



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE DERECHO**

MAESTRÍA EN

ADMINISTRACION PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL

**“EL APRENDIZAJE EN EL CONSUMO DE DROGAS
Y EL TRATAMIENTO DEL ESTADO “**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE**

MAESTRIA EN ADMINISTRACION PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL

PRESENTA

PERLA IVONE OLVERA ROBLES

DIRIGIDO POR

DR. OSCAR ANGEL GOMEZ TERAN

CENTRO UNIVERSITARIO

QUERÉTARO, QRO.

OCTUBRE DE 2020

Dirección General de Bibliotecas UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho

Maestría en
ADMINISTRACION PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL

“EL APRENDIZAJE EN EL CONSUMO DE DROGAS
Y EL TRATAMIENTO DEL ESTADO”

Opción de titulación

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestro en
Administración Pública

Presenta:

Nombre del estudiante

PERLA IVONE OLVERA ROBLES

Dirigido por:

DR. OSCAR GOMEZ TERAN

Dr. Oscar Ángel Gómez Terán

Presidente

Dra. Margarita Cruz Torres

Secretario

Dr. Jesús Manuel Couch Velasco

Vocal

Mtro. José Enrique Rivera Rodríguez

Suplente

Dr. José Domingo Schievenini Stefanoni

Suplente

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
OCTUBRE 2020.

Resumen

El presente trabajo tiene la finalidad de exponer de manera objetiva, las deficiencias operacionales de las instituciones encargadas de llevar acabo la tarea de prevenir y tratar el consumo de drogas en los ciudadanos afectados por este problema social. El estado actúa a través de una normatividad jurídica que se aplica a nivel nacional de manera obligatoria, que es la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento, y control de las adicciones. Por lo que en el presente señalo una nueva orientación en donde se pueda hacer una conexión bien establecida y coherente entre los factores de riesgo que llevan a la drogadicción, en tratamiento y por ende la posible reinserción de los sujetos adictos a la sociedad, libres de esta afectación que día a día se vuelve más numerosa en nuestro entorno cercano. Tomando en cuenta las diversas teorías del aprendizaje que se indican al inicio del presente trabajo.

(Palabras clave: Drogadicción, Factores de riesgo, Norma Oficial Mexicana NOM-28-SSA2-2009, Prevención, Reinserción, Tratamiento

Summary

The objective of this paper is to expose, objectively, the operational deficiencies of the institutions responsible for carrying out the task of preventing and treating drug use among citizens affected by this social problem. The state acts through a legal regulation that is applied at the national level in a mandatory manner, which is the Official Mexican Standard NOM-028-SSA2-2009 for the prevention, treatment, and control of addictions. So in the present I signal a new orientation where a well-established and coherent connection can be made between the risk factors that lead to drug addiction, in treatment and therefore the possible reintegration of subjects addicted to society, free of charge. this affectation that day by day becomes more numerous in our near surroundings. Taking into account the different theories of learning that are indicated at the beginning of this work.

(Keywords: Drug addiction, Risk factors, Official Mexican Standard NOM-28-SSA2-2009, Prevention, Reinsertion, Treatment)

Dedicatoria

A mis Padres y Hermanos

A mis Maestros de la Facultad de Derecho

Al Dr. Oscar Ángel Gómez Terán

A Dios por la oportunidad de alcanzar una meta más

Agradecimientos

A mis maestros que contribuyeron a mi formación académica

Gracias al Programa Titúlate de la Facultad de Derecho que me dio la oportunidad para cerrar un proyecto en mi vida profesional.

A la Universidad Autónoma de Querétaro

Resumen.....	III
Summary.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VI
Índice.....	VII
Introducción.....	VIII

**CAPÍTULO PRIMERO
TEORIAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS QUE EXPLICAN EL
CONSUMO DE DROGAS**

1.1. TEORIA DEL APRENDIZAJE.....	1
1.2. TEORIA CONDUCTUAL.....	3
1.3. TEORIA COGNITIVA Y COGNITIVA SOCIAL.....	10

**CAPÍTULO SEGUNDO
MARCO JURIDICO PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL
DE LAS ADICCIONES NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-
2009**

2.1 METODOLOGIA Y CAMPO DE APLICACION.....	19
2.2 GENERALIDADES.....	24
2.3 TRATAMIENTO.....	30

**CAPÍTULO TERCERO
PROPUESTA DE TRATAMIENTO**

3.1 PROPUESTA DE TRATAMIENTO.....	41
-----------------------------------	----

Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	49
Anexo Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.....	51

Introducción

La adicción a las drogas representa para la sociedad actual un importante problema de salud pública, y para optimizar su tratamiento se requiere mayor comprensión, del origen multicausal de sus efectos y de la necesidad de una intervención integral.

El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer la forma en que se presenta el problema de las adicciones a sustancias nocivas en los seres humanos, a partir de determinadas teorías psicológicas, y como el estado a través de su normatividad regula el tratamiento a estas adicciones en las diversas instituciones que se encargan de tratar esta problemática social

Para ello la presente investigación consistió en la revisión de la literatura de teorías psicológicas que explican el aprendizaje como son la teoría del aprendizaje, la conductual y la cognitiva social. Además se dio revisión puntual de la normatividad NOM-028-SSA2-2009, que trata el problema del consumo de drogas en los ciudadanos, revisando los apartados de su campo de aplicación, las generalidades y el tratamiento

Como resultado de la investigación y revisión de la literatura de este trabajo, se encontraron inconsistencias desde el enfoque teórico, así como desde el punto de vista práctico de la norma, en términos de funcionamiento de las instituciones que regulan la atención, la prevención sobre los individuos sujetos a los mencionados lineamientos, los cuales dejan al margen la participación de la familia como piedra angular y fundamental en esta problemática social.

Así se puede establecer a manera de conclusión, que la norma está en proceso de madurez y que aún le falta enriquecerse para aportar un seguimiento integral al problema de las adicciones.

Recomendación: La normatividad estudiada debe de involucrar dentro de sus lineamientos a la Familia, con un rol más activo dentro del tratamiento y fuera a manera preventiva, acotando acciones más específicas y no simplemente enunciativas dentro de la norma.

Por último y no menos importante, agradezco de manera puntual al Programa Titulante de la Facultad de Derecho de nuestra casa de estudio por la oportunidad que se concedió de concluir la Maestría por medio del presente trabajo de investigación.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

CAPÍTULO PRIMERO TEORIAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS QUE EXPLICAN EL CONSUMO DE DROGAS

El objeto del presente trabajo de investigación y análisis de la Norma oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, ya que es en esta donde se establecen los procedimientos y criterios a nivel nacional de cómo atender la problemática de la drogadicción. Por tanto antes del análisis de dicha norma es necesario revisar, las teorías conductuales y cognitivas que como antecedentes explican el consumo de drogas en un individuo que se explican a continuación.

TEORIA DEL APRENDIZAJE

En este apartado se conocerá las principales teorías del aprendizaje, ya que son dentro de ellas en las que se encuentran las teorías conductuales y cognitivas que permiten una explicación al consumo de drogas.

Así se tiene que se han elaborado teorías que intentan explicar el aprendizaje. Estas teorías difieren unas de otras, pues no son más que puntos de vista distintos de un problema; ninguna de las teorías es capaz de explicar completamente este proceso.¹

En este orden de ideas, Urbina considera que la expresión “teorías del aprendizaje” se refiere a aquellas teorías que intentan explicar cómo aprendemos.

Castañeda define teoría de aprendizaje como: “un punto de vista sobre lo que significa aprender. Es una explicación racional, coherente, científica y filosóficamente fundamentada acerca de lo que debe entenderse por aprendizaje, las condiciones en que se manifiesta éste y las formas que

¹ BOWER, Gordon. HILGARD, Ernest. *Teorías del Aprendizaje* Trillas. México 1989 pag. 45.

adopta; esto es, en qué consiste, cómo ocurre y a qué da lugar el aprendizaje”.

Sobre la clasificación de las teorías del aprendizaje, Pérez Gómez ; Bower e Hilgard; Pozo; Merriam y Caffarella; y Acosta coinciden en que la agrupación de dichas teorías es muy complicada y difícil.

Pérez Gómez expresa que el método y el criterio que se utilice para clasificar las teorías no va a ser excluyente, ni va a agotar todas las posibilidades de los miembros a agrupar; explica que algunas teorías se encuentran entre varias categorías pues participan en aspectos comunes. Su inclusión en una u otra es una opción metodológica y relativa, en función del criterio escogido.

Una clasificación muy completa es la propuesta por Alonso y Gallego que clasifican las teorías del aprendizaje de acuerdo a la importancia pedagógica en ocho tendencias.

- Teorías Conductistas
- Teorías Cognitivas
- Teoría Sinérgica de Adam
- Tipología del Aprendizaje según Gagné
- Teoría Humanista de Rogers
- Teorías Neurofisiológicas
- Teorías de Elaboración de la Información
- El Enfoque Constructivista

TEORIA CONDUCTUAL

De aquí se retomara la teoría conductual, y la teoría cognitiva que abordaremos más adelante. La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante.²

Los orígenes de la teoría conductual del aprendizaje se encuentran en los estudios de Iván Petrovich Pávlov que, fue un fisiólogo ruso discípulo de Ivan Sechenov y ganador del Premio Nobel en 1904 por sus investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas.³ Hizo sus experimentos utilizando perros, los que mantenía en su laboratorio bajo condiciones controladas para evitar la interferencia de estímulos externos.

