



MÓDULO I: INTRODUCTORIO

LÍNEA 1.

LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

LÍNEA 2.

CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES

LÍNEA 3.

MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN
EN ADICCIONES EN MÉXICO

MANUAL DEL CONSEJERO

TOMO I



PROFESIONALIZACIÓN CON SENTIDO HUMANO.



ÍNDICE

MENSAJE DE LA SECRETARÍA	11
MENSAJE DE LA OEA/CICAD	13
PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	17
LÍNEA 1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	21
1.1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES EN MÉXICO	22
1.2 SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO	23
1.3 PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES	27
1.4 ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	30
1.5 PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO	32
LÍNEA 2 CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES	35
2.1 ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	35
2.2 ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES	51
2.3 SALUD MENTAL Y ADICCIONES	60
2.4 VIOLENCIA Y ADICCIONES	68
2.5 PRINCIPALES COMPONENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	73
2.6 COMPONENTES CENTRALES DE LA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL POR CONSUMO DE DROGAS	80
LÍNEA 3 MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN EN ADICCIONES EN MÉXICO	89
3.1 REFERENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES	89
3.2 MARCO ÉTICO DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	101
LÍNEA 4. VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN	113
4.1 INTERÉS Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO: MODELO DE ETAPAS DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE	113
4.2 MANEJO DE LA CONSEJERÍA EN INGRESOS DE TIPO INVOLUNTARIO	123
4.3 VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL CONSUMO	129
4.4 DOCUMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN	148
LÍNEA 5. CONSEJERÍA INDIVIDUAL	157
5.1 FUNCIONES DEL CONSEJERO EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES	157
5.2 PLAN DE CONSEJERÍA INDIVIDUAL	161
5.3 SESIONES DE CONSEJERÍA	168

5.4 RELACIÓN CONSEJERO-USUARIO Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE CONSEJERÍA	177
5.5 ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	186
5.6 COMPONENTES DE LA CONSEJERÍA	231
5.7 VALORAR EL PROGRESO DEL USUARIO DE ACUERDO CON EL PLAN DE CONSEJERÍA	255
5.8 DOCUMENTACIÓN DEL DESEMPEÑO Y PROGRESO DEL USUARIO EN LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL	263
LÍNEA 6. CONSEJERÍA GRUPAL	269
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA CONSEJERÍA GRUPAL	271
6.2 OBJETIVOS Y METAS DE LA CONSEJERÍA GRUPAL	280
6.3 ELABORACIÓN DEL PLAN DE CONSEJERÍA GRUPAL	281
6.4 TÉCNICAS BÁSICAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL	287
6.5 PROCESO DE DOCUMENTACIÓN EN LA CONSEJERÍA GRUPAL	304
LÍNEA 7. EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	307
7.1 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	308
7.2 EFECTOS, DAÑOS Y CONSECUENCIAS QUE GENERA EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	313
7.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR Y DE OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	317
7.4 ACTIVIDADES DE APOYO DE LA FAMILIA AL PLAN DE CONSEJERÍA DEL USUARIO	331
LÍNEA 8. CIERRE DE LA CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO	339
8.1 CONCLUSIÓN DE LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR	339
8.2 CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS PARA EL EGRESO, ALTA Y/O BAJA DEL USUARIO	351
8.3 SEGUIMIENTO AL USUARIO AL MES, TRES Y SEIS MESES DEL EGRESO	356
LÍNEA 9. COORDINACIÓN DE SERVICIOS	369
9.1 ACCIONES DE COORDINACIÓN SISTEMÁTICA CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)	370
9.2 ACCIONES DE COORDINACIÓN CON SERVICIOS EXTERNOS DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)	381
9.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS	388
LÍNEA 10. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	395
10.1 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL	396

10.2 ELABORACIÓN DEL DIRECTORIO DE REFERENCIA	407
10.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	410
COMENTARIOS FINALES	413

MENSAJE DE LA SECRETARÍA

Uno de los temas prioritarios para la administración del actual Gobierno Federal, ha sido impulsar una serie de acciones y estrategias sin precedente alguno en el país, en materia de atención y control de las adicciones.

En el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), el gobierno ha dejado de manifiesto su determinación y compromiso por fortalecer las acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud y en específico ha definido como una de sus líneas de acción “reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas”.

De igual forma en el Programa Sectorial de Salud (2013-2018) se han dispuestos estrategias para alcanzar el primer objetivo del programa de consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, para lo cual se ha comprometido, en la Línea de Acción 1.4.4. Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.

Por lo tanto, en el marco de estas políticas públicas, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), y con el invaluable apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos; se ha trabajado en la instrumentación del Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones.

A través de este programa el gobierno mexicano ha dirigido sus esfuerzos al desarrollo y promoción de acciones conjuntas en materia de capacitación del recurso humano que actualmente trabaja en centros residenciales de tratamiento para adicciones, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención y mejorar la oferta de los servicios que actualmente son ofrecidos en nuestro país en materia de tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas.

Para ello, se ha trabajado en el diseño y desarrollo de un plan de estudios en materia de consejería en adicciones, que se ha registrado ante la máxima autoridad educativa del país, a la Secretaría de Educación Pública, aportando recursos teórico-prácticos que sirvan para profesionalizar la labor del consejero.

Este programa es una medida decisiva en la búsqueda de articular la participación de las organizaciones sociales y brindar un impulso a través de la habilitación que les permita obtener una “Certificado” oficial como Consejeros en Adicciones, a

responsables de establecimientos y personas que desde su experiencia personal, participan día a día en la atención de personas con problemas por el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Confío en que el presente material, contribuirá en el marco de la capacitación a consejeros que la Secretaría de Salud realiza, servirá como una aportación más para fortalecer y apoyar el trabajo de la sociedad civil, además de seguir sumando esfuerzos sectoriales e institucionales por un México incluyente, sano y próspero.

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

MENSAJE DE LA OEA/CICAD

El Gobierno Mexicano ha sido un líder importante en la atención del complejo fenómeno de consumo de drogas, especialmente por la implementación de nuevas estrategias para reducir la demanda y el tráfico, priorizando la atención en la capacitación y evaluación de consejeros, muchos de los cuales trabajan voluntariamente en modelos no profesionales de atención y a quienes enaltecemos su compromiso permanente. Del mismo modo, hay un gran compromiso para reforzar la labor que se ha desarrollado y mejorar la calidad de los servicios de los establecimientos que brindan atención a personas con problemas por consumo de drogas.

Con el fin de promover la actualización e instrumentación de un modelo integral para la prevención, tratamiento y reinserción social de las personas con problemas de adicciones, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) en coordinación con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), puso en marcha el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones en el año 2010, integrándose así al “Programa de Capacitación y Certificación para el Tratamiento y Rehabilitación de Drogas y Violencia” (PROCCER).

Como responsables del diseño e implementación de las políticas públicas de atención a las adicciones en México, ambas instituciones han mostrado gran interés en la colaboración conjunta, con el claro objetivo de optimizar la calidad de los recursos humanos no profesionales especializados en el manejo de las adicciones. Adicionalmente, en el marco de la cooperación internacional, el trabajo realizado denota el compromiso bilateral de México y los Estados Unidos de América en materia de reducción de la demanda de drogas.

En términos operativos, este programa ha permitido mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones que emanan de las políticas públicas y contribuir a las labores de planeación estratégica, en especial por brindar elementos reales que den cuenta del estado actual de la infraestructura pública, social y privada encargada de brindar atención en las personas con uso problemático de drogas. Con esto se logra identificar las principales áreas de oportunidad y elementos para los procesos de mejora continua de la calidad.

Con base en el análisis de la información y las necesidades detectadas, se desarrollaron y adaptaron diferentes instrumentos técnico – metodológicos. La informa-

ción derivada de los Manuales del Consejero y Docente así como el Catalogo de lecturas permitirá, a todos los involucrados fortalecer el desarrollo de las competencias necesarias para los consejeros en la mejora de la calidad de tratamiento durante el proceso de rehabilitación de los usuarios y será un importante insumo base de la formación, para obtener el “certificado” de la capacitación en consejería en adicciones, emitido por la Secretaría de Educación Pública.

Con la seguridad de que este trabajo será un precedente importante para la mejora continua de los programas y procesos para controlar los devastadores efectos de los trastornos por consumo de drogas en la salud pública y social, felicitamos a quienes con su dedicación y compromiso por mejorar la labor de la consejería en adicciones, hacen posible que México cuente con un Manual de esta naturaleza, clave para la formación de personal especializado en adicciones.

Embajador Paul Simons

Secretario Ejecutivo

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

Organización de los Estados Americanos

PRESENTACIÓN

El Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones es un proyecto impulsado por la iniciativa Mérida, como parte de los esfuerzos binacionales que los gobiernos de México y de los Estados Unidos de América realizan en materia de reducción de la demanda de drogas. Se trata de una iniciativa hemisférica impulsada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), perteneciente a la Organización de los Estados Americanos (OEA) y operada por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), cuyo propósito es optimizar la calidad de los servicios de tratamiento a través del desarrollo de un programa de capacitación y evaluación de consejeros en adicciones.

La consejería que se proporciona en los establecimientos de modalidad residencial se concibe como un proceso de acompañamiento que facilita el progreso de la usuaria o usuario en el tratamiento y la rehabilitación, a través de la definición de metas y objetivos claros del proceso de intervención determinados por la consejera o el consejero y la usuaria o usuario de los servicios.

El programa busca capacitar y habilitar a personas que desempeñen actividades de consejería en adicciones en unidades de tratamiento residencial en el país, para que después de la capacitación puedan obtener un certificado de estudios con validez oficial por parte de la Secretaría de Educación Pública, que acredite su formación.

La capacitación que se ha diseñado, está sustentada en el “Estándar Mexicano de Competencias en la Consejería en Adicciones”, el cual integra las competencias necesarias (conocimientos, destrezas y actitudes) para el adecuado ejercicio de la consejería.

El presente documento tiene la finalidad de brindar conocimientos, habilidades y herramientas al consejero en adicciones, además de promover el desarrollo de las competencias necesarias para el proceso de acompañamiento de las personas afectadas por el consumo de drogas en los centros residenciales que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Este material será la guía básica para cualquier persona interesada en habilitarse como consejero en adicciones y forma parte de una serie de materiales que se han diseñado *ex profeso* para alcanzar dicha meta a través del curso que CONADIC, CENADIC y CICAD-OEA llevan a cabo en México.

Deseo sinceramente que estos manuales (Tomo I y II), sean para ti lo que hemos planeado, tu mejor herramienta para realizar ética y comprometidamente la consejería en adicciones que día a día realizas en pro de un México con servicios de atención y tratamiento de las adicciones de calidad.

Fernando Cano Valle

Comisionado Nacional contra las Adicciones

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los principales problemas de salud pública en México, ya que el uso y abuso de estas sustancias repercuten no sólo a nivel individual, sino que trascienden al ámbito familiar, laboral, educativo y social. Como respuesta a esta problemática, en los últimos años en nuestro país se ha incrementado la oferta de servicios especializados en la detección, prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones, generando así una gran variedad de alternativas de tratamiento.

El tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son tareas complejas que requieren de recursos humanos, técnicos y profesionales capacitados y especializados en el tema, que garanticen el desarrollo de intervenciones de calidad con resultados favorables.

En México, estos servicios se ofrecen principalmente en establecimientos residenciales, los cuales son operados por grupos de ayuda mutua y conformados por ex consumidores, rehabilitados en su mayoría, que no cuentan con una formación profesional para la atención de las adicciones.

Es por esto que la Comisión Nacional contra las Adicciones, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, en colaboración con la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, establece la necesidad de implementar acciones de capacitación y evaluación a los consejeros que apoyan en el tratamiento de adicciones, con el fin de incrementar la calidad de los servicios residenciales de tratamiento y rehabilitación en nuestro país. Para lograrlo, se crea el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, del que se deriva la Capacitación para la formación de consejeras y consejeros en adicciones.

El presente manual es una herramienta de trabajo que forma parte de dicha capacitación y está dirigido a los consejeros que laboran en establecimientos residenciales realizando actividades de tratamiento y rehabilitación de personas que presentan abuso y dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas, y que desean capacitarse y certificarse como consejeros en adicciones.

Este manual es una guía práctica, didáctica y centrada en la realidad cotidiana del quehacer del consejero, que incluye información científica y actualizada en materia de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, así como diversas condiciones de aprendizaje práctico, que tienen como propósito promover y fortalecer competen-

cias básicas necesarias para el ejercicio de la consejería en adicciones en México.

