, México.

Wicks R. Y Allen I. (1997) Psicopatología del niño y del adolescente. Prentice Hall, Madrd.

REFERENCIAS DE INTERNET.

http://www.aa.org.mx/grupos_aa.htm

Bravo. E. (2007) Calderón va por 750 espacios en poder del hampa. Disponible en Línea
<http://www.milenio.com/mexico/milenio/nota.asp?id=525598>

<http://www.cij.gob.mx>

<http://www.colegios.net/modules.php?name=News&file=article&sid>

<http://www.conadic.gob.mx>

Cruz A. (2005) Niños y adolescentes pobres, más proclives a adicciones. Disponible en Línea <http://www.jornada.unam.mx/2005/07/14/043n2soc.php>

El Universal(2007) Aumenta consumo de drogas entre estudiantes: encuesta. Disponible en Línea <http://www.eluniversal.com.mx/notas/436634.html>

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/436634.html>

<http://www.fugamma.org/genero1htm>

Gómez C. (2005) El alcohol, factor en 20% de accidentes laborales, dice la OIT. Disponible en Línea <http://www.jornada.unam.mx/2005/01/18/045n3soc.php?printver=1&fly>

Huante B. (2004) Adicta, el 6 por ciento de la población: CRREAD. Disponible en Línea <http://www.aca-novenet.com.mx/portada/070903/06NUEVE.html>

Kort. E. (2005) Terapia de Grupo en Centros de Tratamiento para Adictos. Disponible en Línea http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php

<http://www.mediafamily.com/2003>

<http://www.monografias.com/trabajos11/visdrog/visdrog.shtml>

<http://www.montefenix.com.mx>

<http://www.oceanica.com.mx>

Olivares R. Las adicciones e Iztacala. Disponible en Línea <http://www.iztacala.unam.mx/sdri/articulos/adicciones.html>

Ortega S. (2004) La escuela es factor protector ante el consumo de drogas y de las adicciones. Disponible en Línea http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Bol0310104

Otero M. (2003) Reducción en el número de alcohólicos que abandonan el tratamiento. Disponible en Línea http://www.sncweb.ch/spanisch/noticias_sp/2003-oct-14.htm

<http://www.programacambio.org/index.php>

<http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/158>

Sánchez C. (2007) Las adolescentes que beben como hombres. Disponible en Línea <http://www.eluniversal.com.mx/primere/28336.html>

http://www.sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_codependencia

Tercera Encuesta Nacional de Adicciones (2002) Las drogas que más se utilizan en México. Disponible en Línea <http://www.mind-surf.net/drogas/estadisticas.htm>

<http://www.vivesindrogas.com>