Llamó estimulaciones psíquicas al resultado de salivación de los perros, aún cuando no tenían comida en su boca ni ante su presencia. Pavlov observó que los perros de su laboratorio salivaban solo con escuchar los pasos de la persona que se acercaba a alimentarlos; y que no sucedía lo mismo cuando escuchaban los pasos de otra persona⁴. Esto le sugirió la idea básica del condicionamiento clásico, en virtud del cual, una respuesta nueva puede ser obtenida o aprendida a partir de la asociación a un reflejo ya establecido, innato o reflejo incondicionado, a condición que se cumplan ciertas condiciones.

Así es, como de acuerdo a una relación espacio temporal entre estímulos, se llegó a postular la teoría de que toda nuestra conducta no es nada más que una cadena de reflejos, algunos innatos y la mayor parte (sobre todo en los seres humanos) aprendidos, adquiridos o condicionados

² MESONERO Valhondo Antonio, “*Psicología del Desarrollo y de la Educación en la edad Escolar*”, Publicaciones Oviedo, España 2001, Disponible en:

<http://books.google.com/books?id=L0SaKpGpKTIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

³ FRUFE Manuel, “*Psicología de Aprendizaje. Principios y aplicaciones conductuales*, Ed. Paraninfo, España, 2011, Disponible en:

http://books.google.com/books?id=finD3a5PMqsC&pg=PA17&dq=aprendizaje+conductual&hl=es&ei=A07QTsr4BfGk2gXYxt2_Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CEAQ6AEwAw#v=onepage&q=aprendizaje%20conductual&f=false

⁴ FROUFE Manual, Ob. Cit, pag 20

por el simple hecho de haber (en algún momento de la existencia del organismo) sido asociadas ciertas condiciones ambientales. Especialmente en función del lenguaje, que actuaría como un segundo sistema de señales pero con igual capacidad de asociar estímulos como los objetos en sí mismo. En 1927 publica su estudio "Reflejos condicionados", obra que describe su teoría.

Estos experimentos permitieron descubrir muchos principios del aprendizaje, principios de la relación entre estímulos y respuestas, que más tarde fueron útiles para modificar el comportamiento humano. Esta corriente considera a la psicología como una ciencia que predice y controla la conducta lo cual implica excluir los estados y eventos mentales como objeto de estudio de la psicología.⁵

Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, resulta de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible modificar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición. Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con eventos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre.

PRINCIPIOS DEL CONDUCTISMO

Los principios fundamentales a que se adhieren las teorías conductuales pueden resumirse de la siguiente forma:

a) La conducta está regida por leyes y sujeta a las variables ambientales.

⁵ MESONERO Antonio, Ob. Cit, pag 238

b) La conducta es un fenómeno observable e identificable.

c) Las conductas mal adaptativas son adquiridas a través del aprendizaje y pueden ser modificadas por los principios del aprendizaje.

d) Las metas conductuales han de ser específicas, discretas e individualizadas.

e) La teoría conductual se focaliza en el aquí y el ahora.⁶

TIPOS DE APRENDIZAJE EN LA TEORIA CONDUCTUAL

En general, el aprendizaje dentro de la teoría conductual se define como un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia.

Estos cambios en el comportamiento deben ser razonablemente objetivos y por lo tanto, deben poder ser medidos.

Dentro de la teoría conductual existen 4 procesos que pueden explicar este aprendizaje:⁷

- Asociación por Contigüidad
- Condicionamiento Operante
- Observación e Imitación
- Condicionamiento Clásico

APRENDIZAJE ASOCIATIVO (Asociación por Contigüidad)

Esta forma de aprendizaje propuesto por Guthrie, plantea la asociación de dos estímulos en ausencia de respuesta o estímulo incondicionado por medio del principio de contigüidad.

⁶ FROUFE Manuel, Ob. Cit, pag 25

⁷ MESONERO Antonio, Ob. Cit, pag 242

EL CONEXIONISMO (Aprendizaje por Ensayo y Error)

El conexionismo fue propuesto por THORNDIKE quien plantea que la forma más característica de aprendizaje, tanto de animales inferiores como en hombres se produce por ensayo y error o por selección y conexión como lo llamó más tarde. A partir de estos experimentos THORNDIKE formuló leyes del aprendizaje que son:

-Ley de Asociación.- Plantea que la asociación es una importante condición del aprendizaje porque la satisfacción o frustración depende de un estado individual de asociación.

-Ley del Ejercicio.- Plantea que toda conexión es proporcional a la cantidad de tiempo en que tarda en realizarse la conexión y al vigor y duración de esta conexión, lo cual puede mejorarse mediante la ejercitación. Sostiene que mientras más se practique una unión estímulo-respuesta mayor será la unión. Como en la ley de efecto, la ley de ejercicio también tuvo que ser actualizada cuando Thorndike encontró que en la práctica sin retroalimentación no necesariamente refuerza el rendimiento.

-Ley del Efecto.- Plantea que cuando una conexión entre un estímulo y respuesta es recompensado (retroalimentación positiva) la conexión se refuerza y cuando es castigado (retroalimentación negativa) la conexión se debilita. Posteriormente Thorndike revisó esta ley cuando descubrió que la recompensa negativa (el castigo) no necesariamente debilitaba la unión y que en alguna medida parecía tener consecuencias de placer en lugar de motivar el comportamiento. Es decir que la respuesta que se acompaña de satisfacción se transforma en la más firmemente conectada con la situación de aprender y a la inversa, aquellas respuestas acompañadas de displacer generan conexiones débiles.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

El condicionamiento instrumental u operante descrito por Thorndike y Skinner⁸ es el proceso a través del cual se fortalece un comportamiento que es seguido de un resultado favorable (refuerzo) con lo cual aumentan las probabilidades, de que ese comportamiento vuelva a ocurrir.

Antecedentes _____ Comportamiento
Consecuencias

El comportamiento puede ser modificado cambiando o controlando, tanto los antecedentes como las consecuencias de la conducta, o bien ambos.

- EL REFUERZO se define como un evento, que presentado inmediatamente después de la ocurrencia de una conducta, aumenta la probabilidad de ocurrencia de dicha conducta.

- EL CASTIGO es entendido como una manipulación de las consecuencias para producir una disminución en la conducta.

Existen dos tipos de castigo: el castigo positivo consiste en la aparición de un evento doloroso mientras que el castigo negativo consiste en la desaparición de un evento "bueno".

Finalmente, la eficacia depende de la medida en que se refuercen conductas alternativas. No basta con señalarle a la persona que conducta no debe emitir, sino que además hay que señalarle que es lo que debe hacer en cambio.

⁸ FROUFE Manuel, Ob. Cit, pag 159

los que se consume o bien, estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad.

Los factores de riesgo familiar, social y comunitario se refieren a las influencias del entorno familiar y social, entre los que destacan la desintegración familiar e incomunicación de las relaciones familiares, las características de los padres que configuran en los hijos, desde los permisivos hasta los autoritarios, a la influencia de compañeros y amigos, de los grupos de jóvenes, las características de la comunidad y el colegio.

Hay acuerdo en que la familia juega un papel importante en estas conductas: las actitudes y patrones de consumo; el tipo y grado de comunicación, respecto y cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo de drogas.

La presencia de una cohesión en la estructura social, familiar y comunitaria, con atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, o violentas.

Los factores de riesgo macro social consideran las influencias de múltiples procesos sociales, que van más allá del interno inmediato como lo es la publicidad, el hacinamiento de las ciudades por mencionar algunos ejemplos. Es decir el individuo también se ve influenciado por las características propias de la propia sociedad en que vive.¹⁰

Un papel cada vez más relevante se concede a los medios masivos de comunicación y a la globalización de la información, el fenómeno de las drogas ilícitas no puede ser visto fuera del contexto del desarrollo de modelos económicos, tecnológicos, sociales y políticos contemporáneos, de la

¹⁰Madrid salud Factores de Riesgo en el consumo de Drogas “Guía para Familias”
<http://www.madridsalud.es/serviciopad/descargas/factoresRiesgo.pdf>

creciente globalización y sus consecuencias en la comunicación y en la transformación de estilos de vida y valores tradicionales.

Esto es sustentado por la Teoría Cognitiva y la Teoría Cognitiva Social.

TEORÍA COGNITIVA y COGNITIVA SOCIAL

La primera de ellas nos dice que las definiciones cognitivas del aprendizaje se caracterizan fundamentalmente por considerar, que éste, es un proceso a partir y gracias al cual, se descubren y conocen las relaciones que deben establecerse entre uno y otro objeto y eventos y fenómenos del entorno.

Lo que finalmente se forma a partir de tales descubrimientos y conocimientos es un cuerpo de cogniciones que se conocen con el nombre de estructuras cognoscitivas. Esto determinará la clase de percepciones y actuaciones del sujeto respecto de su medio ambiente.¹¹

En las aproximaciones cognoscitivas se asume que la conducta está siempre dirigida hacia metas. La asunción fue hecha, en primer lugar por los Gestalistas, luego por TOLMAN y más tarde por la generalidad de teóricos cognoscitivos.

Los teóricos del cognoscitismo reconocen que una buena cantidad de aprendizaje involucra las asociaciones que se establecen mediante la proximidad con otras personas y la repetición. También reconocen la importancia del reforzamiento, pero resaltan su papel como elemento retroalimentador para corrección de respuestas y sobre su función como un motivador. Sin embargo, inclusive aceptando tales conceptos conductistas, los teóricos del cognoscitismo ven el proceso de aprendizaje como la

¹¹ H. Schunk Dale, *Teorías del aprendizaje(traducido)*, Prentice-hall, primera edición en español, México 1997, pag.305

adquisición o reorganización de las estructuras cognitivas a través de las cuales las personas procesan y almacenan la información

El término cognición se refiere a todos los procesos mediante los cuales el ingreso sensorial o input es procesado (almacenado, transformado, reducido y recuperado), así como a los procesos que operan en ausencia de la estimulación relevante y actual (imaginación y recuerdo).