Los contenidos del manual están sustentados en un plan de estudios con validez oficial por la Secretaría de Educación Pública, que a su vez tiene como fundamento el Estándar de Competencias de la Consejería en Adicciones (Secretaría de Salud, 2014), el cual incluye el marco teórico de referencia al cual el consejero debe apearse, así como las competencias que debe poseer para el desarrollo de la consejería y la coordinación con el equipo multidisciplinario y otros recursos sociales de apoyo para el tratamiento y rehabilitación de los usuarios de los servicios.

El manual se divide en dos tomos, en el Tomo I se incluyen los contenidos de trabajo y en el Tomo II, los formatos, instrumentos y reportes que se describen a lo largo de los temas.

El Tomo I contiene tres módulos formados por 10 líneas temáticas. En el módulo I se describen los conceptos generales en adicciones y el marco normativo y ético que el consejero debe conocer y aplicar para un adecuado desempeño en su labor, sirviendo como introducción al módulo II, en el cual se detallan los instrumentos que le apoyarán en la valoración de los usuarios y sus familiares, los elementos para la elaboración de los planes de consejería, las estrategias de intervención adecuadas para el desarrollo de la consejería individual, grupal y familiar, los procedimientos requeridos para la documentación del desempeño y progreso del usuario, así como las actividades necesarias para el cierre de la consejería y la planificación de las acciones de seguimiento.

En el módulo III se abordan los temas relacionados con la coordinación de servicios dentro y fuera del establecimiento; así como los procedimientos que el consejero debe tomar en cuenta para apoyar los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios de los servicios. La finalidad es que el consejero identifique cuál es su función en esta etapa del proceso de rehabilitación y conozca los procesos involucrados en la coordinación con otros especialistas.

Los contenidos de este manual están enfocados, por tanto, a desarrollar los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias que le permitan al consejero adquirir las competencias suficientes que incrementen la calidad de los servicios de atención en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones en los establecimientos residenciales.

LÍNEA 1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

Identificar el contexto y las características de la consejería de adicciones en México.

Actualmente se cuenta con diversas estrategias de atención en materia de adicciones que tienen un impacto positivo en las actitudes, creencias y conductas de las personas que consumen drogas y desean dejar de consumirlas; entre este tipo de estrategias se encuentran las de la consejería en adicciones.

La consejería es una práctica colaborativa basada en evidencia científica que se rige por un proceso de documentación y normalización de su quehacer, a través del cual se facilita el progreso hacia las metas y objetivos del tratamiento de las adicciones.

Un antecedente psicoterapéutico de la consejería en adicciones es el “enfoque centrado en el cliente”, el cual plantea que la consejería es una relación estructurada entre el consejero¹ y el usuario, permitiendo a este último conocerse y comprenderse mejor, de tal manera que pueda ir cambiando poco a poco de acuerdo con las metas que pretenda alcanzar en su vida.

La consejería implica, entre otros componentes, establecer relaciones de ayuda para la intervención y mantenimiento de la abstinencia, en donde se promueve que el usuario aprenda procesos para ayudarse a sí mismo cada vez que lo necesite mediante el uso y desarrollo de sus propios recursos, habilidades y potencialidades.

El consejero en adicciones es una persona que puede manejar su campo vivencial con mayor eficacia y ayudar a los otros a que también lo hagan.

El consejero desarrolla estas cualidades a partir del deseo de querer adoptarlas, de la práctica y de la experiencia.

¹ Para efectos de sencillez y simplificación, a lo largo del documento se utilizarán las palabras “consejero”, “usuario” etc., como términos incluyentes del sexo mujer (consejera, usuaria, etcétera).

1.1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES EN MÉXICO



La consejería en adicciones es el proceso de acompañamiento que facilita el progreso del usuario en el tratamiento y la rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; establece metas y objetivos, además aplica actividades y ejercicios terapéuticos.

Incluye la integración de conocimientos, actitudes y destrezas que favorecen el proceso de recuperación del usuario, su familia y otras personas significativas² que están siendo afectadas por el comportamiento adictivo. La perspectiva de recuperación del usuario se basa en una visión integral en la que se combinan y complementan abordajes y estrategias que provienen de diversas disciplinas y que se aplican conforme a las características y necesidades individuales, grupales, familiares y socioculturales.

El trabajo que se realiza en la consejería es colaborativo y procura la motivación del usuario, con la finalidad de que sea éste quien decida desarrollarse, aceptando recibir la ayuda necesaria para vencer obstáculos que le permitan seguir avanzando en su proceso de cambio. Se da mayor atención a los aspectos emocionales y vivenciales que a los intelectuales.

El tema de adicciones constituye una problemática de salud pública que para su control requiere utilizar un adecuado abordaje de trabajo multidisciplinario en el que se incluye la consejería.

² Son aquellas que sin ser un familiar, son reconocidas por el usuario como personas importantes en quienes puede confiar (pareja, esposo, novia, concubina, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera).

El cumplimiento de políticas y acuerdos éticos formulados tanto a nivel mundial como nacional hace necesario establecer estándares básicos de capacitación, desempeño y evaluación para consejeros involucrados en impartir la atención en diferentes establecimientos e instancias públicas y privadas.

En los últimos años se ha impulsado un proceso de capacitación por parte de instancias académicas y gubernamentales para lograr que el consejero, que labora en los establecimientos residenciales, obtenga un “certificado” que le permita mantener e incrementar los estándares de calidad en los servicios de atención que proporciona al usuario, sus familias y otras personas significativas.

1.2 SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Los servicios de tratamiento de las adicciones en México se ofrecen en dos modalidades: no residencial o ambulatoria y residencial.³

MODALIDAD	DESCRIPCIÓN
No residencial o ambulatoria	Corresponde a los servicios a los cuales el usuario asiste como parte de una consulta externa.
Residencial	Se refiere a la estancia del usuario en un establecimiento durante un período específico a fin de favorecer su rehabilitación y reinserción social.

Tabla 1.1 Modalidades de tratamiento.

El tipo de servicios que se ofrecen en cada una de estas modalidades se clasifica a su vez en diversas opciones de intervención, dependiendo de las características del personal que presta el servicio, así como de los principios, procedimientos y programas bajo los cuales se ofrece la intervención:

MODALIDAD	TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
No residencial	Atención de urgencias	Se enfoca en establecer un diagnóstico, tratamiento y pronóstico encaminados a la estabilización física del usuario.
	Atención ambulatoria en establecimientos mixtos y profesionales	Profesionales de la salud y ex consumidores dan seguimiento al usuario de acuerdo con sus características y necesidades relacionadas con el consumo.
	Atención ambulatoria de ayuda mutua	Ex consumidores dan seguimiento y contención al usuario durante su proceso de rehabilitación y reinserción social.
	Atención ambulatoria alternativa	Incluye protocolos de intervención a partir de diversas técnicas distintas al modelo médico-hospitalario y al de ayuda mutua, como pueden ser la medicina tradicional, herbolaria, desarrollo espiritual, entre otras.

Tabla 1.2 Tipos de servicio de intervención.

³ De conformidad con lo que indica la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

MODALIDAD	TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Residencial	Profesionales	Establecimiento coordinado por un equipo conformado por diversos profesionales de la salud como son médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales; partiendo de un modelo teórico-metodológico que sustenta las intervenciones terapéuticas.
	Ayuda Mutua	Se fundamenta en el principio de la sanación a través de los propios miembros de la agrupación. En México corresponde principalmente a la fundamentación desde el modelo de los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos. En él, ex consumidores en recuperación son quienes se encargan de desarrollar e implementar los planes de tratamiento para los usuarios que deciden internarse.
	Mixtos	Servicios en los cuales se interviene de manera interdisciplinaria, integrando a profesionales de la salud y ex consumidores en la conformación del equipo terapéutico y en el planteamiento del abordaje a la adicción, desde una visión integradora de la ciencia y la experiencia para la recuperación de los usuarios.

De acuerdo con el Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones (2011), en nuestro país operan 2,061 establecimientos residenciales que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación y el 87% de ellos operan bajo el modelo de ayuda mutua.

En el perfil de los consejeros encuestados se reporta que en su mayoría son hombres (88%) de entre 30 a 59 años (74%), ex consumidores rehabilitados (76%) que han adquirido su experiencia de manera vivencial (62%), mediante la práctica directa en el establecimiento (28%) y un pequeño número (24%) ha participado en capacitaciones especializadas en adicciones. Asimismo, el 37% cuenta con más de siete años de experiencia brindando servicios en el establecimiento y actualmente el 33% invierte más de 40 horas a la semana para dar atención directa a los usuarios.

En cuanto al género de la población atendida, el 90% de los establecimientos ofrecen sus servicios a hombres y solamente el 50% proporciona la atención a mujeres. El rango de edad entre 18 a 59 años representa a la mayoría de los usuarios que ahí se atienden, dando servicio también a un alto porcentaje de adolescentes (54%) y adultos mayores (67%).

De acuerdo con este mismo diagnóstico, la mayor parte del personal que labora en establecimientos de modalidad residencial, no cuenta con un perfil especializado en materia de adicciones; más del 60% de los responsables de este tipo de establecimientos cuentan con estudios máximos de nivel de secundaria completa o menos y la misma proporción se da en el caso de los consejeros que participan en los mismos centros de atención.

Lo anterior obliga a fortalecer las competencias del personal y mejorar la calidad del servicio que se otorga en estos centros de tratamiento; principalmente de las

personas que prestan servicios de atención a los usuarios, dentro de las cuales se encuentra el consejero.

1.2.1 ROLES Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

Como se ha comentado, una figura central en los establecimientos es el consejero en adicciones, quien proporciona asesoría, orientación e información a los usuarios, por lo que coadyuva y complementa a otras áreas de profesionales de la salud mental. Ejerce una actividad de ayuda cuyo objetivo es abrir un espacio de trabajo que facilite que las personas logren el bienestar o tomen conciencia de problemas y retos a enfrentar en su vida cotidiana.

El consejero aprecia y valora al usuario, le otorga seguridad para que explore nuevos sentimientos, actitudes y conductas, lo acompaña en las vivencias del camino que se trazan y participa como elemento presente y activo en el proceso de auto creación, facilitando la activación de recursos personales.

Las funciones que realiza el consejero en estos establecimientos consisten en ofrecer servicios al usuario de persona a persona o “apadrinamiento”, compartir mutuamente experiencias, fortalezas y esperanzas de que se puede resolver el problema en común (la adicción) y acompañarlo durante su proceso de rehabilitación, toda vez que la abstinencia depende de ayudar a otros a recuperarse.

Además del consejero, entre los perfiles más frecuentes que participan desempeñando otras funciones en estos establecimientos, se encuentran:

PERFIL	FUNCIONES
Director y/o Responsables	• Gestionar la operación del establecimiento. • Dirigir la operación interna del establecimiento. • Atender al usuario, familiar responsable, persona significativa, representante legal y/o autoridad competente. • Referir al usuario a otros servicios de salud.
Médico	• Valorar clínicamente al usuario cuando ingresa al establecimiento. • Valorar la evolución clínica del usuario. • Participar clínicamente en el egreso del usuario del establecimiento. • Brindar información sobre el estado de salud del usuario.
Psiquiatra	• Diagnosticar trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas del usuario. • Implementar el tratamiento psiquiátrico del usuario. • Brindar información sobre el estado de salud psiquiátrico del usuario.
Psicólogo	• Evaluar psicológicamente al usuario. • Implementar el plan de tratamiento psicológico del usuario. • Brindar información sobre los resultados del tratamiento psicológico del usuario.

Tabla 1.3 Perfiles del personal de los establecimientos residenciales.

El consejero trabaja de manera coordinada con las personas que ejercen estos roles, con el fin de brindar un servicio de calidad en el tratamiento y rehabilitación de los usuarios.



ACTIVIDAD GRUPAL 1.1

LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

INSTRUCCIONES: En equipo, responde las indicaciones de los incisos a), b) y c); posteriormente discute las respuestas con el grupo y elaboren conclusiones.

- a) Explica con tus palabras las afirmaciones que se presentan sobre las características de la consejería en adicciones.

CARACTERÍSTICA: Facilita el progreso hacia las metas y objetivos del tratamiento de las adicciones
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Implica establecer relaciones de ayuda
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Es un proceso de acompañamiento
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Favorece el proceso de recuperación del usuario
EXPLICACIÓN:

b) Explica brevemente las opciones de intervención que ofrece cada servicio en los establecimientos residenciales.

Profesionales

Ayuda Mutua

Residencial

Mixtos

c) Enlista por lo menos seis características del perfil de consejero en adicciones:

1.3 PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES

Desde el año 2006 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de Estados Americanos, diseñó un Programa de desarrollo y fortalecimiento institucional en el campo de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y violencia.