El estudio cognoscitivo, por tanto, se localiza en la formación y los diversos procesamientos que de ellos se hacen; percepción memoria, aprendizaje significativo, aprendizaje por descubrimiento, formación de conceptos, solución de problemas, etc.

Las teorías cognitivas intentan explicar los procesos de pensamiento y las actividades mentales que mediatizan la relación entre el estímulo y la respuesta.

También el término cognición se refiere al conocimiento que poseen los organismos sobre el ambiente y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido se entiende por expectativa, aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales .

Los antecedentes de la teoría cognitiva comenzaron en los años treinta del siglo XX, con Tolman quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Para el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

Esta teoría permaneció sin fuerza durante mucho tiempo hasta que los investigadores empezaron a interesarse en fenómenos distintos a los de

la conducta abierta, tales como la percepción y memoria, pero particularmente, en los procesos asociados al razonamiento, al juicio y a la decisión. En el contexto de la psicología clínica, Beck retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias.

De acuerdo con Beck, la mayor parte de los problemas psicológicos y conductuales se derivan de procesos disfuncionales de pensamiento que frecuentemente preceden a las emociones, pero ocurren tan rápido que no los percibimos. Cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran.

Realmente, lo que ocurre, desde esta teoría, es que no son las situaciones en sí las que producen malestar (o la gran intensidad del malestar) directamente, sino las interpretaciones personales que hacemos de ellas. Esto implica que, muchas veces, al no poder ser objetivos en una situación, podemos distorsionar la información de la que disponemos en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando otra información disponible más realista y constructiva.

Cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento.

Hay personas que tienen más tendencia a cometer estos errores, influidos también por algunas creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, generalmente aprendidas a través de la educación y de las experiencias previas. También se dan más errores de interpretación cuando se desarrollan los diferentes trastornos psicológicos.

Los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales, como el abuso de drogas, son:

- Centrarse en detalles negativos, excluyendo los aspectos positivos de cada situación.

- Poseer un pensamiento polarizado, esto es, enfocarse en los extremos de la situación.

- Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.

- Suponer que se conoce lo que los demás piensan.

- Esperar desastres por el simple hecho de escuchar alguna situación adversa.

- Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.

- Culparse por lo que sucede a nuestro alrededor.

La reestructuración cognitiva supone que el cambio de los patrones de pensamiento relacionados con el consumo, llevará a los usuarios de drogas a adoptar conductas más adaptativas. La reestructuración cognitiva se enfoca en la modificación del papel que tiene la sustancia para la persona. El cambio de conducta implica que el usuario identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo por la sustancia. Una vez que la persona ha logrado dicha identificación, tiene más elementos para enfrentar su consumo con el apoyo de las estrategias de reestructuración que aprenda durante el tratamiento.

Otro elemento relevante para la teoría cognitiva es la atribución, entendida como la explicación que cada persona da a su comportamiento. La atribución puede ser interna (por ejemplo, cuando el usuario justifica su consumo por su propia debilidad ante la sustancia), externa (si culpa a los demás por su consumo), específica (cuando cree que el consumo se debe a alguna situación especial), global (si la causa es más general), estable (si el usuario piensa que la causa del consumo está presente de manera

permanente) o negativa (si el usuario está convencido de que no puede abandonar el consumo).

Esta última posee especial importancia cuando deriva de una recaída, porque significa que el usuario tiene un sentimiento de incapacidad y una actitud pesimista que aumenta la probabilidad de continuar el consumo.

Por su parte la teoría cognitiva social impulsada, sobre todo por la obra de ALBERT BANDURA, quien menciona en su trabajo que los niños aprenden a comportarse por medio de la instrucción (cómo los padres, maestros y otras autoridades y modelos les indican que deben comportarse), lo mismo que por medio de la observación (cómo ven que los adultos y sus pares se comportan). De la misma manera, a los niños debe enseñárseles habilidades por medio de un proceso de instrucción, ensayo y retroalimentación, antes de hacerlo con una simple instrucción. Bandura también hizo hincapié en que la autoeficiencia, definida como la confianza que el individuo tiene sobre sus propias habilidades para desempeñar diversas conductas, es importante para aprender y desarrollar comportamientos socialmente aceptados. Así, el desarrollo de habilidades no sólo se convierte en una cuestión de comportamiento externo, sino de cualidades internas. Por lo que podemos deducir que si bien validan los mecanismos de aprendizaje esta teoría, se sugiere que existen además otro tipo de aprendizaje de vital importancia para el desarrollo de la personalidad, este es : Aprendizaje por observación.

Esta teoría plantea que si bien la mayoría de la conducta es controlada por fuerzas ambientales, más que internas, tal como plantean los conductistas más clásicos, existen mecanismos internos de representación de la información, que son centrales para que se genere el aprendizaje. Por consiguiente, esta teoría, a pesar de que rescata los aportes del conductismo, agrega el estudio de procesamiento de la información

implicado en el aprendizaje, el cual se realiza mediante procesamientos de tipo cognitivo.

Los supuestos que forman parte de esta teoría son:

- La mayoría de la conducta humana es aprendida, en vez de innata.
- La mayoría de la conducta es controlada por influencias ambientales más que por fuerzas internas.
- Los seres humanos construyen representaciones internas de las asociaciones estímulo- respuesta.
- El ser humano es un agente intencional y reflexivo, con capacidad simbolizadora, capacidad de previsión, capacidad vicaria y capacidad de autorregulación y autorreflexión.

Esta teoría respecto del consumo de drogas, toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico, así como contingencias de reforzamiento relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la Teoría Cognoscitiva Social se basa en el principio de determinismo donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca.

Para este enfoque, el comportamiento humano es principalmente aprendido. Los mismos procesos cognitivos que intervienen en la adquisición de hábitos pueden ser empleados para cambiarlos a través de la enseñanza de conductas más adaptativas, debido a que la conducta está primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales.

La teoría cognitiva social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge

porque además de la experiencia toma en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. El simple hecho de observar a un modelo, nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina modelado y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario¹².

Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica cubierta de las respuestas de los modelos.

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes. La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son resultado de experiencias concretas del consumo.

El propio consumo, las cantidades, la variedad de drogas ilegales, el comportamiento han ido cambiando a través del tiempo, las actitudes hacia las sustancias y su demanda son cambiantes y se ven influidas por numerosos factores culturales, económicos y sociales en un país o región; a esto se agrega la oferta y accesibilidad de las sustancias y el marco de

¹² Bandura Albert y H. Richard Walters *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Editorial Alianza, Madrid 1974, pag.54,55

control legal y social que rodea al consumo. La percepción del público hacia distintas sustancias y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades, condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control: en otros casos, el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busque otras drogas, incluso más dañinas, o que se produzca un rechazo de la sociedad hacia la política.¹³

Un factor de riesgo de origen sistémico, que si bien no corresponde al detonante del narcomenudeo, pero que su sola presencia provoca el riesgo de que se presente y acentúe la pobreza, entendida como la incapacidad de un individuo o familia de no satisfacer sus necesidades alimenticias diarias.

En México el número de pobres en 2006, fue de 44.7 y 2010, llegó a 53 millones, para un total de 8.3 millones en cuatro años, (alrededor de 15 millones de personas viven en pobreza extrema, esto significa, que las personas no pueden satisfacer varias de las necesidades básicas para vivir como alimento, agua potable, techo, sanidad, y cuidado de salud, el Banco Mundial define pobreza extrema como las personas que viviendo con menos de \$ 1.25 de dólares al día).

En 2008 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) estimó que 47 millones (44.2% de la población), vivió en situación de pobreza en 2008.¹⁴

Aunado a ello, la concentración económica de 2008-2009 donde el PIB sufrió una caída del 6.5%, 49.3% de la población se situó en pobreza en 2010, niveles cercanos a los de hace 10 años, cuando inicio el sexenio de Vicente Fox los mexicanos pobres representaban 53%.

¹³ Tapia, "El consumo de drogas en México", <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>, recuperado el 16 de junio de 2010

¹⁴ El Universal TV, "Crisis deja mas de 6 millones de pobres en el país" Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social (Coneval), 04 de marzo de 2010.

Lo anterior representa caldo de cultivo para el desarrollo del narcomenudeo, pues los individuos responden a incentivos y la sola presencia de escenarios de pobreza, generan esta clase de motivaciones para su pertenencia, sin duda, una política pública dirigida a la atención del problema del narcomenudeo debe de pasar por el diseño de programas que reduzcan la pobreza, sino por más intentos que se hagan, se estarán atendiendo los síntomas y no las causas.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

CAPÍTULO SEGUNDO
MARCO JURIDICO PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS
ADICCIONES NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009

2.1. METODOLOGIA Y CAMPO DE APLICACIÓN

La presente investigación consistió en la revisión de la literatura respecto del cómo se aprenden ciertas conductas en el ser humano, además de la revisión de la normatividad referida relacionada con los factores de riesgo que se presenta en el consumo de drogas en nuestro país y como se da el tratamiento de las personas con esta adicción. En esta sección de la norma oficial mexicana establece:

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

Más sin embargo, el incremento en el consumo de drogas, alcohol y tabaco ha sido una tendencia generalizada en el país durante los últimos años. Dando seguimiento al consumo de drogas a nivel nacional se encontró que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol, y Tabaco ENCODAT 2016-2017 se tienen los siguientes resultados: (ver anexo)

Resultados principales población total (12 - 65 años)

- 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; el 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones) y el 1.5% en el último mes.

- 0.6% presenta posible dependencia al consumo de drogas en el último año (546 mil).

- 9.9% ha consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (15.8% hombres y 4.3% mujeres); 2.7% las ha consumido en el último año (4.4% hombres y 1.1% mujeres) y 1.4% en el último mes (2.6% hombres, 0.4% mujeres).

- 1.3% ha consumido drogas médicas alguna vez (1.7% hombres, 0.9% mujeres); 0.5% las ha consumido en el último año (0.6% hombres, 0.4% mujeres) y 0.2% las ha consumido en el último mes (0.3% hombres, 0.1% mujeres).

- 8.6% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, 2.1% en el último año (1.8 millones) y 1.2% en el último mes.

- 3.5% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, 0.8% en el último año y 0.4% en el último mes.

- El consumo de otras drogas ilegales presenta prevalencias iguales o inferiores al 1.1% para el consumo alguna vez, de 0.2% en el último año y de 0.1% en el último mes.

- La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2).

- De las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

Población adolescente (12-17 años)

- 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y el 1.2% en el último mes.

- 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9% en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y 1.2% lo ha hecho en el último mes (1.7% hombres, 0.7% mujeres).

- 5.3% ha consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez; en el último año 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% cocaína y 0.6% inhalables; en el último mes, 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.

Población adulta (18-65 años) En la población de 18 a 34 años:

- 15% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida (22.8% hombres, 7.6% mujeres).
- 5% ha consumido cualquier droga en el último año (8.2% hombres, 2.0% mujeres).
- 2.7% ha consumido cualquier droga en el último mes (4.8% hombres y 0.7% mujeres).
- En este grupo se encuentra la mayor prevalencia global de consumo.
- 14.5% ha consumido drogas ilegales alguna vez (22.6% hombres y 7% mujeres).
- 4.6% ha consumido drogas ilegales en el último año (7.8% hombres y 1.6% mujeres).
- 2.5% ha consumido drogas ilegales en el último mes (4.6% hombres, 0.6% mujeres).
- La marihuana y la cocaína son las drogas de mayor preferencia (12.8% y 5.2% respectivamente para alguna vez, 3.5% y 1.5% en el último año y 2% y 0.8% respectivamente para último mes).
- Las demás drogas tienen prevalencias debajo del 1.6% para el consumo alguna vez, por debajo del 0.5% en el último año y menores a 0.2% en el último mes.

En la población de 35 a 65 años:

- La prevalencia de consumo alguna vez de cualquier droga es de 7.5% (13.8% hombres y 1.8% mujeres), mientras que la de drogas ilegales es de 7% (13.4% hombres y 1.3% mujeres).
- La prevalencia de cualquier droga en el último año es de 1% (1.8% hombres y 0.3% mujeres) y la de drogas ilegales es de 0.8% (1.6% hombres y 0.1% mujeres).
- En el último mes, la prevalencia de consumo de cualquier droga es de 0.6% (1.2% hombres y 0.2% mujeres) y la de drogas ilegales es de 0.5% (1% hombres y <0.1% mujeres)

Tendencias en el consumo de drogas Población total (12-65 años)

- La prevalencia de cualquier droga alguna vez aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016, en el último año pasó de 1.8% a 2.9% y en el último mes de 1% a 1.5%.

- La prevalencia de drogas ilegales alguna vez aumentó de 7.2% a 9.9%, la del último año pasó de 1.5% a 2.7% y la del último mes de 0.8% a 1.4% entre 2011 y 2016.

- La prevalencia alguna vez de marihuana pasó de 6% a 8.6% (de 10.6% a 14% en hombres y de 1.6% a 3.7% en mujeres).

- La prevalencia en el último año de marihuana pasó de 1.2% a 2.1% (de 2.2% a 3.5% en hombres y de 0.3% a 0.9% en mujeres).

- El consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3% y 3.5%) como en el último año (0.5% y 0.8%).

Población adolescente (12-17 años)

- La prevalencia alguna vez de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%: en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011, 1.2% en 2016).

- La marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%)

- La cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011

Población adulta (18-65 años) En la población de 18 a 34 años:

- La prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez incrementó de 11.3% en 2011 a 15% en 2016; en hombres aumentó significativamente de 18.5% a 22.8% y en mujeres de 4.6% a 7.6%.

- El consumo de cualquier droga en el último año pasó de 2.8% a 5%; en hombres aumentó significativamente de 4.7% a 8.2% y en mujeres se mantuvo estable de 1.1% a 2%.

- El consumo de cualquier droga en el último mes pasó de 1.4% a 2.7%; en hombres aumentó significativamente de 2.6% a 4.8% y en mujeres se mantuvo estable de 0.4% a 0.7%.

En la población de 35 a 65 años:

- El consumo de cualquier droga alguna vez pasó de 6.4% a 7.5% y el consumo de drogas ilegales alguna vez pasó de 5.7% a 7% de 2011 a 2016.

Al observar estos resultados de la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco se encontró que los datos muestran un incremento en el consumo de marihuana tanto en hombres como en mujeres. El consumo de cocaína se mantuvo estable en la prevalencia alguna vez y en el último año. Con relación a 2011, el consumo en adolescentes incrementó tanto en hombres como en mujeres, particularmente el de marihuana; en tanto que el consumo de cocaína e inhalables permaneció estable.

Además se observa la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas. Dado los aumentos en el consumo de sustancias con respecto a años anteriores, resulta urgente *ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.*

Otro elemento de interés es desarrollar mayores esfuerzos, tales como *ofrecer servicios con perspectiva de género*, para facilitar que los usuarios con dependencia a las drogas asistan a tratamientos especializados, ya que sólo uno de cada cinco recibe este tipo de ayuda.

En tanto queda desplazada la finalidad de la norma en cuanto establece los procedimientos y criterios de observancia obligatoria para la atención del problema de las adicciones, en cuanto los mencionados no están cumpliendo en reducir el número de adictos a nivel nacional.

Otra *inconsistencia* de la presente norma citada respecto de las adicciones, radica en que en el discurso está plasmado el término de la prevención dentro del objeto de la disposición, pero en realidad no abarca de manera específica las acciones concretas a realizar en esta materia, por lo que solo queda en el texto la intención preventiva, dándonos como resultado el aumento del consumo de drogas mencionado con anterioridad en el presente trabajo, lejos del significado literal de la palabra prevención que es la serie de acciones o medidas para evitar que suceda una cosa. No existiendo una política clara con objetivo de prevenir con un grupo de acciones específicas establecidas en la norma,

2.2. GENERALIDADES

En este apartado se verá las generalidades de funcionamiento para los centros de servicios de atención especializada en adicciones conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 ya mencionada la cual establece: (ver anexo)

5.1 Los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, actividades:

- A) Preventivas
- B) De urgencias
- C) De tratamiento
- D) De rehabilitación y reinserción social
- E) Reducción de daños y riesgos
- F) De enseñanza y capacitación, y
- G) De investigación científica

5.2 Los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial deben contar con:

5.2.1 Organización interna:

5.2.1.1 Contar con el aviso de funcionamiento respectivo, así como con el registro como institución especializada ante el CONADIC

5.2.1.2 Programa general de trabajo aprobado por el CONADIC, en el que se contemple el tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos,

5.2.1.3 Reglamento Interno,

5.2.1.4 Manuales técnico-administrativos, y

5.2.1.5 Guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos de mayor complejidad, de acuerdo con el cuadro clínico.

5.2.2 Infraestructura:

5.2.2.1 Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, de acuerdo con el tipo de modelo de atención que brinden, e

5.2.2.2 Instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, estableciendo perfectamente la división de acuerdo con su grupo de edad y sexo. Niños/as Adolescentes Adultos/as Personas Adultas Mayores Personas con capacidades diferentes

5.2.3 Personal capacitado y suficiente para llevar a cabo las funciones del establecimiento.

5.2.4 Programa de atención integral para los usuarios, mismo que habrá de comprender:

5.2.4.1 Ambiente físico apropiado, limpio y seguro,

5.2.4.2 Tratamiento médico y/o psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos aplicables,

5.2.4.3 La alimentación suministrada a los usuarios debe ser balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario,

5.2.4.4 Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento,

5.2.4.5 El personal que labora en los establecimientos especializados en adicciones, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios, mientras permanezcan en el mismo,

5.2.4.6 La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos, así como a sus pertenencias,

5.2.4.7 Proporcionar un servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones,

5.2.4.8 El establecimiento debe promover,

5.2.4.12 Toda información proporcionada por el usuario y/o familiares del mismo, así como la consignada por escrito en su expediente, deberá manejarse bajo las normas de confidencialidad y el secreto profesional,

5.2.4.13 La información sobre el proceso del tratamiento no se revelará a individuo o autoridad alguna, si no es con el consentimiento escrito del usuario, salvo los casos previstos por la ley,

5.2.4.14 En ninguno de los tratamientos se permitirán grabaciones de audio, video o fotografías, en modalidad alguna de tratamiento, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado y por escrito del usuario, familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y, en su caso, representante legal,

5.2.4.15 El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de los usuarios en situaciones de urgencia, tratamiento y rehabilitación, avalado por el CONADIC,

5.2.4.16 El programa de trabajo del establecimiento deberá contar con la especificación de las actividades de rehabilitación que deberán desarrollarse en el mismo, en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores y la familia.

5.2.5 Notificar mensualmente al SISVEA, mediante el llenado de cuestionarios sobre Consumo de Drogas para cada usuario de nuevo ingreso registrado, siempre respetando el anonimato del usuario.