En 2010, en el marco de la "Iniciativa Mérida", nuestro país se unió a este esfuerzo hemisférico estableciendo un *memorando* de acuerdo entre el gobierno mexicano y la

secretaría general de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en el que se comprometió como acuerdo en común el desarrollo de un programa para capacitar y evaluar a los consejeros en adicciones de establecimientos de modalidad residencial.

Por lo cual a finales del 2010, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), establecieron en conjunto con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA el **Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones** para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios residenciales de tratamiento y rehabilitación de las adicciones en nuestro país, mediante la implementación de acciones de capacitación y evaluación a los “consejeros” que brindan orientación y apoyan el proceso de rehabilitación en esta modalidad de intervención.

En México esta propuesta de capacitación y evaluación responde a la necesidad expresada por un gran número de consejeros en adicciones que señalan no contar con formación especializada en el tema. Este modelo de capacitación tiene el reto de mejorar la efectividad en la impartición de las estrategias de intervención y en el trato digno a los usuarios que reciben el tratamiento en la modalidad residencial.

El objetivo fundamental del Programa es capacitar y promover la adquisición de los conocimientos y la aplicación de destrezas que corresponden a la consejería en adicciones, por lo cual se diseñó un proyecto piloto de capacitación en consejería en adicciones basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral (CENCLIN 2011/007), mismo que se evaluó en el 2013, lo que dio paso a la creación de este curso de Capacitación para la formación de consejeros y consejeras en adicciones basado ahora en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones.

1.3.1 NORMA INSTITUCIONAL DE COMPETENCIA LABORAL DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

En el año 2011, en el marco del Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones CICAD-OEA, operado por CENADIC, se elaboró en conjunto con el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL), la Norma Institucional de Competencia Laboral, CENCLIN 2011/007 “Brindar consejería en adicciones en establecimientos con modalidad residencial”, la cual delimitaba la práctica de la consejería en establecimientos con modalidad residencial; sirviendo como referente para la evaluación de las personas que brindan atención en consejería en adicciones.

La CENCLIN/2011/007 es el primer documento que dispone de lineamientos para brindar consejería en adicciones en establecimientos residenciales.

El propósito de esta norma es establecer criterios para evaluar el desempeño del consejero en adicciones en establecimientos con modalidad residencial y es un referente para desarrollar programas de capacitación y formación basados en Normas de Competencia Laboral (NCL).

Se compone de cuatro unidades de competencia y señala los criterios de evaluación mediante los cuales se puede corroborar que una persona es competente para desempeñar cada una de las unidades, al mostrar las evidencias que se generan a partir de la elaboración de productos y la ejecución de ciertos desempeños.

CENCLIN/2011/007	
001 Valorar la situación inicial de la usuaria o del usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.	003 Cerrar la consejería de acuerdo con el programa de consejería con la usuaria o el usuario, en el establecimiento con modalidad residencial.
002 Conducir la sesión de consejería con la usuaria o el usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.	004 Coordinar acciones con los familiares o persona (s) significativa (s) de la usuaria o del usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.

Tabla 1.4. Unidades de competencia de la CENCLIN 2011/007.

Adicionalmente se presentan las actitudes, hábitos y valores mínimos necesarios, con base en las mejores prácticas, para el desempeño de la consejería en adicciones.

La CENCLIN/2011/007 fue un referente para la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones.

Delimitar los niveles mínimos de formación que se requieren para atender la adicción es una tarea compleja, debido a que el modelo para dar tratamiento a las adicciones debe corresponder al de un sistema integral de atención que se sustente en una cadena de tratamiento.

Con base en la CENCLIN/2011/007 se tomaron en cuenta los componentes que dieron paso a la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones, en el que se puntualizan los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para realizar intervenciones terapéuticas al interior de un establecimiento residencial, de acuerdo con las buenas prácticas para el proceso de tratamiento y rehabilitación.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 1.2

PROGRAMA Y CENCLIN

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuadro explica brevemente lo que a continuación se solicita y posteriormente responde la pregunta que se plantea.

PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES

¿Cuál es el objetivo?

¿En qué consiste?

¿Cómo contribuyó la CENCLIN/2011/007 para la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones?

1.4 ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES⁴

En el marco del *Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones*, CONADIC y CENADIC, promovieron la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones, cuyo objetivo es establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones, principalmente las que se ejercen en establecimientos con modalidad residencial para que sirvan de referencia, a nivel nacional, en el proceso de evaluación a partir del cual se obtenga un certificado.

⁴ Se sugiere consultar el documento del Estándar para profundizar en su contenido.

El Estándar incluye tres componentes principales:

- Conceptos generales de la consejería en adicciones
- Competencias para la consejería y coordinación de servicios
- Marco normativo y ético de la consejería en adicciones en México

En el primer componente se encuentran veintiún conceptos generales en materia de atención de adicciones, agrupados en seis ejes temáticos, que integran el marco teórico de referencia que todo consejero debe conocer y tomar en cuenta para el ejercicio de sus competencias.

El segundo componente es la parte práctica, en donde se encuentran cuarenta competencias que se agrupan en dos líneas operativas: Consejería en adicciones y Coordinación con el equipo multidisciplinario y otros servicios. En la primera se encuentran treinta y cuatro competencias en siete ejes temáticos y en la segunda línea se concentran seis competencias agrupadas en dos ejes temáticos. Cada competencia se compone de tres dimensiones básicas:

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Conocimientos	Información específica necesaria para el ejercicio de la competencia.
Destrezas	Habilidades que el consejero debe poseer para alcanzar la competencia.
Actitudes	Postura y disposición del consejero al aplicar la competencia.

Tabla 1.5 Dimensiones básicas de las competencias.

En el tercer componente se encuentra las disposiciones normativas y éticas que reglamentan el ejercicio de la consejería en adicciones en México. En la primer parte se revisan las principales normas jurídicas que regulan la prestación de servicios en atención de adicciones (incluida la consejería) e incluso aquellas disposiciones que vigilan el respeto de los derechos de los usuarios. En la segunda se integra el Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones, que promueve un desempeño coordinado y corresponsable entre el consejero, el usuario, sus familiares, los integrantes de los equipos multidisciplinarios y las diferentes instancias de apoyo social; pondera el trato cálido y amable a los usuarios, así como la optimización de los recursos humanos y sociales disponibles.

Este código guía las actividades y comportamiento del consejero como parte del acompañamiento que brinda para facilitar el proceso de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios que proveen y favorecer la satisfacción de los usuarios y sus familiares.



¿Qué importancia tiene para tu desempeño como consejero que desarrolles las competencias del Estándar?

1.5 PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO

Para poder obtener el "certificado" por haber cursado satisfactoriamente la capacitación para la formación de consejeros y consejeras en adicciones que el gobierno federal otorgará a través de la Secretaría de Salud (CONADIC/CENADIC) y de la Secretaría de Educación Pública mediante la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAIR), es necesario que se acrediten al menos dos requisitos indispensables:

- Cumplir con al menos el 80% de asistencia al curso de capacitación.
- Acreditar la evaluación final correspondiente (examen de conocimientos y examen práctico) al término de la capacitación.

Al acreditar la asistencia mínima y las evaluaciones teórica y práctica, el alumno será candidato a recibir un "Certificado" que valide su habilitación como consejero en adicciones.

ESTÁNDAR

INSTRUCCIONES: Lee las siguientes afirmaciones y señala si son verdaderas (V) o falsas (F).



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 1.3

1. El objetivo del Estándar es establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones.	(V) (F)
2. Cada competencia se integra por conocimientos y actitudes.	(V) (F)
3. Un único requisito para obtener el certificado es presentar una evaluación de conocimientos.	(V) (F)
4. Las destrezas son las habilidades que el consejero debe poseer para alcanzar la competencia.	(V) (F)
5. En el Estándar se integra el Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones.	(V) (F)

LÍNEA 2 **CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES**

Identificar los conceptos generales y características del proceso adictivo; efectos y consecuencias biopsicosociales derivadas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como las opciones para su abordaje terapéutico.

2.1 ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es cambiante y responde a un proceso de modificación y evolución, por lo que el consejero en adicciones debe contar con información precisa y actualizada sobre el tema, con el fin de desempeñar adecuadamente sus funciones.

Tratar a usuarios con problemas de adicciones obliga al consejero a conocer cuáles son las drogas más usadas, sus características, efectos y consecuencias para que en la consejería se pueda discriminar, analizar y tomar decisiones en el tratamiento y rehabilitación.

2.1.1 DEFINICIONES DE DROGAS

¿QUÉ ES UNA DROGA?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la droga como: "Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones, generar dependencia caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta".



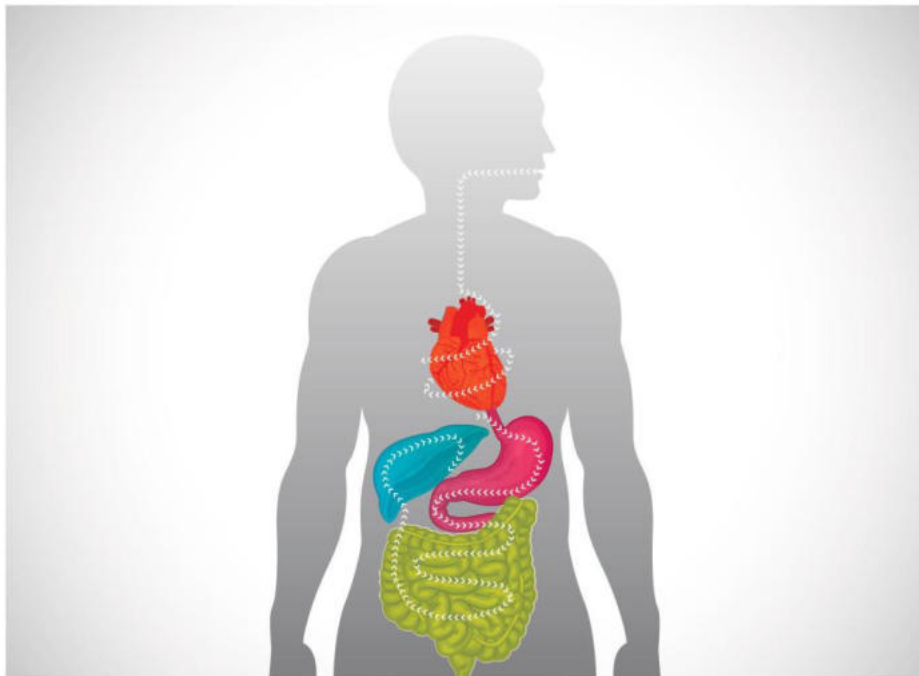
Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo **droga** para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

➤ ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado por medio del torrente sanguíneo. El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico y su concentración depende de su proceso de elaboración.

El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, frutas, azúcares y almidones. Se clasifica en fermentadas (vino y cerveza) y destiladas (vodka, whisky, ron, ginebra, tequila, aguardientes, etcétera).

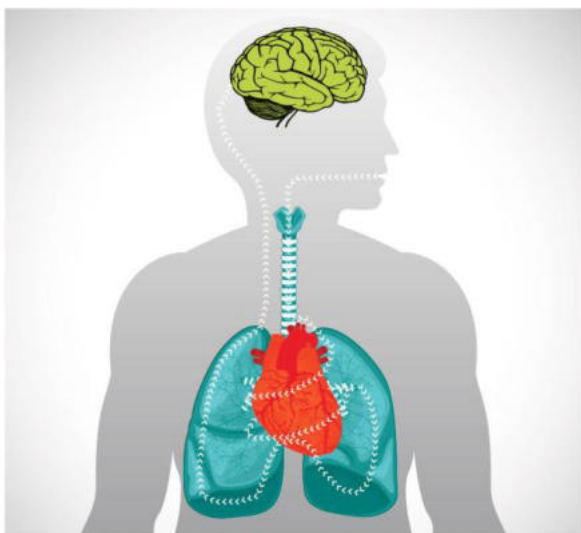


El alcohol es una de las drogas más consumidas en la sociedad. Muchas personas lo ingieren debido a que es legalmente permitido y lo utilizan para acompañar sus actividades social-recreativas debido al efecto placentero que favorece la convivencia y encuentros interpersonales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre adultos, sino también entre jóvenes y adolescentes, que se inician en edades muy tempranas.

¿QUÉ ES EL TABACO?

Es una planta originaria de América cuyo uso ha dejado de ser curativo y ceremonial. Esta droga se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; es la responsable de la adicción al tabaco.

La nicotina es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco con concentraciones muy altas de ésta en las hojas. Es una de las drogas adictivas de mayor uso y la principal causa prevenible de enfermedades, discapacidad y muerte en el mundo. En el humo del cigarro se han identificado más de 4 mil químicos, 19 de los cuales son cancerígenos.