5.3 El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que

estén reconocidos por el CONADIC, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes:

5.3.1 El ingreso voluntario requiere de solicitud del usuario por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud; en caso de ser menor de edad se requiere de la solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor.

5.3.2 El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento. Todo internamiento involuntario deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.

5.3.3 El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico que le sea practicado.

5.3.4 Tratándose de un menor de 16 años, sólo se le ingresará cuando existan programas y espacios adecuados e independientes, de acuerdo con la edad y sexo, de lo contrario deberá ser referido a los establecimientos encargados de la atención a menores.

5.4 El egreso del usuario del establecimiento especializado en adicciones podrá ser por los siguientes motivos:

5.4.1 Haber cumplido los objetivos del internamiento,

5.4.2 Traslado a otra institución,

5.4.3 A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios,

5.4.4 A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y con el consentimiento del usuario,

5.4.5 Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del establecimiento,

5.4.6 Disposición de la autoridad legal competente, y

5.4.7 Defunción.

Por lo que se puede decir que la consolidación de un sistema de tratamiento debe de asegurar que se imparte el mejor tratamiento disponible para el problema que debe atenderse, considerando su *adecuación a las condiciones socioculturales del sistema de salud y de la población que hace uso de él*.

La población que utiliza los servicios tiene por lo general más carencias, por ello es muy importante probar los modelos en condiciones reales, analizando las barreras estructurales, de los servicios y de los individuos a fin de probar modelos que permitan enfrentar y superar los obstáculos funcionales.

Kohn R y Levav I¹⁵ destacan 10 recomendaciones de la OMS a los países en desarrollo con objeto de reducir la brecha de tratamiento en el ámbito de la salud mental: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Por otro lado, se formularon algunas recomendaciones para superar las barreras para la atención en salud mental y reducir la brecha de tratamiento:¹⁵¹⁶

- 1) voluntad política,
- 2) promoción de la causa de las personas con enfermedades mentales,
- 3) creación de servicios comunitarios de atención en salud mental de nivel secundario,
- 4) utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

¹⁵ Kohn R, Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. EUA: OPS; 2009.

¹⁶ Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 2007;370:1164-1174.

Si destaca, en consecuencia, el imperativo de contemplar intervenciones específicas de acuerdo con cada tipo de droga, considerando en qué casos los tratamientos deberán estar orientados al cese del consumo y en cuáles al consumo moderado. Asimismo, es urgente estructurar tanto tratamientos preventivos como farmacológicos e integrales, y aquéllos orientados a la reducción del daño, todo ello adecuado a la magnitud de la demanda, pero, sobre todo, a la necesidad detectada y ya amplia y sólidamente establecida en México, que rebasa considerablemente la oferta disponible. Además se necesita estructurar de manera muy precisa y fundamental, la participación de la familia o personas que son de importancia para los individuos que son dependientes de sustancias adictivas, ya que la norma no establece los procedimientos y lineamientos específicos para la participación en el tratamiento como clave fundamental.

Comentado [OG1]: Si destacamos

En consecuencia la intervención que debe realizarse a la familia, ya que ésta se afecta de manera compleja durante todo el período en el que se desarrolla la enfermedad por abuso y adicción a las drogas. Pueden encontrarse situaciones extremas, en las cuales la familia ha perdido toda la credibilidad en la posibilidad de recuperación de su familiar, que genera una posición negativa y de rechazo inicial a la posibilidad de éxito en el tratamiento. Lo anterior, debe intervenir a través de espacios que brinden información suficiente sobre el proceso de la enfermedad, y en los cuales se busque recuperar los procesos críticos afectados de la relación familiar, tales como la autoridad, la comunicación y la afectividad.

Se reconoce, en todo caso, a la familia y al entorno social como un grupo causal relevante para los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, y hoy se acepta, acorde a las conclusiones a las que han llegado investigadores del tema, la importancia de la estructura y el soporte familiar, en la recuperación sostenida y de largo plazo en esta problemática, de manera muy especial en adolescentes.

Por tanto una inconsistencia de la norma es que no contempla, no involucra de manera concreta o con el protagonismo que debiera, a la familia, ya que es parte medular en el proceso de la rehabilitación, por lo que se debe crear

una norma donde se incluya a la familia como lo son padres, hermanos, pareja, hijos con un rol más activo y concreto en donde se señale su responsabilidad en la rehabilitación, es decir se puede recomendar que se plasme por ejemplo una capacitación familiar, para comprenda su importancia en el proceso de ayuda al sujeto adicto. Ya que así como se encuentra presentada la norma, es ambigua no establece lineamientos, responsabilidades roles, sobre el aspecto familiar quedando este aspecto muy amplio lo redactado en este cuerpo jurídico.

2.3. TRATAMIENTO

La norma establece los siguientes lineamientos en lo referente al tratamiento:

9. Tratamiento

Es el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

El tratamiento especializado en adicciones se llevará a cabo bajo las siguientes modalidades:

- A) No Residencial
- B) Residencial

9.1 El tratamiento bajo la modalidad no residencial podrá llevarse a cabo a través de:

- 1) Atención de urgencias,
- 2) Atención ambulatoria en establecimiento

9.1.1 En el tratamiento en el servicio de urgencias, por ningún motivo podrá negarse la atención a personas con problemas relacionados con consumo de

sustancias psicoactivas, debiéndose brindar el servicio bajo los siguientes criterios:

9.1.1.1 Valoración clínica del caso,

9.1.1.2 Manejo del estado crítico,

9.1.1.3 Apertura de expediente clínico,

9.1.1.4 Elaboración de la nota clínica inicial,

9.1.1.5 Internamiento o envío a consulta externa, y

9.1.1.6 Una vez resuelto el problema de urgencia, debe ser referido a otra unidad de salud para el manejo del problema de abuso o dependencia.

9.1.2 La atención ambulatoria en los servicios de consulta externa de los establecimientos mixtos, profesionales y alternativos se llevará a cabo de acuerdo con los siguientes criterios:

9.1.2.1 Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente,

9.1.2.2 Apertura del expediente clínico,

9.1.2.3 Elaboración de la historia clínica,

9.1.2.4 Investigar, en caso de usuarias, si están embarazadas o en periodo de lactancia,

9.1.2.5 Aplicación del estudio psicosocial,

9.1.2.6 Solicitar auxiliares de diagnóstico, en caso necesario,

9.1.2.7 Establecimiento de diagnóstico, tratamiento y pronóstico,

9.1.2.8 Involucrar a la familia en el tratamiento cuando esto sea posible, contando con el consentimiento informado del usuario cuando éste sea mayor de edad o, en caso de ser menor, con el del responsable legal,

9.1.2.9 Referencia en su caso a otro nivel de atención,

9.1.3 Los establecimientos que ofrezcan tratamiento ambulatorio de ayuda mutua deberán cubrir los siguientes requisitos:

9.1.3.1 Contar con un responsable del servicio,

9.1.3.2 Que el tratamiento que se ofrezca respete la dignidad de las personas, su integridad física y mental, y

9.1.3.3 Si no se cuenta con la capacidad resolutive, derivar al usuario al servicio correspondiente.

9.2 El tratamiento bajo la modalidad residencial, se llevará a cabo en los establecimientos:

- a) Profesionales
- b) De ayuda mutua
- c) Mixtos

9.2.1 El tratamiento en la modalidad residencial en los establecimientos mixtos y profesionales, se llevará a cabo a través de las acciones siguientes:

9.2.1.1 Al ingreso se debe realizar:

9.2.1.1.1 Examen clínico,

9.2.1.1.2 Elaboración de nota de ingreso,

9.2.1.1.3 Elaboración de historia clínica,

9.2.1.1.4 Realización de exámenes mínimos indispensables

9.2.1.1.5 Revisión del caso por el médico responsable, y el equipo interdisciplinario,

9.2.1.1.6 Realización de exámenes complementarios en caso necesario, y

9.2.1.1.7 Establecimiento de la impresión diagnóstica, el plan terapéutico y el pronóstico, en un plazo no mayor de 48 horas.

9.2.1.2 La visita médica se llevará a cabo bajo los siguientes criterios:

9.2.1.2.1 Realizarse por lo menos tres veces por semana en caso de que no existan patologías físicas concomitantes al consumo de sustancias, en caso de existir, serán de acuerdo con su severidad,

9.2.1.2.2 Valoración del estado clínico,

9.2.1.2.3 Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete,

43 9.2.1.2.4 Revisión del diagnóstico y tratamiento,

9.2.1.2.5 Solicitud de interconsulta en su caso, y

9.2.1.2.6 Elaboración de la nota de evolución.

9.2.1.3 En caso de no contar con el poder resolutivo, se debe realizar interconsulta o derivación al servicio correspondiente. La interconsulta se llevará a cabo de acuerdo con los siguientes criterios:

9.2.1.3.1 Solicitud escrita que especifique el motivo,

9.2.1.3.2 Evaluación del caso por el servicio solicitado,

9.2.1.3.3 Proposición de un plan de estudio y tratamiento, y

9.2.1.3.4 Elaboración de la nota correspondiente.

9.2.1.4 Deberá realizarse diariamente una nota de evolución por parte del responsable del caso, que dé cuenta de los progresos o dificultades que presente el usuario durante su estancia residencial.

9.2.1.5 Al egreso se debe:

9.2.1.5.1 Valorar el estado clínico,

9.2.1.5.2 Ratificar o rectificar el diagnóstico final de acuerdo con la CIE 10 y/o DSMIV-TR,

9.2.1.5.3 Elaborar pronóstico,

9.2.1.5.4 Referir siempre a seguimiento ambulatorio de su trastorno relacionado con consumo de sustancias, y

9.2.1.5.5 Elaborar la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.

9.2.2 El tratamiento bajo la modalidad residencial en los establecimientos de ayuda mutua, se llevará a cabo a través de las siguientes acciones:

44 9.2.2.1 Disposiciones generales: Todo establecimiento de ayuda mutua debe:

9.2.2.1.1 Contar con aviso de funcionamiento,

9.2.2.1.2 Contar con responsable legal y encargado,

9.2.2.1.3 Contar con lineamientos y disposiciones por escrito del proceso de recuperación al que se va a incorporar el usuario, del funcionamiento del establecimiento, así como tener en lugar visible los criterios de exclusión sobre padecimientos que no pueden atender (trastornos psiquiátricos, alteraciones y trastornos conductuales no inherentes al consumo de sustancias psicoactivas, comorbilidades médicas y psiquiátricas, por ejemplo),

9.2.2.1.4 Explicar con detalle y claridad, tanto al usuario como al familiar responsable o representante legal, las condiciones del establecimiento, días y horarios de visita, así como costos directos o indirectos, y

9.2.2.1.5 El ingreso y la permanencia del usuario en el establecimiento deberán ser estrictamente voluntarios, excepto por orden expresa de autoridad competente.

9.2.2.3 Al ingreso se debe:

9.2.2.3.1 Realizar a todo usuario una revisión física por persona del mismo sexo, sin que se atente contra su integridad, siempre en presencia de un testigo que, de ser posible, sea un familiar o en su caso, representante legal o tutor, para detectar golpes o heridas que requieran la atención inmediata de un médico e informar a la autoridad competente.

9.2.2.3.2 Preguntar sobre la existencia de malestares o problemas de índole físico o mental actuales,

9.2.2.3.3 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia o de supresión, se debe referir inmediatamente a servicios de atención profesional,

9.2.2.3.5 Todo usuario que ingrese al establecimiento debe ser valorado por un médico en un periodo no mayor de 48 horas,

9.2.2.3.6 Se debe llenar una hoja de ingreso o reingreso de cada persona, que deberá contener:

- a) Fecha y hora,
- b) Datos generales del usuario,
- c) Enfermedades actuales,
- d) Datos del familiar más cercano en vínculo firmado por el usuario o, en su caso, representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento,
- e) Breve descripción del estado de salud general del usuario, y
- f) Nombre y firma de aceptación del usuario, de su familiar más cercano en vínculo o, en su caso representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento.

9.2.2.3.7 Si el que ingresa es menor de edad, se debe obtener adicionalmente el consentimiento por escrito de quienes ejerzan la patria potestad, del representante legal o tutor. En caso de que el menor se encuentre en situación de abandono, el encargado del establecimiento debe dar aviso al Ministerio Público más cercano ,y

9.2.2.3.8 En los establecimientos no se deben admitir personas distintas a las que requieran el servicio para el cual fue creado (trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas); pero no se negará el ingreso a personas con alguna

comorbilidad que ingieran medicamentos y que tengan una condición médica y/o psiquiátrica controlada.

9.2.2.4 Durante la estancia se debe:

9.2.2.4.1 Suministrar medicamentos a los usuarios, sólo bajo prescripción médica,

9.2.2.4.2 En caso de presentarse algún accidente o emergencia con alguno de los usuarios, el responsable o encargado del establecimiento debe proporcionar los primeros auxilios y asegurar que se brinde de inmediato la atención médica necesaria, dando aviso al familiar más cercano en vínculo o representante legal en su caso y, de ser procedente, a la instancia legal o autoridad competente,

9.2.2.4.3 El encargado del establecimiento debe proporcionar al familiar más cercano en vínculo y, en su caso, representante legal del usuario, toda la información que le sea solicitada acerca del estado general, evolución del tratamiento o recuperación del usuario, y

9.2.2.4.4 No deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la dignidad, así como la integridad física y mental del usuario.

9.2.2.5 Al egreso se debe llenar la hoja de egreso con los siguientes datos:

a) Fecha y hora de egreso,

b) Descripción del estado general del usuario,

c) Nombre y firma de conformidad, de la persona que egresa; del familiar más cercano en vínculo, representante legal, según corresponda y del encargado del establecimiento, y

d) En caso de que el usuario sea menor de edad, se debe contar además con la firma de conformidad de la persona que ejerza la patria potestad o representante legal, según sea el caso.

9.3 Los establecimientos que practiquen tratamientos alternativos y/o complementarios, deberán cubrir los requisitos establecidos en los numerales del 9.1.2.1 al 9.1.2.9, así como estar registrados y avalados por el CONADIC, además de contar con el aviso de funcionamiento respectivo.

9.3.1 Por reducción de daño se entiende al conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de 48 sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. En caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

9.3.1.1 Quienes realicen estrategias de reducción del daño, deben contar con programa por escrito, el cual debe estar basado en la ciencia y contar con el aval técnico del CONADIC.

9.3.1.2 Los establecimientos de atención médica que lleven a cabo el tratamiento con agonistas de sustitución, deben observar los siguientes requisitos:

9.3.1.2.1 Estar registrados y avalados por el CONADIC.

9.3.1.2.2 Ser parte de tratamientos integrales, buscando al final la abstinencia de la sustancia o la disminución de las consecuencias producidas por el consumo de sustancias, la rehabilitación y la reinserción social de individuos y familias, e

9.3.1.2.3 Involucrar a la familia.

Conforme se observa lo establecido en la Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-2009 respecto del tratamiento, se señala que solo se limita a cuestiones básicas o generales respecto de definiciones, al tipo de tratamiento como lo es el residencial (establecimientos profesionales, de ayuda mutua y mixtos) y no residenciales (atención de urgencias, atención ambulatorias en establecimientos mixtos y profesionales, de ayuda mutua y ambulatoria alternativa). Así mismo nos señala el procedimiento a seguir a través de acciones para la atención de las personas adictas como: exámenes clínicos, expediente

clínico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, la involucración de la familia, las notas/hojas de egreso, los requerimientos físicos de las instituciones, el saber determinar si tienen alguna condición específica como embarazo, o malestares o problemas de índole física o mental etc.

Así se tiene que la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente confirma lo encontrado anteriormente, de que sólo una pequeña proporción de los usuarios de drogas (16.1%) acude a tratamiento.¹⁷

Lo cual se puede entender por el dicho de Kohn R y Levav I¹⁸ que señalan «factores subjetivos y objetivos para explicar la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios de tratamiento. Entre los subjetivos están: la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el estigma. Entre los objetivos están los que se refieren a las barreras para la atención como: los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios». Estos autores mencionan que el proyecto Atlas, llevado a cabo por la OMS, «aportó datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en países de América Latina y el Caribe, los niveles de inversión en salud mental, la disponibilidad de camas psiquiátricas, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental van muy a la zaga de Canadá y Estados Unidos, el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental varía en estos países entre 0.1% y 12%», México invierte el 1% en contraste con Canadá (11%) y Estados Unidos (6%).

A partir de la imperiosa necesidad de diseñar e implementar tratamientos eficaces, se han identificado, a nivel internacional, algunos principios básicos:

¹⁷ Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones; México; 2008.

¹⁸ Kohn R, Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. EUA: OPS; 2009.

considerar a las adicciones como una enfermedad que afecta el desempeño del cerebro y del comportamiento, y que es factible de tratarse; el tratamiento debe ser de fácil acceso, atender necesidades específicas en relación con el género, la edad y el tipo de sustancia.

No existe un sólo tipo de tratamiento que resulte eficaz para todas las personas. Muchos de los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los tratamientos cognitivo-conductuales, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad entre otros.¹⁹ Existen otros tipos de atención como los programas de 12 pasos, algunos basados en religiones, grupos de autoayuda guiados por ex adictos o el internamiento en granjas o casas conocidas como anexos, sin embargo en este tipo de establecimientos difícilmente se cuenta con la asesoría médica o profesional en el tratamiento de las adicciones y funcionan en base a la represión o dirección forzada.

Existen también otros centros de tratamiento donde recurren a técnicas como la acupuntura, la terapia de relajación, de confrontación, grupos educativos, y que pueden no ser efectivas si se emplean de manera aislada. Por ello resulta relevante identificar los tratamientos con mayor eficacia.²⁰

La investigación clínica ha dado resultados útiles que dan fundamentos para seleccionar de entre los modelos existentes a aquellos que mejor responden a las necesidades de los pacientes con diferentes características; para ello deben basarse en una sólida metodología científica que incluya grupos controles y que

¹⁹ National Institute of Drug Abuse, National Institute of Health, U.S Department of Health & Human Services. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción, 2009 http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Enfoques_de_tratamiento.pdf

²⁰ Power EJ, Nishimi RY, Kizer KW. Evidence-based treatment practices for substance use disorders. Washington, DC: National Quality Forum; 2005.

aporten elementos para que puedan llevarse a la práctica.²¹ Lo cual no establece la norma dentro de sus apartados.