El humo del cigarro se inhala directamente por la boca; al ser alcalino, se disuelve instantáneamente en la saliva. Luego ingresa al torrente sanguíneo a través de la mucosa bucal y llega al cerebro en aproximadamente siete segundos.

La nicotina permanece unas dos horas en el organismo hasta ser eliminada; transcurridas, el fumador vuelve a sentir la imperiosa necesidad de fumar.



¿POR QUÉ LA DROGA ALTERA EL COMPORTAMIENTO?

1

Para que identifique aspectos de severidad del consumo, efectos y condiciones que lo ocasionan necesita considerar tres factores:

- Condiciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo.
- Características del consumo de la sustancia y
- Su entorno.

Como se mencionó anteriormente, las drogas son sustancias naturales o químicas que al consumirse modifican una o más funciones del organismo, esto se debe principalmente al efecto que tienen sobre el Sistema Nervioso Central.

El consumo de drogas modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación. Sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el entorno en que ocurre el consumo. También produce otros efectos no agradables como alteraciones y lesiones o enfermedades que tardan tiempo en ocurrir (úlceras, pancreatitis, diabetes, alteraciones cardíacas, entre otros); además se puede desarrollar la adicción.

El estado emocional del usuario en el momento del consumo, la frecuencia y las circunstancias en las que ocurre así como las expectativas de las personas que lo rodean, determinan que los efectos de las drogas sean más o menos graves.

Figura 2.1
Factores que influyen en el consumo de drogas



2.1.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS CONFORME A SUS EFECTOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las drogas se clasifican de diferentes maneras:

- Según su **estatus jurídico** se clasifican en estupefacientes y psicotrópicas:

Esta clasificación se encuentra redactada en la Ley General de Salud (LGS), la cual retoma la clasificación internacional de las listas de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

En materia de estupefacientes, la LGS plantea que en México se considera dentro de esta clasificación al cannabis (marihuana), cocaína, heroína, metadona, morfina, opio, entre varios más.

De igual forma, agrupa a otras sustancias con el nombre de psicotrópicos, que clasifica en cinco grupos:

1. Los que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que son susceptibles de uso indebido o que generan problemas graves para la salud pública; por ejemplo, el LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d) y los hongos alucinógenos.
2. Los que tienen algún valor terapéutico pero que constituyen un problema grave para la salud pública, como las anfetaminas, metanfetaminas, entre otras.
3. Los que tienen valor terapéutico pero constituyen un problema para la salud pública; por ejemplo, las benzodiacepinas, la pseudoefedrina, el ácido barbitúrico, clonazepam, diazepam, ketamina.
4. Los que tienen amplios usos terapéuticos y que constituyen un problema menor para la salud pública.
5. Los que carecen de valor terapéutico y que se utilizan corrientemente en la industria.

• Según su **origen** se clasifican en naturales, semisintéticas y sintéticas:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Naturales 	Se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo; el concepto "natural" hace referencia a que el principio activo de la droga está presente en la materia vegetal (Cannabis [marihuana], peyote u hongos).
Semisintéticas 	Son obtenidas por síntesis parcial a partir de sustancias naturales, como la heroína, la cocaína, el crack y otras.
Sintéticas 	Son producidas o elaboradas sólo en laboratorio, como el "éxtasis".

Tabla 2.1
Clasificación
de las drogas
según su origen.

- Según los **efectos farmacológicos** que originan en el Sistema Nervioso Central, las drogas se clasifican en:

Tabla 2.2
Clasificación
de las drogas
según sus efectos
farmacológicos.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Depresoras 	Disminuyen la capacidad del funcionamiento del Sistema Nervioso Central; provocan relajación, sedación e inducen sueño. Ejemplos: alcohol, opiáceos (codeína, morfina, heroína y metadona), benzodiacepinas o sedantes.
Estimulantes 	Aceleran el funcionamiento del Sistema Nervioso Central; producen euforia, energía, insomnio y/o aumentan la actividad motora. Ejemplos: cocaína, nicotina, anfetaminas y las drogas de síntesis derivadas de las anfetaminas.
Alucinógenas 	Alteran la percepción de los sentidos; pueden producir alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales y ocasionar cuadros psicóticos. Ejemplos: LSD, mezcalina, derivados del cannabis, hongos alucinógenos, peyote.

2.1.3 EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS⁵

Una de las funciones del consejero es informar en forma clara y veraz al usuario, familia y otras personas significativas sobre los efectos, cambios y alteraciones que ocasiona el consumo de drogas.

A continuación se exponen algunos de los principales efectos y consecuencias que provoca el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:

⁵ Adaptado del Manual "A Tiempo". Asociación Proyecto Hombre, (2003).

DROGAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Alcohol	Oral	- Euforia inicial. - Desinhibición emocional y de la conducta. - Aumento de la sociabilidad. - Dificultad para hablar. - Dificultad para asociar ideas. - Falta de coordinación motora. - Disminución en reflejos, ritmo cardíaco y respiratorio.	- Dependencia psicológica y física. - Accidentes de tráfico y laborales. - Genera enfermedades en órganos vitales a largo plazo (hígado, páncreas, corazón, estómago, cerebro).
Heroína	Fumada o inyectada, ocasionalmente esnifada	- Sensación de bienestar y placer. - Ausencia de dolor. - Nauseas y vómitos en primeros consumos. - Pupilas contraídas. - Estreñimiento. - Baja frecuencia respiratoria. - Falta de apetito.	- Riesgo de adquirir VIH, hepatitis; daños en el sistema circulatorio, relacionados con el consumo inyectado. - Inmediata y elevada dependencia, así como daños físicos, psíquicos y sociales, incluida la muerte por sobredosis.
Inhalables: Las más habituales son pegamentos, disolventes, lacas, pinturas y carburantes	Inhalados	- Euforia. - Exaltación del humor. - Alucinaciones. - Trastornos de conducta. - Lagrimo. - Abundante flujo nasal. - Irritación de las vías respiratorias.	- Graves daños en órganos vitales. - Secuelas neurológicas y psiquiátricas. - Convulsiones, estupor, coma y deterioro facial. - Muerte por asfixia o accidente.
Psicofármacos: Sedantes o benzodicepinas y barbitúricos (Medicamentos consumidos sin prescripción médica)	Oral	- Disminución de la ansiedad. - Desinhibición. - Sedación. - Somnolencia.	- Torpeza en la ejecución de tareas motoras. - Marcha inestable. - Dificultad para hablar. - Dificultad para responder a los estímulos recibidos. - Estupor, coma, muerte.

Tabla 2.3 Drogas Depresoras del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Nicotina (Tabaco)	Cigarros, de los que se inhala el humo que la combustión produce	- Aumento en ritmo cardíaco, presión arterial y frecuencia respiratoria. - Disminución de la capacidad pulmonar. - Fatiga prematura. - Altera los sentidos del gusto y olfato. - Envejecimiento prematuro de la piel. - Mal aliento.	- Bronquitis, enfisema pulmonar, faringitis y laringitis, dificultades respiratorias, tos y expectoraciones. - Úlcera gástrica, cáncer en pulmón, boca, laringe, esófago, riñón y vejiga. - Alteraciones en el corazón (cardiopatías).

Tabla 2.4 Drogas Estimulantes del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Cocaína/ crack	Esnifada, fumada e inyectada	• Hiperactividad. • Sensación de energía y autoconfianza. • Aceleración del ritmo cardíaco. • Dilatación de pupilas. • Cansancio, depresión y apatía cuando desaparecen los efectos.	• Problemas en nariz y vías respiratorias, tos, bronquitis. • Alteraciones en el sistema circulatorio.
Drogas de síntesis: Éxtasis	Oral	• Sociabilidad. • Euforia. • Sensación aumentada de autoestima. • Desinhibición. • Aumento de temperatura. • Rigidez muscular. • Confusión. • Agobio.	• Aumento excesivo de la temperatura y sudoración que puede producir deshidratación. • Aceleración del ritmo cardíaco. • Problemas en hígado y riñones.
Anfetaminas	Oral en pastillas o capsulas	• Efectos placenteros. • Hiperactividad y sensación desbordante de energía. • Temblor, ansiedad e irritabilidad. • Ira repentina y sin motivo. • Trastornos amnésicos e incoherencia.	• El riesgo de dependencia y adicción es alto. • Confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. • Pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos.

Tabla 2.5 Drogas Alucinógenas del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ALUCINÓGENAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Cannabis o marihuana	Fumada, mezclada con tabaco o por vía oral	En dosis bajas: • Euforia. • Desinhibición. • Pérdida de concentración. • Ganas de hablar, reír. • Aumento del hambre. • Enrojecimiento de ojos. • Aumento del pulso y frecuencia cardíaca. En dosis altas: • Confusión. • Excitación. • Ansiedad. • Pánico. • Alucinaciones (a veces).	• El consumo diario puede alterar las funciones relacionadas con el aprendizaje, la concentración o la memoria. • Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad. • Puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico en personas predispuestas. • Pueden presentarse síntomas de apatía y desmotivación, ante el consumo continuado.

DROGAS ALUCINÓGENAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
LSD, PCP o polvo de ángel y otros alucinógenos	Oral (hongos, líquidos o por chupar papeles secantes en los que el ácido se encuentra impregnado)	- Alucinaciones. - Percepciones distorsionadas de la realidad. - Recuerdos o <i>flashbacks</i>: en los que se vuelven a experimentar los efectos de la sustancia en momentos posteriores.	- La duración de los efectos es de 8 a 12 horas. - Se pueden presentar reacciones de pánico y pérdida de contacto con la realidad. - Pueden agravar o precipitar ciertos trastornos psiquiátricos en personas con vulnerabilidad.

DROGAS EMERGENTES

Es un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y evitar con ello, el control normativo al que estas últimas están sometidas. Estas drogas aparecen, reaparecen o emergen “en el mercado” continuamente.

Su uso y abuso se asocia con determinados ambientes festivos entre jóvenes y adolescentes, popularizándose entre los consumidores sólo los efectos estimulantes y desconociendo los efectos perjudiciales en la salud.

Las drogas emergentes incluyen determinadas plantas y sus derivados, medicamentos de uso humano y veterinario, fármacos retirados del manejo clínico por los efectos adversos que han provocado a la salud y algunas sustancias sintéticas.

Existen pocos estudios farmacológicos sobre los efectos que estas drogas provocan en el consumo humano, siendo las redes sociales (foros, Internet) la única fuente de información que utilizan las personas para orientar su consumo; por tanto el riesgo de estas drogas es alto.

A continuación se presenta una clasificación y los efectos de las drogas emergentes:

Tabla 2.6 Drogas Emergentes.

DROGAS EMERGENTES			
DROGA	NOMBRES POPULARES	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS Y RIESGOS
Anfetaminas Metanfetaminas	<i>Efedra, Cristal, Ice, MDMA, Éxtasis, Adán, Píldora del amor, Eva</i>	Oral en pastillas o cápsulas, esnifadas, ingeridas, vía intravenosa	Psicoestimulantes (típicos de la anfetamina): euforia, aumento de la energía, disminución del sueño y el apetito, mejora del estado de alerta y el rendimiento. • Entactógenos (como en el caso de las metanfetaminas): euforia, estado emocional positivo, aumento de la empatía y de la capacidad de socializar con los demás, mayor facilidad para la comunicación y las relaciones interpersonales. • Alucinógenos (propios de las metoxianfetaminas): modificación de la percepción del entorno o de la propia imagen (cambios sutiles o alucinaciones verdaderas). • Riesgo de provocar "golpe de calor" o hipertermia (aumento de la temperatura corporal).
Piperazinas Benzilpiperazinas (BZP, MDBP) Fenilpiperazinas (TFMPP, CPP, MEOPP)	<i>Party pills, Charge, Rapture, A2, Legal X</i>	Oral en cápsulas	• Provoca efectos psicoactivos y estimulantes (similares el éxtasis) como euforia, sociabilidad, etcétera. • Incremento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. • Aumento en el nivel de atención. • Efectos adversos: taquicardia, ansiedad, vómito, confusión, convulsiones, mareos.
Ketamina Es un derivado de la Fenciclidina (PCP) Es un anestésico general disociativo (desconexión de las sensaciones corporales y del ambiente)	<i>Bump, K, Ket, Kit-Kat, Special K, Vitamina K, Keta, Keller, Super K</i>	Esnifada, también puede consumirse de forma intravenosa, pulmonar, rectal y oral	• Delirios, alucinaciones, sensación de flotar o de desconexión con el cuerpo, ataques de pánico y ansiedad, problemas de memoria, alteración de la percepción de los colores, dificultad de concentración, flashback (recuerdos o sueños vívidos). • Pérdida del control de los actos durante varias horas (incluso de la conciencia) poniendo en riesgo la integridad de la persona. • Puede provocar daño cerebral, depresión e ideación suicida.
Spice drug (especies) Contienen mezclas de plantas exóticas, aromáticas y psicoactivas (derivados cannabinoides sintéticos)	<i>Spice silver, Gold y diamond, Gorillaz, Tropical synergy, Egypt, K2, Earth impact, Moon rocks</i>	Fumada, en infusión	• Enrojecimiento conjuntival, taquicardia, agitación, boca seca, alteraciones del estado de ánimo y de la percepción. • Dependiendo del tiempo de consumo y las dosis, puede generar dependencia. • Riesgo de brote psicótico.
GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) GBL (gamma-butirolactona) Sustancia incolora, inodora y casi insípida que se utiliza para fines anestésicos Como droga de consumo es un polvo blanco que se disuelve con agua	<i>Party pills, Charge, Rapture, A2, Legal X</i>	Oral en cápsulas	• Provoca efectos psicoactivos y estimulantes (similares el éxtasis) como euforia, sociabilidad, etcétera. • Incremento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. • Aumento en el nivel de atención. • Efectos adversos: taquicardia, ansiedad, vómito, confusión, convulsiones, mareos.

DROGAS EMERGENTES			
DROGA	NOMBRES POPULARES	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS Y RIESGOS
Desomorfina	<i>Krokodil, Crocodile, Permonid</i>	Intravenosa	La Desomorfina, es un derivado de la morfina que actúa de manera similar a la heroína en el cerebro, es aproximadamente diez veces más potente que la morfina y fue inventado en 1932 en los Estados Unidos. El "Krokodil" elaborado de manera casera es una forma sintética de la heroína y surge de la combinación de comprimidos de codeína con varios productos químicos tóxicos, tales como líquido de encendedor y limpiadores industriales. De acuerdo al National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2013) el "Krokodil" es utilizado como sustituto de la heroína -principalmente en zonas rurales pobres de Rusia- por su costo más económico, y recibe este nombre debido a la apariencia escamosa de color gris verdoso que se forma en el sitio de inyección.
Sustancias de origen vegetal	Ayahuasca	Masticada, ingerida en infusión, fumada	Sedantes, alucinatorios sedantes y auditivos (distorsión del tiempo y del espacio).
	Salvia <i>Ska pastora, Ska María, Hierba de los Dioses</i>		Pérdida del control de los movimientos corporales, alucinaciones visuales, alteraciones psicóticas, mareo, amnesia y cefalea.
	Hongos		Estado de pánico, ansiedad, alucinaciones visuales, psicosis paranoides, delirios, náuseas, temblor, vómitos, diarreas y dolores musculares.
	Peyote		Locuacidad, alucinaciones visuales, aumento en la sensibilidad táctil.
	Khat <i>Chat, Ensalada africana</i>		• Euforia, irritabilidad, agitación (aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca), pérdida del apetito, ánimo depresivo y dificultad para dormir. Trastornos dentales, gastrointestinales y mentales.
	Ololiuqui <i>Gloria de la mañana, Don Diego de día</i>		• Efectos sedantes con alucinaciones leves; estupefacción y sedación ligera, efectos alucinatorios.
	Burundanga <i>Toloache</i>		• Sequedad de la piel, visión borrosa, mareos, baja tensión arterial, taquicardia, cambios de humor, desorientación, alucinación, coma e incluso la muerte (dependiendo de la dosis y frecuencia de consumo).

Tabla 2.6 Drogas Emergentes.

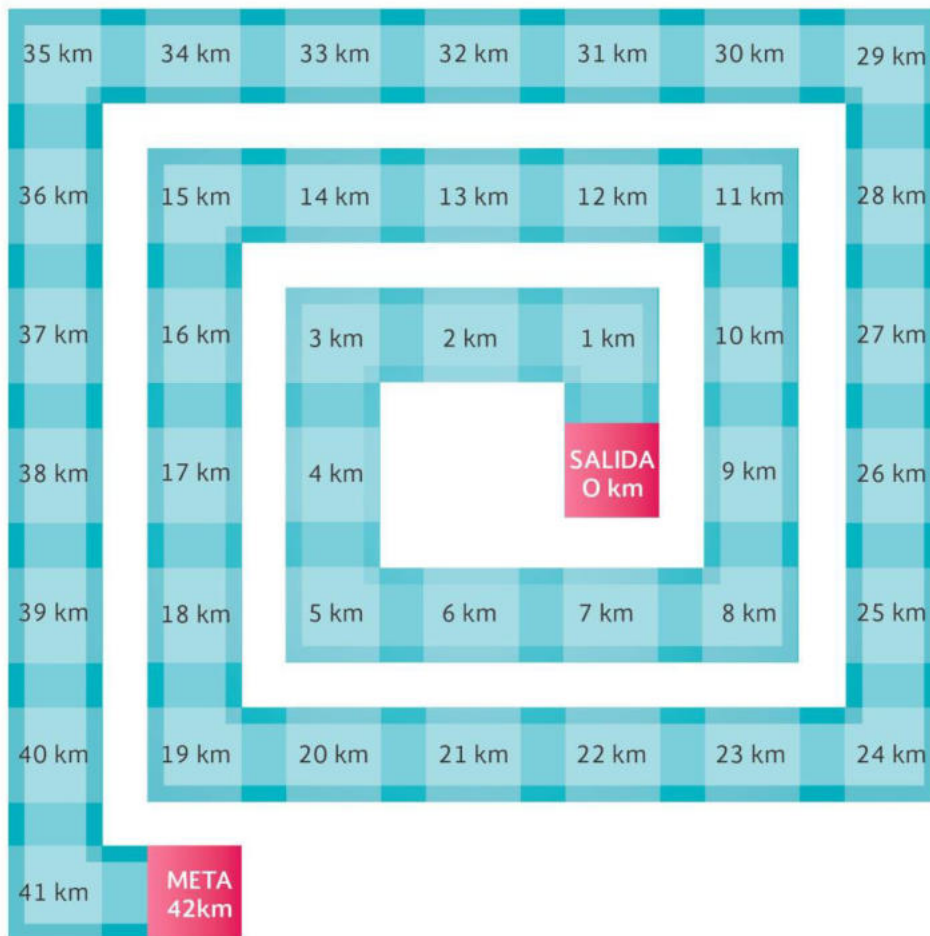


ACTIVIDAD GRUPAL 2.1

ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

INSTRUCCIONES: Este es un maratón que cuenta con afirmaciones relacionadas con la clasificación, los efectos y consecuencias de las drogas. El docente les asignará una afirmación; contesten si es falsa o verdadera. Si responden correctamente avanzan los kilómetros que se señalan. ¡Haz lo posible para que no les gane la ignorancia!

1. El efecto de la nicotina es lento pues el humo del cigarro llega al cerebro en aproximadamente 10 minutos. **5 km.**
2. La droga es toda sustancia que introducida en el organismo puede generar dependencia. **5 km.**
3. El consumo diario de marihuana altera las funciones relacionadas con el aprendizaje. **3 km.**
4. Según su estatus jurídico las drogas se clasifican en depresoras, estimulantes y alucinógenas. **3 km.**
5. Para identificar aspectos de la severidad del consumo de una droga se debe tomar en cuenta al individuo, su entorno y las características de la droga. **5 km.**
6. Las drogas alucinógenas disminuyen el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. **3 km.**
7. El alcohol aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio. **5 km.**
8. El consumo de alucinógenos puede precipitar trastornos psiquiátricos en personas con vulnerabilidad. **3 km.**
9. La heroína genera una sensación de bienestar y placer. **5 km.**
10. El tabaco causa envejecimiento prematuro de la piel. **3 km.**
11. Las drogas estimulantes alteran la percepción de los sentidos. **2 km.**
12. Cuando una persona necesita tomar una copa de vino para poder desarrollar sus actividades cotidianas se considera como abuso. **5 km.**
13. La cocaína provoca cansancio, depresión y apatía cuando inician los efectos. **2 km.**
14. La percepción de que el alcohol es aceptado socialmente ha contribuido a extender su consumo en jóvenes y adolescentes. **3 km.**
15. La dependencia psicológica a la droga ocasiona sudoración, taquicardia o temblor al no recibirla. **5 km.**
16. El éxtasis provoca problemas en vías respiratorias. **2 km.**
17. El riesgo de dependencia y adicción por el consumo de anfetaminas es bajo. **3 km.**
18. Los psicofármacos producen abundante flujo nasal. **3 km.**
19. Los inhalables pueden provocar convulsiones y deterioro facial. **5 km.**
20. Las drogas pueden modificar una o más funciones del organismo. **3 km.**



2.1.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN MÉXICO

!
Esta información te será útil al diseñar medidas de prevención para la población en riesgo y darles a conocer los factores asociados: edad, sexo, percepción de riesgo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), ofrece información estadística veraz y confiable sobre el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas que presenta la población adolescente y adulta en México.

La edad de inicio del consumo de drogas ha disminuido; cada vez son más los jóvenes entre 13 y 15 años consumidores regulares de alcohol, tabaco y otras drogas. En México, del 2008 al 2011 incrementaron los usuarios con dependencia a drogas ilegales (de 450,000 a 550,000).

Considerando el tipo de sustancias y características de la población que las consume, los datos de la ENA (2011) indican lo siguiente:

➤ ALCOHOL



- Es la principal droga de inicio. Casi 6 millones de adolescentes han bebido alcohol alguna vez en su vida.
- En cuanto a la edad de inicio se reporta que el 64.9% de hombres y el 43.3 % de las mujeres comenzaron su consumo a los 17 años o menos.
- A pesar de que hay una diferencia entre adultos, donde los varones beben más (62.7% hombres y 40.8% mujeres), el consumo de alcohol se ha ido equiparando entre los hombres y las mujeres adolescentes (31.8% hombres y 28.1% mujeres).
- Alrededor del 6% de la población reporta síntomas de probable dependencia al alcohol (aproximadamente 11% de hombres y 2% de mujeres) y requiere tratamiento especializado.
- El porcentaje de usuarios con dependencia aumentó significativamente de 4.1% a 6.2%, del 2008 al 2011 (en el 2011 aumentó a 4.9 millones de personas).
- El patrón de consumo de bebidas alcohólicas predominante es de alto riesgo; es decir, esporádico, pero con la ingesta de grandes cantidades por ocasión (más de 4 copas en hombres y 3 en mujeres).
- En la mayoría de los estados de la República Mexicana la droga de impacto⁶ es el alcohol; y en el norte del país, la cocaína, la heroína o el cristal.

⁶ Droga de impacto: Es la que la persona identifica con más capacidad para producirle problemas en el área emocional, familiar, legal, laboral o de salud; y es la que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

TABACO



- Más de 38 millones de personas han fumado alguna vez en la vida, en una relación de dos hombres por cada mujer.
- Los usuarios consumen en promedio 6.5 cigarros al día.
- La edad promedio de inicio en el consumo diario de tabaco es de 20 años a nivel nacional.
- La población fumadora activa joven de 12 a 17 años inició su consumo a los 14.1 años, fumando 4.1 cigarros al día.
- 1.7 millones de adolescentes fuman de manera regular y otros 3.8 millones están expuestos al humo de tabaco.
- En el 2011 las cifras de fumadores dependientes según CONADIC arrojan un 1.4% de los mexicanos, lo que representa más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo.
- Casi 60 mil personas mueren al año por causas atribuibles al tabaquismo, refiere la OMS.

DROGAS ILEGALES



- En la población general, el consumo de drogas ilícitas y médicas (sin prescripción), alguna vez en la vida, aumentó de 5.7% a 7.8% de 2008 a 2011.
- Por cada mujer que reportó consumir cualquier droga alguna vez en la vida, hay cuatro hombres que lo reportaron.

Marihuana



- La marihuana es la principal droga “ilegal” de consumo en nuestro país y se ha incrementado ligeramente (del 1.2 al 2.2%) en las mujeres de 2002 a 2011.
- Es la droga de mayor preferencia y representa el 80% del consumo total de drogas durante el 2011.
- Seis de cada cien personas han usado marihuana alguna vez en la vida.
- Once de cada cien hombres y dos de cada cien mujeres la han consumido.
- La edad promedio de inicio es a los 17 años.
- En el 2011 su consumo aumentó de un 8.2% a 12.2% en población estudiantil de la Ciudad de México.