Dentro de las características principales que deben de cumplir este tipo de estudios, están: que los diseños sean experimentos controlados, estudios prospectivos donde se delimite un periodo de tiempo y se pueda controlar la variable independiente (intervención); que exista rigor para establecer la causa, lo que permite comprobar hipótesis; también permiten probar eficacia, efectividad y equivalencia de diversos tratamientos y examinar los efectos adversos. Este tipo de estudios también se caracterizan por un alto grado de complejidad al tratar de determinar la causalidad y que esta experimentación implique a seres humanos.²²

Un ensayo clínico sugiere estas etapas: i) *planeación*: donde se evalúa la factibilidad, se formulan las hipótesis, se coordina el grupo de trabajo, se establecen los recursos necesarios y se redacta un protocolo de investigación; ii) *acción*: se determinan las responsabilidades, se definen y operacionalizan las variables, se determina el tamaño de la muestra y se ejercen los recursos financieros; iii) *ejecución*: es la fase de manipulación y medición de las variables, se recluta a los participantes, se aplica la intervención, se hace seguimiento y análisis de la información.

Durante el desarrollo de este tipo de investigaciones se aplican los principios de la bioética, lo que requiere que los sujetos participantes den su consentimiento y lo firmen para su participación voluntaria, y ejerzan el derecho a suspender su participación. Durante todo el proceso se debe garantizar a los sujetos su seguridad, el grupo control deberá estar sometido a algún otro tratamiento existente y no a un placebo.¹⁹²³

²¹ Lazcano-Ponce E, Salazar E, Gutiérrez P, Ángeles A et al. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. Salud Pública Méx 2004;46(6):559-584

²² Laporte JR. Principios básicos de investigación clínica. España: Fundació Institut Català de Farmacologia; 2006.

²³ Fernández P. Estudios experimentales en la práctica clínica. Investigación terapéutica. Ensayos clínicos. En: Gómez de la Cámara A (ed.). Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 1998. (Actualización 28/02/2001).

Así, diversas instituciones proporcionan ayuda y algunos grupos de investigación han abordado el tema de las adicciones y probado modelos de intervención. Reducir la brecha del tratamiento significará aumentar la cobertura y garantizar que se apliquen modelos de eficacia y eficiencia probadas. Para ello es importante conocer qué es lo que se ha investigado en este campo.

CAPÍTULO TERCERO PROPUESTA DE TRATAMIENTO

3.1. PROPUESTA DE INTERVENCION

El papel de la familia en el tratamiento es fundamental, la normatividad descrita con anterioridad la establece como un concepto más que no profundiza la importancia y el procedimiento para ser ancla importante dentro del tratamiento. La información existente ha servido para enfatizar la importancia de los factores familiares en el inicio y en el curso clínico del alcoholismo y el resto de las dependencias a otras sustancias psicoactivas. Se han descrito varios tipos de familias de adictos basados en el estado funcional de sus familiares. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes sobre las intervenciones familiares, y han sido abordados como un componente esencial en el programa de tratamiento de la patología dual.

Con frecuencia, la disfunción familiar ocurre en torno a un círculo vicioso donde el "paciente identificado" puede jugar el papel de "chivo expiatorio". Los hallazgos clínicos destacan tanto el papel de la psicopatología familiar en la génesis de la adicción, como el impacto de la conducta familiar alterada que se desarrolla en respuesta al abuso crónico de sustancias por parte de uno o más de sus miembros. El estudio de la dinámica familiar en el tratamiento y la recuperación es primordial. Los sistemas de aproximación familiar intentan mejorar la comprensión mutua, y modificar el impacto del ambiente familiar en el miembro adicto, así como el impacto del adicto en las interacciones con la familia.

En general, en los tratamientos familiares efectivos se examina cómo se procesan las relaciones y emociones en el sistema familiar, a la vez que se ayuda

a la familia a desarrollar formas prácticas de implicarse en el tratamiento y afrontar el diagnóstico dual, para lograr así la recuperación del consumidor. El trabajo con la familia del paciente debe focalizarse en reemplazar actitudes y conductas permisivas o punitivas por interacciones de mayor apoyo. Las parejas u otras personas significativas deberán participar activamente en el proceso terapéutico.

Se tienen como propuesta de reforma a la normatividad estudiada, en donde se propone un nuevo planteamiento de modelo de intervención familiar en el tratamiento de las adicciones, el cual se basa en los siguientes principios y guías los cuales son:

1. La familia debe convertirse legalmente en el soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación.

Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. Esta armonía se logra a través de intervenciones individuales y grupales que buscan, entre otras:

- a) Desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades, trabajando en los sentimientos de culpa y en la recuperación del optimismo.
- b) Favorecer la restauración de jerarquías, incrementando la autoridad positiva de las figuras paternas.
- c) Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros.
- d) Incrementar en la familia las habilidades afectivas, para que se puedan expresar adecuadamente tanto los sentimientos positivos como los negativos.

2. Cuando se producen intervenciones terapéuticas y el paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados.

Las herramientas adquiridas por la familia durante el tratamiento deben posibilitar la implementación de cambios en el modo como se relacionan sus integrantes con el sujeto en tratamiento. Los cambios deben reflejarse en las siguientes actitudes y comportamientos:

- a) La familia es más solidaria y manifiesta más el afecto.
- b) Las normas relacionadas con el paciente son concertadas con él, no obstante, se exige su cumplimiento y se establecen sanciones si no se cumplen.
- c) Los padres o figuras de autoridad comparten y respaldan sus opiniones sobre actitudes y medidas disciplinarias decididas por ellos.
- d) Hay acuerdo por parte de todo el grupo familiar en el manejo que se le debe dar al conflicto.
- e) Los roles de cada miembro del grupo familiar están bien definidos y la comunicación es clara y directa.

3. La familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, para desarrollar conocimientos y actitudes que buscan el mantenimiento de los cambios positivos logrados y la contención en situaciones de crisis.

La familia debe continuar en un proceso de acompañamiento profesional. La duración de estos procesos de acompañamiento se define de acuerdo al aprendizaje conceptual y actitudinal del grupo familiar con respecto a las necesidades generadas por ellos, para enfrentar y apoyar situaciones que se deriven durante el proceso de tratamiento.

Así, entonces, la familia debe participar en un esquema de reuniones o encuentros de acompañamiento con profesionales del grupo interdisciplinario en salud, en los cuales se evalúen aspectos como:

- a) El cumplimiento del paciente de las normas concertadas.
- b) La valoración de los cambios que se han identificado en el paciente y en los miembros del grupo familiar.
- c) El reconocimiento y seguimiento de lo que el paciente ha estado haciendo de manera autónoma.
- d) Las dificultades que se han presentado en el funcionamiento de la familia. El grupo familiar deberá vincularse a grupos de soporte y apoyo socio-familiar; en ellos, podrá expresar sus emociones y compartir temores y/o expectativas con otras familias que transitan por la etapa de reincorporación del paciente al grupo familiar y a la vida social activa y productiva.

4. El soporte familiar y social ofrecido al paciente debe posibilitar su individuación y autonomía en el proceso de rehabilitación. Una de las consecuencias del abuso y la adicción a las drogas es que el paciente suele ser visto en su hogar como una persona incompetente, poco responsable y por lo tanto necesitada de protección familiar. Para intervenir este factor de riesgo es necesario un proceso de instrucción familiar, para que el paciente con problemas de abuso de drogas sea visto por su familia, su entorno y él mismo, como alguien que puede destacarse en alguna actividad productiva, socialmente aceptada y gratificante para el individuo.

En búsqueda de este logro la familia debe:

- a) Redefinir el rol del individuo en recuperación como persona competente y con potencial para lograr su individuación.
- b) Promover la iniciativa, autonomía y espontaneidad del paciente, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- c) Promover el desarrollo de su identidad, teniendo respeto por sus ideas.
- d) Estimular su vinculación con redes que favorezcan la formación y/o capacitación para el trabajo.

5. La familia debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación. La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas. Este proceso le permitirá al núcleo familiar identificar las señales de peligro para prevenirlas y, además, facilitará una actuación adecuada y consciente, en caso que llegaren a presentarse nuevos episodios de consumo.

Es muy útil que la familia elabore un inventario diario de señales que puedan ser indicio de un estancamiento del proceso de recuperación. Algunas de estas señales son:

- a) Cambios en el estilo de vida o tendencia a romper rutinas, como despertar y levantarse más tarde o dejar de cumplir algunas responsabilidades.
- b) Comportamientos compulsivos como aumento exagerado del apetito e inicio o aumento del consumo de café o cigarrillo.
- c) Negación frente a llamados de atención.
- d) Deterioro de las relaciones afectivas, con expresión inadecuada de ira y/o depresión. Cuando se identifique alguno de estos comportamientos, debe hacerse una revisión con el paciente de dichos aspectos.

6. El individuo en tratamiento que no cuente con familia, debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente, que sustituya las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto. Cuando no hay una familia que asuma el acompañamiento del paciente en recuperación, es necesario acudir a grupos humanos y sociales alternativos en los que está inmerso el paciente, esto es, su red de apoyo social.

De no existir una red de apoyo social positiva, debe elaborarse un plan para su construcción. La red de apoyo puede estar constituida por amigos o parientes, a los cuales es importante contactar y motivar para su vinculación al proceso de recuperación. Cuando no se cuenta con esta posibilidad, se debe acceder a instituciones que presten este tipo de soporte, donde se provea al

paciente un ambiente y condiciones mínimas de afecto, soporte material y espiritual, guía, consejo y afianzamiento de la identidad.

Es importante tener en cuenta que el proceso de apoyo social debe ser concebido como un “dar y recibir”, en el que el paciente debe asumir una serie de responsabilidades que lo preparen para el ejercicio de su autonomía. Será, entonces, el objetivo más importante de la vinculación con una red de apoyo social: la estabilización emocional y afectiva, y la preparación para asumir una vida independiente, en la que pueda reconstruir una nueva y propia red de apoyo social.