Cocaína



- En población general, la cocaína es la segunda droga ilegal con mayor prevalencia en 2011 (0.5%), con una proporción de una mujer por cada nueve hombres.
- En adolescentes de 12 a 17 años, la cocaína también es la segunda droga ilegal con mayor prevalencia de consumo (0.4%), después de la marihuana y seguida por los inhalables.
- La edad de inicio del consumo en estudiantes, es de 14.2 años; en el caso de las mujeres se ubicó en 13.8 y en hombres, en 14.4 años.

Otras drogas



- Ocho de cada mil (0.8%) personas han usado estimulantes de tipo anfetamínico alguna vez en su vida.
- Más del 40% de los consumidores de entre 20 a 29 años de edad señalan a las anfetaminas como droga de impacto.
- Cerca de 7 mil personas reportan a las metanfetaminas como droga de inicio.
- La prevalencia de heroína alguna vez en la vida es de uno de cada mil para la población en general.
- Casi la mitad de los usuarios de heroína inició su consumo antes de los 25 años.
- Entre los usuarios que mencionan a los inhalables como droga de impacto, cuatro de cada 10 son jóvenes de 15 a 19 años de edad.

2.2 ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

La desinformación sobre los conceptos básicos en adicciones tiene consecuencias negativas. Uno de los errores frecuentes es no distinguir entre uso, abuso o dependencia, lo que origina que se pretenda internar a quien inicia el consumo.

NIVEL DE SEVERIDAD	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
Uso	Consumo mínimo, en pequeñas cantidades; no ocasiona graves trastornos en el comportamiento ni en la salud.	Adolescente que prueba la droga.
Abuso	Consumo problemático con consecuencias negativas relacionadas con un deterioro orgánico o psicosocial.	Persona que consume alcohol cada fin de semana y tiene olvidos, problemas conyugales peleas y/o detenciones.
Dependencia	El consumo forma parte del estilo de vida de la persona y lo necesita para desarrollar sus actividades cotidianas. Existen dos tipos de dependencia: Física: El organismo está habituado a la presencia constante de la droga; necesita mantener determinado nivel de droga en la sangre para funcionar con normalidad.	Sudoración, taquicardia, temblor al no recibirla.
	Psicológica: Hay un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga.	Persona que necesita tomar para dormirse.

Tabla 2.7 Distinción entre uso, abuso y dependencia.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS DROGAS EN EL CEREBRO?

Uno de los grandes mitos entre usuarios es no dejar de consumir por no tener fuerza de voluntad. La realidad es que la dependencia es una enfermedad cerebral ya que las drogas modifican el funcionamiento y estructuras cerebrales. Estos cambios pueden durar largo tiempo y modifican los comportamientos de las personas.

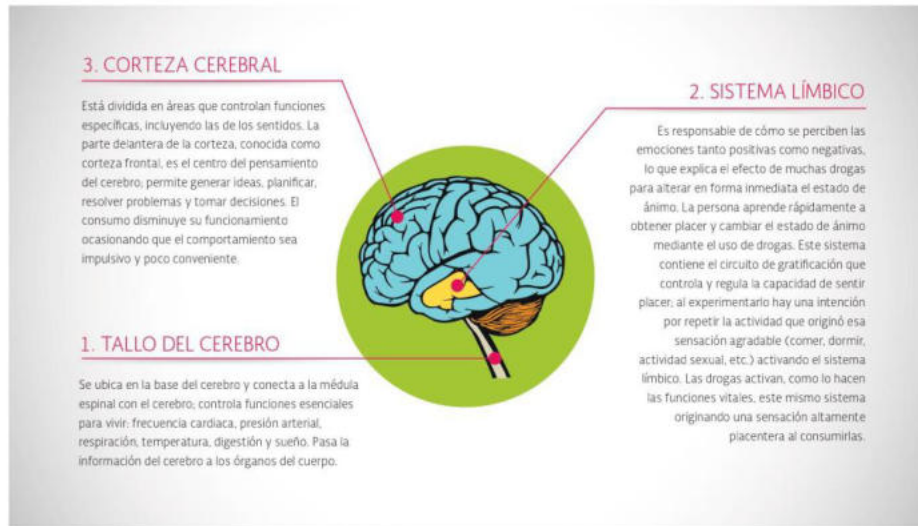
El cerebro es el órgano que controla las funciones básicas; permite dar sentido a lo que ocurre en el entorno de la persona, tomar decisiones, responder a situaciones y moldear pensamientos, sentimientos y conductas. Las drogas, al alterar áreas del cerebro necesarias para coordinar funciones vitales ocasionan abuso y consumo compulsivo.



i Entender cómo funcionan las drogas en el cerebro te permite comprender por qué ocurre la adicción y las necesidades de intervención multidisciplinaria recuperación.

Las estructuras del cerebro que intervienen en el proceso adictivo y sus funciones son:

Figura 2.2 Estructuras del cerebro que intervienen en el proceso adictivo.



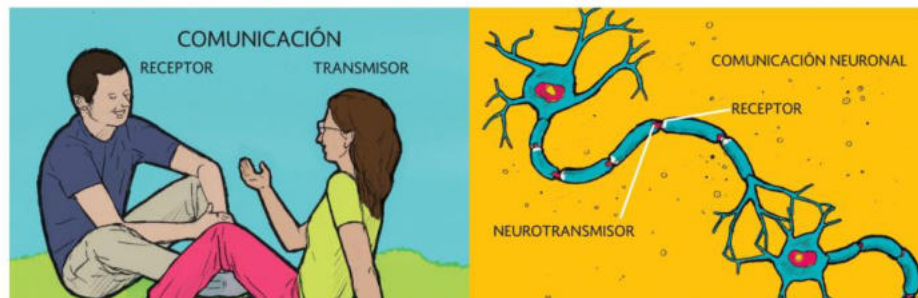
¿CÓMO SE COMUNICA EL CEREBO?

1 El consumo de drogas cambia la estructura de las neuronas y sus características, así como el envío y recepción del mensaje. Esto permite entender la importancia de las alteraciones en el cerebro que ocasiona el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Miles de millones de neuronas o células nerviosas conforman en el cerebro un gran centro de comunicaciones. Las redes de neuronas se encargan de transmitir los mensajes que se envían y los que se reciben (a través de impulsos eléctricos) en las diferentes estructuras del cerebro. Estas redes de nervios coordinan y regulan todos los sentimientos, pensamientos, actividades y conductas.

En este proceso de comunicación, los llamados neurotransmisores o mensajeros químicos del cerebro transmiten los mensajes entre neuronas; de aquí la importancia en evitar alterar su funcionamiento. Los receptores son los destinatarios químicos del cerebro que reciben el mensaje. El receptor sólo enviará el mensaje apropiado después de interactuar con el neurotransmisor correcto, como dos piezas de rompecabezas que encajan a la perfección.

Figura 2.3 Proceso de comunicación cerebral.



2.2.1 EL PROCESO ADICTIVO

Las drogas son sustancias químicas que actúan en el cerebro penetrando en su sistema de comunicación e interfiriendo en la manera en la que las células nerviosas envían, reciben y procesan la información. Las drogas modifican el funcionamiento de las neuronas porque su estructura química imita las del neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran y activen a las células nerviosas. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas del cerebro, no activan las células nerviosas de igual manera que los neurotransmisores naturales y hacen que se transmitan mensajes anormales a través de la red neuronal.

Como se mencionó, las drogas invaden el sistema de gratificación inundando el circuito con dopamina (neurotransmisor que regula emociones, motivación y sentimientos placenteros). Cuando este sistema se estimula una y otra vez, produce efectos de euforia que se buscan alcanzar al abusar de las drogas y esto explica el consumo repetitivo. Los cambios en la estructura y el funcionamiento del cerebro son inevitables a partir de la repetición y frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

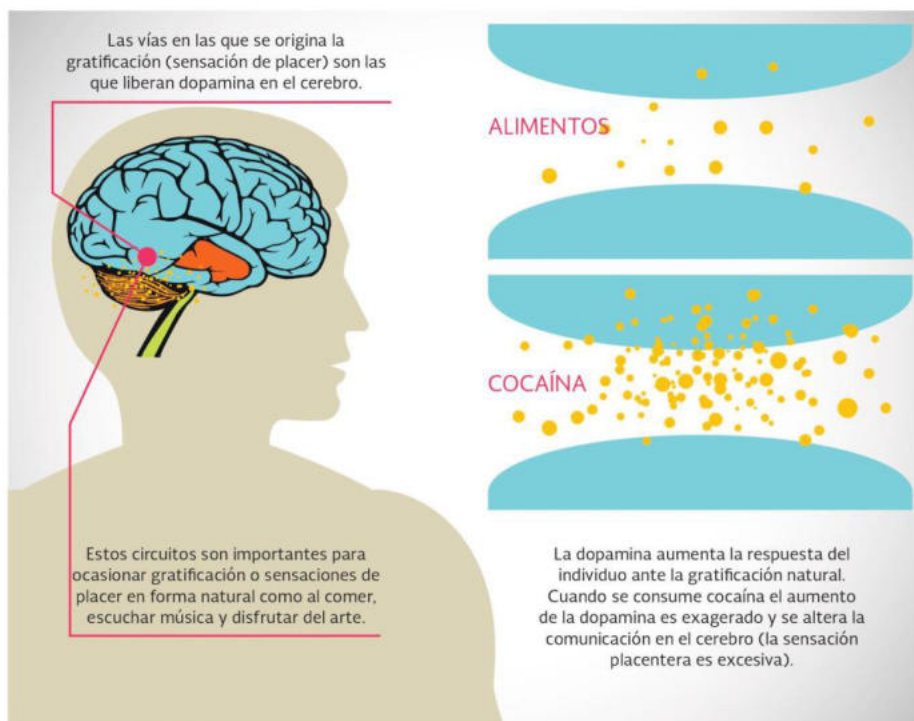


Figura 2.4 Vínculo entre las drogas y la dopamina.

Cuando el cerebro se da cuenta de que recibe grandes y continuas oleadas de dopamina (y otros neurotransmisores), produce menos dopamina y disminuye el número de receptores que reciben y transmiten señales. Por tanto el circuito de gratificación se vuelve cada vez más limitado y disminuye su habilidad para sentir placer. Al haber cada vez menos receptores de la dopamina, se necesitará aumentar la cantidad de droga para obtener efectos tan placenteros como los de un principio; este proceso de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos se llama **tolerancia**.

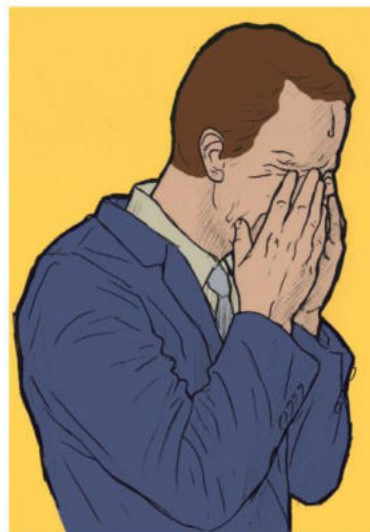
El organismo dejó de producir naturalmente la dopamina, ahora espera obtenerla de la droga de consumo.

1
Debes brindar información oportuna a la familia y otras personas significativas sobre la importancia de que el usuario reciba atención médica inmediata de desintoxicación.



Las personas que tienen más tiempo consumiendo alguna droga alteran en mayor medida este circuito de gratificación, por lo que aunque aumenten las dosis del consumo, no consiguen obtener los efectos deseados. Lo anterior se debe a que su cuerpo se acostumbró a recibirla, y al no obtenerla provoca molestias físicas y psicológicas como sudoración, taquicardia y temblor. En ese momento se tiene una necesidad física y el consumo ocurre ya no para obtener placer, sino para evitar los síntomas desagradables que aparecen cuando se deja de consumir. Estos síntomas se conocen como **síndrome de abstinencia**.

En ocasiones se eleva tanto la dosis de consumo que el organismo no puede procesar y expulsar la gran cantidad de sustancia, lo que incluso puede provocar la muerte; este estado se conoce como **sobredosis**.



La conducta adictiva se mantiene no sólo debido a la dependencia física, sino también por condiciones psicológicas y sociales que influyen para que el consumo sea difícil de abandonar. En el siguiente gráfico se observa cómo participan los factores fisiológicos y psicológicos para mantener el proceso adictivo.



Figura 2.5 Proceso adictivo

El proceso adictivo ocurre cuando la persona al consumir alguna droga legal o ilegal no solo obtiene placer físico, sino también le resultan placenteros aspectos que acompañan al consumo: momentos de convivencia agradables, cambios en la forma de actuar o distraerse de los conflictos.

Estos cambios agradables influyen para repetir el consumo, es entonces cuando el proceso adictivo genera la necesidad de consumir cada vez más. Se empieza a perder el control del consumo y se hacen presentes en mayor número las consecuencias negativas, lo que hace que se recurra al abuso de drogas para evitar enfrentar dichas consecuencias.

2.2.1.1 FASES DEL PROCESO ADICTIVO

Estas fases explican las condiciones psicológicas por las que se recurre cada vez más al consumo.

Figura 2.6 Fases del proceso adictivo.



Fase previa o de predisposición: No se tiene aún contacto con el alcohol, tabaco y otras drogas, pero factores socioculturales y biológicos pueden facilitar que se presente el consumo.

Tabla 2.8 Factores socioculturales y biológicos que facilitan el consumo.

FACTORES SOCIOCULTURALES	FACTORES BIOLÓGICOS
Creencias, expectativas y conductas que se comparten con el entorno: • Publicidad • Medios de comunicación • Acceso a drogas en la comunidad • Usos y costumbres sociales del consumo • Actividades para el tiempo libre • Conflictos • Ofrecimientos • Crisis familiares • Necesidades económicas • Búsqueda de satisfactores inmediatos	La condición biológica incluye la inteligencia, el aprendizaje y la personalidad que al combinarse con los socioculturales originan valores y actitudes de la persona hacia el consumo.

Fase de conocimiento: La cercanía que la persona tenga hacia las drogas hace más probable que las conozca. La forma de interpretar los efectos de las drogas influye en el consumo: si en casa es bien visto consumir alcohol en reuniones, se asocia a que sea un requisito para divertirse; si por el contrario en la familia no se acepta el consumo problemático, se interpreta que éste es negativo para los valores de la familia.

Fase de experimentación e inicio del consumo: En esta fase el objetivo de consumir no es obtener efectos farmacológicos ya que la persona los desconoce, sino probar y experimentar. Para que una persona inicie el consumo influyen, muchos factores, por ejemplo:

- El conocer las drogas.
- La intención de probarlas a partir de la facilidad para conseguirlas y consumirlas.
- Los efectos que se esperan obtener.
- Convencimiento de los riesgos a los que se expone por consumirlas.
- Habilidades para rechazar o no ofrecimientos de drogas.
- Características del estado emocional (por ejemplo, tristeza, enojo, estrés).
- Circunstancias de vida por las que se atraviesa.

Fase de consolidación: Dependiendo de las consecuencias obtenidas durante la experimentación de alguna droga, la persona decide continuar o detener el consumo. Si al consumir el usuario consiguió aprobación o rechazo también influye para mantener o no el consumo.

Fase de mantenimiento o abandono: Si al seguir consumiendo alcohol, tabaco y otras drogas se obtienen ciertos beneficios o efectos agradables mayores a las consecuencias negativas, es altamente probable que la persona decida mantener el consumo. Por el contrario, si el abuso empieza a acarrear problemas en el estado de ánimo, en el trabajo, con la pareja, en la relación con los amigos o en el estado de salud física o mental, es necesario que la persona inicie un proceso para tomar decisiones y abandonar el consumo de drogas.

Fase de recaída: Al abandonar el consumo la persona puede tener dificultad para mantener la abstinencia y por tanto, puede presentar una recaída. Esta fase y la anterior pueden ocurrir repetidas ocasiones hasta que se logre alcanzar la abstinencia definitiva, de lo contrario, la persona puede renunciar al cambio y continuar consumiendo drogas con las consecuencias individuales, familiares, laborales y sociales que el consumo conlleva.

El consumo de drogas es un proceso en el que la conducta ocurre con más frecuencia, cantidad y variedad de situaciones; por lo que la rehabilitación también requiere considerarse como un proceso de cambio que precisa distinguir los factores que intervinieron para iniciar y continuar con el consumo en las distintas fases.

2.2.2 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El consumo de drogas no se origina por una sola causa. Hay quienes estando en el mismo ambiente desarrollan la adicción y otros no; son diversos factores los que la propician. Éstos tienen diferente intensidad según la etapa del desarrollo, el ambiente y acontecimientos de vida individual, familiar y social; lo que expone y predispone el inicio o mantenimiento del consumo de una o más drogas.



➤ ¿POR QUÉ UNA PERSONA SE INICIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS?

El enfoque **riesgo-protección** identifica y actúa sobre múltiples causas que originan el consumo de drogas. Detectar estos factores permite distinguir quiénes están más propensos a desarrollar una adicción; una preocupación es la población joven, por la reducción en la edad de inicio al consumo.



Factores de riesgo: Son atributos o características individuales, condiciones o situaciones del entorno que aumentan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas, el inicio en el consumo de otras o el consumo simultáneo de varias de éstas.



Explora los factores de riesgo y protección que participan en la conducta de consumo del usuario para evitar recaídas.

Factores de protección. Son atributos o características del individuo, condiciones y situaciones del entorno que **inhiben, reducen o disminuyen** la probabilidad del uso y/o abuso de drogas, del inicio en el consumo de otras o el consumo simultáneo de varias de éstas.



Los factores de protección no son opuestos a los de riesgo, hacen menos probable el consumo de drogas en la población. Ambos factores se presentan a lo largo de la vida; la detección oportuna de los de riesgo permite atenuarlos o eliminarlos a partir de la promoción de los de protección disponibles o fortaleciendo otros.

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO
Individual	• Conducta agresiva en edades tempranas. • Habilidades sociales pobres. • Desventajas en la constitución física, complicaciones perinatales, desequilibrio químico-neurológico, discapacidad. • Limitaciones en diversas destrezas del desarrollo como la inteligencia, trastornos mentales, dificultades para desarrollar hábitos apropiados de trabajo. • Dificultades emocionales como la apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, problemas con el manejo de emociones, depresión. • Bajo rendimiento escolar. • Curiosidad, necesidad de aceptación, deseo de experimentar nuevas sensaciones. • Eventos estresantes. • Abuso sexual. • Trastornos mentales.
Familiar	• Características familiares que impiden la conformación de lazos de confianza y apoyo mutuo: distancia, poca expresividad y afecto. • Consumo y abuso habitual de drogas legales e ilegales en la familia. • Falta de supervisión de los padres sobre los intereses, necesidades e inquietudes de los hijos; falta de límites, de cumplimiento de responsabilidades y sobreprotección. • Muerte. • Problemas para establecer relaciones interpersonales. • Maltrato familiar o de pareja, abuso sexual.
Social	• Poco apoyo social. • Disponibilidad de drogas legales e ilegales. • Venta ilegal de cigarros. • Narcomenudeo. • Presencia de conductas antisociales en la comunidad. • Leyes y normas laxas y favorables al consumo de drogas y la comisión de actos antisociales. • Abuso de drogas en grupo de pares.

Tabla 2.9
Factores de riesgo.

Tabla 2.10
Factores de
protección.

ÁMBITO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	• Género. • Edad. • Capacidad para prestar atención, recordar, concentrarse, resolver problemas. • Concepto de sí mismo, proyecto de vida. • Estado de ánimo positivo. • Convivencia con otras personas, habilidades para expresarse, mostrar tolerancia, entendimiento hacia otros, relaciones de apoyo. • Analizar lo que resulta más conveniente, colaborar, ser útil y productivo, plantearse metas. • Tener sentido del humor. • Inteligencia, desempeño escolar acorde con el nivel educativo, buen rendimiento escolar. • Conocer los efectos de las drogas.
Familiar	• Lazos de confianza y respeto. • Confianza en el alcance de metas y apoyo para lograrlo. • Supervisión de padres y/o tutores. • Atender las relaciones con grupos de amigos y a los modelos de conductas de interés para los hijos.
Social	• Comunicación fluida entre los entornos de casa, escuela e instituciones. • Oportunidades de desarrollo y participación en actividades comunitarias. • Leyes y normas que fomenten una vida saludable. • Políticas en contra del abuso de drogas. • Unión con vecinos y personas de la comunidad.

2.3 SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1
Debes distinguir las características de diagnósticos en trastornos de salud mental relacionados con el abuso de drogas e identificar condiciones de alteraciones en usuarios que presentan enfermedades mentales para su referencia y atención psiquiátrica pertinente.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta misma organización estima que para el año 2025 el 75% de los enfermos mentales tendrá problema de abuso de drogas; y a la inversa, cada vez es más frecuente que los usuarios que asisten a centros de rehabilitación presenten trastornos mentales asociados al consumo de drogas.

La salud mental y las adicciones se influyen en forma recíproca; hay alteraciones de salud mental que favorecen las adicciones. Esto ocurre cuando se tiene, por ejemplo, un trastorno de ansiedad, el cual al iniciar el consumo de drogas como el alcohol o la marihuana reconoce el efecto placentero de que disminuye la ansiedad.

De igual manera, la adicción afecta a la salud mental ocasionando ya sea un trastorno de ansiedad o de depresión, los cuales a su vez aumentan más el problema de adicción. De tal manera que ésta puede producir alteraciones de salud mental como episodios agudos de psicosis que resultan efectos temporales del consumo.

No obstante, también pueden ocasionar alteraciones más severas y permanentes como la esquizofrenia, que a su vez aumenta el consumo de drogas.

2.3.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS CONFORME AL CIE -10

La OMS en la décima revisión (1995) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) registra y codifica distintos padecimientos, desde trastornos por consumo de drogas que incluyen intoxicación y consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos.

El CIE-10 define características y un conjunto de alteraciones para establecer diagnóstico y diagnóstico diferencial que distinga alteraciones que pudieran confundirse:

DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN
F1x.0 Intoxicación aguda	Estado momentáneo que se presenta después de la ingesta de alcohol u otras drogas; altera la conciencia, pensamiento, percepción, estado afectivo, conducta y otras respuestas fisiológicas y psicológicas. Este diagnóstico corresponde únicamente a casos de intoxicación en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el uso de drogas.
F1x.1 Consumo perjudicial	Forma de consumo que afecta la salud física o mental del usuario; ocasiona hepatitis y episodios depresivos secundarios al uso de drogas. El conjunto de alteraciones que necesitan presentarse al diagnóstico son en salud mental y/o física, así como consecuencias sociales adversas y críticas de terceros. No debe diagnosticarse al existir síndrome de dependencia, trastorno psicótico u otros trastornos específicos relacionados con el consumo de drogas.
F1x.2 Dependencia	Conjunto de manifestaciones fisiológicas (taquicardia, temblor, etc.), conductuales (buscar consumir constantemente) y cognitivas (pensar en consumir) en las que el consumo resulta prioritario frente a otras actividades valiosas para el usuario.
F1x.3 Síndrome de abstinencia	Conjunto de síntomas agrupados por tipos y niveles de gravedad, presentes ante la abstinencia gradual o absoluta de una droga determinada posterior a un consumo continuado o a dosis elevadas. Su evolución se encuentra limitada en tiempo y se relaciona con el tipo de droga y dosis consumida.

i
Ayuda al usuario para que identifique los riesgos del consumo, sepa prevenirlos o enfrentarlos.

Tabla 2.11
Criterios diagnósticos de abuso y dependencia de drogas conforme al CIE -10.

2.3.2 PATOLOGÍA DUAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El término “Patología Dual” o “Comorbilidad” es frecuente entre pacientes con dependencia a la droga y se refiere a la coexistencia entre un trastorno mental y otro por consumo de drogas, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos. Ejemplo: dependencia a la cocaína con trastorno depresivo mayor.

➤ ¿CÓMO SE PUEDEN TRASLAPAR DIFERENTES TRASTORNOS?

Padecer trastornos mentales hace referencia principalmente a sufrir trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de personalidad, del déficit de atención, o del espectro de la esquizofrenia y psicosis.

En los trastornos mentales hay dos tipos: primarios y secundarios; se pueden establecer tres tipos de relación entre ambos:

1. Trastorno psiquiátrico primario que ocurre antes del trastorno por uso de drogas que es secundario.

Ejemplo

Una persona que padece ansiedad al relacionarse con otros: fobia social (trastorno primario); y para calmar su ansiedad consume tranquilizantes ocasionándose una adicción a estos medicamentos (trastorno secundario).

2. Trastorno por uso de drogas primario que ocasiona síntomas psiquiátricos secundarios.

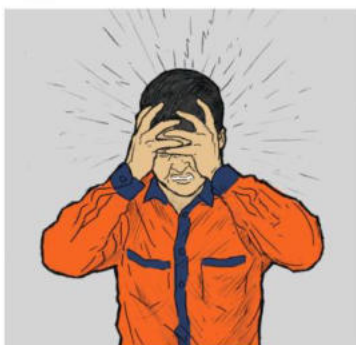
Ejemplo

Un consumidor de cocaína (trastorno primario) puede desarrollar un trastorno del sueño (trastorno secundario) debido al consumo de la droga.