Conclusiones

Para concluir, este apartado se dedicara a mostrar las conclusiones obtenidas a lo largo del desarrollo del presente trabajo de investigación teniendo así:

- El consumo de sustancias adictivas en nuestro país ha aumentado de manera considerable, conforme a los resultados presentados por lo que la Norma NOM-028-SSA-2009 queda muy lejos de cumplir la intencionalidad con la que fue elaborada siendo rebasada en su aspecto preventivo y práctico.
- Conforme a lo establecido a la Norma NOM-028-SSA-2009, se puede decir que se encuentra lejos de un marco teórico realmente fundamentado, ya que como lo establece la teoría de aprendizaje cognitivo social, en la mayoría de las ocasiones los comportamientos humanos son aprendidos, controlados por fuerzas ambientales, compuestos de representaciones de estímulo respuesta, y se considera al ser humano como agentes autor regulador y auto reflexivo, es decir, se observa a un modelo de conducta y da pauta a imitar su comportamiento, y que más sin embargo lo puede modificar por su propia autoconsciencia teniendo como apoyo al primer núcleo social con el que tenemos contacto como seres humanos que es familia, aspecto que no se encuentra bien limitado en la norma para su participación en el tratamiento del adicto.

- En este sentido la Familia viene a ser el pilar fundamental de la prevención el tratamiento, y la rehabilitación ya que es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, y mantenimiento de abstinencia, así mismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación de la cualquier adicción; recordemos el modelo integral de las adicciones, en donde la familia se enmarca en los antecedentes sociales inmediatos. Teniendo así que conforme a la teoría conductual es posible modificar y reaprender comportamientos cuando se modifica de manera palpable el medio ambiente del individuo, que en este caso es de manera inmediata, la familia.
- La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción
- Es importante remarcar que: la familia organizada y bajo la guía de un profesional entrenado, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto. Es decir si existe mayor cohesión familiar, se puede evitar un gran número de conductas de riesgo como la adicción, ya que el estímulo condicionado con un enfoque negativo se vuelve positivo respecto de su entorno. Sin embargo es necesario para poder iniciar ese proceso que los miembros estén dispuestos a iniciar y mantener su propia recuperación personal.
- Por las consideraciones anteriores es necesario crear una nueva norma, o bien una modificación a la NOM-028-SSA2-2009 que influya a la familia con la importancia y el rol descrito para así tener un verdadero impacto en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas adictas

Bibliografía

Bandura Albert y H. Richard Walters *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Editorial Alianza, Madrid 1974

Bower, Gordon. HILGARD, Ernest. *Teorías del Aprendizaje* Trillas. México 1989

Fernández P. 1998 *Estudios experimentales en la práctica clínica. Investigación terapéutica. Ensayos clínicos*. En: Gómez de la Cámara A (ed.). *Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en atención primaria*. Madrid: Jarpuyo Editores; (Actualización 28/02/2001).

H. Schunk Dale 1997, *Teorías del aprendizaje (traducido)*, Prentice-hall, primera edición en español, México

Hoffman JP. (1993). *Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use*. J Drug Issues

Hundleby JD. & Mercer GW. (1987). *Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana*. J Marriage Fam.

Kohn R, Levav I. 2009 *La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe*. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. EUA: OPS;

Laporte JR. 2006 *Principios básicos de investigación clínica*. España: Fundació Institut Catalá de Farmacología;

Lazcano-Ponce E, Salazar E, Gutiérrez P, Ángeles A et al. 2004 *Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación*. Salud Pública Méx.

Power EJ, Nishimi RY, Kizer KW. 2005 *Evidence-based treatment practices for substance use disorders*. Washington, DC: National Quality Forum;

Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A et al. 2007 *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries*. Lancet

Zapata MA. (2007). 9 Dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas: Principios y Guías. Medellín: Publicación Carisma.

LEYES

MEXICO: *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones* 1, 5.1, y 9

INTERNET

MESONERO Valhondo Antonio, “*Psicología del Desarrollo y de la Educación en la edad Escolar*”, Publicaciones Oviedo, España 2001, Disponible en: <http://books.google.com/books?id=L0SaKpGPKTIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

National Institute of Drug Abuse, National Institute of Health, U.S Department of Health & Human Services. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción, 2009 http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Enfoques_de_tratamiento.pdf

FRUFE Manuel, “*Psicología de Aprendizaje. Principios y aplicaciones conductuales*”, Ed. Paraninfo, España, 2011, Disponible en: http://books.google.com/books?id=finD3a5PMqsC&pg=PA17&dq=aprendizaje+conductual&hl=es&ei=A07QTsr4BfGk2gXYxt2_Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CEAQ6AEwAw#v=onepage&q=aprendizaje%20conductual&f=false

Tapia, “El consumo de drogas en México”, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>, recuperado el 16 de junio de 2010

ANEXO:
**Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento
y control de las adicciones**
Para mayor información consultar:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

Norma Oficial
Mexicana NOM-
028-SSA2-2009-
Para la prevención,
tratamiento y
control de las
adicciones

Directorio

Dr. José Ángel Cordova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Mtro. Solomon Chertovski Woldenberg
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

México 2009
www.conadic.gob.mx

MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES, PARA QUEDAR COMO NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones XXI, XXII y XXIII, 13, apartado A) fracciones I y II, 133 fracciones I y II, 184 bis, 185, 186, 187, 191, 192 y 193 de la Ley General de Salud; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o. del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8o. fracción V, 10 fracciones VII y XVI, y 33 fracción IV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Considerando

Que con fecha 29 de noviembre de 2005, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones en su carácter de Coordinador del Subcomité de Adicciones y Salud Mental, órgano colegiado donde participaron representantes de los sectores público, social y privado, presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el Anteproyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999.

Que con fecha 31 de julio del 2006, en cumplimiento del acuerdo del Comité y en lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Proyecto de Modificación a la Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones y contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

PREFACIO

En la elaboración y revisión de la presente Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes dependencias, instituciones, unidades administrativas, organismos, asociaciones y organizaciones:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA-CENSIDA
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
Dirección General Adjunta de Epidemiología
Dirección General Adjunta de Programas Preventivos Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia-CENSIA
Dirección General de Promoción de la Salud

SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia
Instituto Nacional de Rehabilitación
Instituto Nacional de Salud Pública Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
Dirección General Adjunta de los Servicios de Atención Psiquiátrica

Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios-COFEPRIS
Comisión Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Dirección General de Comunicación Social

Servicios Estatales de Salud

Consejo Estatal contra las Adicciones, Aguascalientes
Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California
Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California Sur
Consejo Estatal contra las Adicciones, Campeche
Consejo Estatal contra las Adicciones, Coahuila
Consejo Estatal contra las Adicciones, Colima
Consejo Estatal contra las Adicciones, Chiapas
Consejo Estatal contra las Adicciones, Chihuahua
Consejo Contra las Adicciones del Distrito Federal
Consejo Estatal contra las Adicciones, Durango
Consejo Estatal contra las Adicciones, Guanajuato
Consejo Estatal contra las Adicciones, Guerrero
Consejo Estatal contra las Adicciones, Hidalgo
Consejo Estatal contra las Adicciones, Jalisco
Consejo Estatal contra las Adicciones, Estado de México
Consejo Estatal contra las Adicciones, Michoacán
Consejo Estatal contra las Adicciones, Morelos
Consejo Estatal contra las Adicciones, Nayarit
Consejo Estatal contra las Adicciones, Nuevo León
Consejo Estatal contra las Adicciones, Oaxaca
Consejo Estatal contra las Adicciones, Puebla
Consejo Estatal contra las Adicciones, Querétaro
Consejo Estatal contra las Adicciones, Quintana Roo
Consejo Estatal contra las Adicciones, San Luis Potosí
Consejo Estatal contra las Adicciones, Sinaloa
Consejo Estatal contra las Adicciones, Sonora
Consejo Estatal contra las Adicciones, Tabasco
Consejo Estatal contra las Adicciones, Tamaulipas
Consejo Estatal contra las Adicciones, Tlaxcala
Consejo Estatal contra las Adicciones, Veracruz
Consejo Estatal contra las Adicciones, Zacatecas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Médicas

**Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado-
issste**

Comisión nacional de los derechos humanos-cndh

Secretaría de educación pública-sep

Dirección General de Extensión Educativa
Dirección de Salud y Seguridad en las Escuelas

Departamento de Vinculación para el Fomento a la Salud

Secretaría de la defensa nacional-sedena

Dirección General de Sanidad
Hospital Central Militar

Procuraduría general de la república-pgr

Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad
Instituto Nacional de Ciencias Penales

Instituto mexicano de la juventud-imj

Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia-dif

Dirección de Protección a la Infancia
Dirección de Profesionalización de la Asistencia Social

Universidad nacional autónoma de México-unam

Dirección General de Servicios Médicos
Facultad de Psicología
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y Servicios al Sector Social

Universidad Autónoma Metropolitana-UAM

Fraternidad de Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua

Universidad Iberoamericana

Departamento de Psicología, Plantel Santa Fe

Instituto Politécnico Nacional-IPN

Dirección de Educación Superior
Área de Psicología de la Dirección de Estudios Profesionales en Ciencias Médico Biológicas

Centros de Integración Juvenil, A.C.-CIJ

Alianza Contra el Tabaco, A.C.-ACTA

Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.-APM

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.-FISAC

Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.- INEPAR

Instituto Vida Saludable, A.C.

Centros Toxicológicos “Jóvenes por la Salud” Venustiano Carranza

Centros Toxicológicos “Jóvenes por la Salud” Xochimilco

Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A.C.-CESAAL

Centro de Integración para Adictos y Familiares, A.C. “Monte Fénix”

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Dirección General de Bibliotecas UAQ