3. Dualidad primaria, es decir tanto el trastorno psiquiátrico como el uso de sustancias son primarios.

Ejemplo

Un consumidor de la heroína (trastorno primario) presenta un trastorno de ansiedad (trastorno primario) que es a su vez causa y consecuencia de su consumo.



Esto se complica principalmente si el trastorno mental no ha sido diagnosticado previamente y las personas cercanas al usuario atribuyen los cambios en su comportamiento como resultado del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; por ejemplo un alto nivel de impulsividad, no hay respeto a pautas o normas sociales; manifestaciones de conducta agresiva y violenta e ideas paranoides.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES?



La falta de identificación oportuna y de atención psiquiátrica al diagnóstico de Patología Dual origina intervenciones inadecuadas. Algunas consecuencias de esta desatención son:

- a) El usuario no sigue las indicaciones terapéuticas.
- b) El usuario no está correctamente medicado.
- c) Errores en la elección de estrategias terapéuticas.
- d) Consumos de drogas aparentemente inexplicables.
- e) Deterioro progresivo de la relación entre usuario y consejero.
- f) Abandono del tratamiento.

Para evitar que ocurran este tipo de situaciones se debe realizar una valoración psiquiátrica al usuario de primer ingreso, para que en caso de presentar una patología mental se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- Si el establecimiento cuenta con la formación y especialización de tratamiento en Patología Dual, se debe verificar que el usuario haya sido correctamente diagnosticado por un psiquiatra especialista en el tema, que esté controlada su medicación, mantenga revisión frecuente a nivel psiquiátrico y que todo el equipo multidisciplinario esté enterado de la patología y tipos de intervenciones necesarias con el usuario.
- Si el establecimiento no cuenta con los recursos necesarios para contener y tratar a un usuario con estas características, es necesaria la derivación a la instancia pertinente. El no llevar a cabo dicha derivación, además de las consecuencias antes mencionadas en el usuario, puede generar obstáculos y añadir dificultades al resto de los usuarios que residen en el establecimiento.

2.3.3 PRINCIPALES TRASTORNOS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Según el DSM-IV TR (Cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) los principales trastornos mentales inducidos por drogas son:

Tabla 2.12
Trastornos mentales
inducidos por drogas
según el DSM-IV TR.

TRASTORNO	EJEMPLO
Delirium	Delirium tremens de la dependencia al alcohol con alucinaciones importantes.
Demencia	En dependencia al alcohol puede ocasionar alteraciones en la memoria, lenguaje, aprendizaje y otros procesos cognitivos.
Amnesia	En la intoxicación aguda por alcohol, en donde no se recuerda nada de lo ocurrido y que puede ser persistente.
Cuadros psicóticos con alucinaciones	Pérdida de la realidad.
Trastornos del ánimo	Depresión.
Trastornos de ansiedad	Fobias y trastorno obsesivo-compulsivo.
Trastornos sexuales	Trastorno del deseo sexual, de la excitación, eyaculación precoz.
Trastornos del sueño	Insomnio y sonambulismo.
Trastornos perceptivos por alucinógenos	Flashbacks y cambio en las percepciones de las cosas que le rodean.



¿CÓMO IDENTIFICAR TRASTORNOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS, QUE ENCUBREN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL?

Diferenciar trastornos mentales inducidos por drogas de los que no lo son no es tarea fácil. En ocasiones los síntomas presentados por la intoxicación de una droga encubren trastornos de salud mental no diagnosticados, por lo que su identificación es de suma importancia.

La atención que reciban los usuarios requiere que las características del tratamiento respondan a la necesidad de su problemática. Si el usuario no es atendido en algún aspecto alterado de su funcionamiento mental, se reducen las posibilidades de que se beneficie del tratamiento debido a que éste resulta incompleto. Esto desmotiva al usuario, quien interpreta que el tratamiento residencial no es útil y en próximas ocasiones se resistirá a asistir a éste o a cualquier otro tratamiento para las adicciones.

Si por ejemplo el usuario ha tenido intentos de suicidio, es recomendable que primero se hospitalice para que posteriormente se realice el trabajo de consejería como parte del tratamiento residencial; con el fin de evitar exponerlo a nuevos intentos de suicidio.

Si el usuario padece de un trastorno psicótico agudo se necesita referenciarlo en el área de psiquiatría para que deje de tener alucinaciones, delirios (en remisión) y poder trabajar en el tratamiento una vez que se reciba el documento de contrarreferencia por parte del especialista y en el que señale que dejaron de presentarse esas alteraciones.

Si tiene una alteración de un cuadro psicótico crónico no se deberá atender en el centro residencial pues su problemática se puede agravar al no tener las condiciones de tratamiento necesarias y puede afectar a otros usuarios. Este tipo de personas pueden actuar de manera agresiva, dañarse o dañar a otros; requieren de un ambiente tranquilo y sin amenazas.

Los motivos que determinan que el trastorno psiquiátrico sea independiente al consumo de drogas son:

- a) El trastorno psiquiátrico comenzó antes que el consumo regular de drogas.
- b) Los síntomas y problemas que presentan son distintos a los que muestran abuso o dependencia de drogas.
- c) El trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia.
- d) Existen antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- e) Hay fracaso terapéutico en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos.



SALUD MENTAL Y ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los siguientes incisos.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.2

a) Relaciona los conceptos con la definición correspondiente.

CONCEPTOS		DEFINICIÓN
a) Intoxicación aguda	()	Forma de consumo que afecta la salud física o mental del usuario; ocasiona hepatitis y episodios depresivos secundarios al uso de drogas.
b) Consumo perjudicial	()	Se refiere a la coexistencia entre un trastorno mental y otro por consumo de drogas.
c) Dependencia	()	Conjunto de síntomas agrupados por tipos y niveles de gravedad, presentes ante la abstinencia gradual o absoluta de una droga determinada posterior a un consumo continuado o a dosis elevadas.
d) Síndrome de abstinencia	()	Estado momentáneo que se presenta después de la ingesta de drogas; altera la conciencia, pensamiento, percepción, estado afectivo, conducta y otras respuestas fisiológicas y psicológicas.
e) Patología Dual	()	En dependencia al alcohol este trastorno puede ocasionar alteraciones en la memoria, lenguaje, aprendizaje y otros procesos cognitivos.
f) Demencia	()	Conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas en las que el consumo resulta prioritario frente a otras actividades valiosas para el usuario.
g) Trastornos de ansiedad	()	Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo son ejemplos de este trastorno.

b) Responde con tus palabras, ¿por qué es importante identificar la Patología Dual en el tratamiento de las adicciones?

c) Describe las acciones que se recomiendan cuando los usuarios presenten los siguientes trastornos

TRASTORNOS	ACCIONES A SEGUIR
------------	-------------------

Intentos de suicidio

Trastorno psicótico agudo

Cuadro psicótico crónico

d) Menciona por lo menos tres motivos que determinan que el trastorno psiquiátrico sea independiente al consumo de drogas:

2.4 VIOLENCIA Y ADICCIONES



VIOLENCIA Y ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Responde las siguientes preguntas; posteriormente discútelas con el grupo y elaboren conclusiones.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.3

Define con tus palabras qué es violencia

¿Qué relación tiene la violencia con el consumo de drogas?

La violencia y las adicciones son problemas de gran impacto en las personas, las familias y las comunidades pues alteran el desenvolvimiento normal y la posibilidad de desarrollarse plenamente. En su ejecución participan múltiples factores que obligan a que las alternativas de solución sean también articuladas desde diferentes sectores y con una mirada integradora.

En el consumo de drogas, la violencia puede estar presente durante todas las etapas de la adicción, incluso desde acciones coercitivas de amigos, vendedores, *dealers*, etc., para obligar a la compra o consumo de las mismas drogas. La violencia también se puede presentar en los consumidores como consecuencia de los efectos de algunas drogas, llegando incluso a cometer actos delictivos bajo su influjo para obtener recursos económicos para la compra de la droga.

La OMS define violencia como el uso intencional de fuerza o poder físico, amenaza contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad; que cause o tenga probabilidades altas de causar lesiones, muerte, trastornos del desarrollo, privaciones y/o daños psicológicos.

2.4.1 TIPOS DE VIOLENCIA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La Organización Mundial de la Salud tiene diversas clasificaciones de violencia:

CLASIFICACIÓN	TIPO DE VIOLENCIA	DESCRIPCIÓN
De acuerdo con las características de quien comete el acto de violencia	Autoinfligida	Incluye comportamiento suicida y autolesiones.
	Intrapersonal	Violencia familiar a menores, a la pareja, a personas de la tercera edad u otras personas sin parentesco.
	Colectiva	Incluye la violencia social, política y económica.
De acuerdo con su naturaleza	Física	Abofetear, golpear con puños, patear.
	Sexual	Relaciones sexuales forzadas y presión para el intercambio sexual.
	Psicológica	Intimidación, denigración, humillación, celos, privaciones y descuidos.
	Económica	Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes, disponer del dinero de la otra persona, tener a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio y privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.
De acuerdo con la intensidad de sus consecuencias	Modalidad Grave (maltrato físico)	Diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, que se conjugan con una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
	Forma Moderada (violencia común)	Las emociones negativas generalmente estallan en comportamientos violentos.

Tabla 2.13
Clasificaciones de violencia de acuerdo a la OMS.

Otros tipos de violencia interfieren en el óptimo desarrollo del individuo y continuamente se presentan en quienes consumen drogas:

- **Violencia estructural:** Es una agresión colectiva desde una estructura política o económica; en la que se ejerce violencia verbal y/o física a personas para vencer su resistencia y dificultad a dejar el consumo. Se refiere al abuso en el que la autoridad cree tener poder sobre otro; en este tipo de violencia se conjugan la violencia física y psicológica.

En algunos establecimientos (principalmente en centros residenciales de ayuda mutua) es común que se den prácticas de hostigamiento y maltrato a los internos, sin embargo, se debe tener presente que la violencia sólo genera violencia, por lo que es necesario erradicar completamente de los establecimientos las prácticas de maltrato estableciendo acciones que promuevan la prevención de la violencia.

El consejero, quien representa la autoridad en el establecimiento, debe evitar mostrar cualquier tipo de violencia al usuario; ésta no favorece el proceso de cambio al generar temor, presionar o amenazar; por el contrario, afecta la decisión y el convencimiento personal de cambiar. La violencia provoca que el usuario no se sienta respetado, además al actuar de esta forma no se le está dando el trato digno que merece recibir. El cambio por coerción (dominación) no resulta duradero y ocasiona más motivos para consumir y/o abandonar el servicio terapéutico y evitar otro tratamiento.

Adicionalmente, el consejero se expone a problemas legales, además de que modela formas de comportamiento agresivas en los usuarios.

Si el consejero incurre en el uso de violencia hacia el usuario incumple la siguiente legislación:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en su Capítulo II, artículo XIII referente a no dar trato abusivo y no atentar contra la dignidad.
- NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Apartado 9. Tratamiento.
- Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. Apartado 8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios.

Asimismo, incurre en la comisión de prácticas inadmisibles mediante las cuales se somete al usuario a través de amenazas, castigos, violencia física y/o verbal.⁷

⁷ Estas leyes y normas así como las prácticas inadmisibles serán abordadas con más detalle en la siguiente línea.

Para evitar que se genere violencia en el establecimiento, el consejero debe identificar qué actitud tomar y qué destrezas debe poner en práctica:

CONSIDERACIÓN	DESCRIPCIÓN
¿Qué conocer?	Identificar y diferenciar los conflictos que frecuentemente se dan al interior de los establecimientos como procesos naturales de la convivencia, respecto de los actos de violencia que son dirigidos a ocasionar daño intencional a una o más personas.
¿Qué actitud adoptar?	Debe reconocer que existen condiciones sociales y estructurales que no son susceptibles de modificar en el entorno de los usuarios; de esta manera dirigirá su apoyo a la adquisición de habilidades sociales que favorezcan la resolución de conflictos y la toma de decisiones.
¿Qué destrezas se deben poner en práctica?	• Escuchar activamente al usuario. • Identificar situaciones exitosas en donde él mismo negoció o resolvió adecuadamente un conflicto y exponerlas como ejemplo al usuario. • Explicar al usuario la importancia de emplear técnicas de respiración y relajación antes de tomar una decisión precipitada.
¿Qué hacer en una situación de violencia en la sesión?	• Ser empático, tratar de entender la posición del usuario: hacerle notar que se le está escuchando, no elevar la voz, pero mantener un tono firme; identificar el motivo principal del conflicto y reconocer el derecho del otro a estar molesto, procurar una "tregua", no emplear malas palabras, no emitir juicios de valor, no insistir en su punto de vista, evitar el contacto físico (principalmente empujones o sometimientos). • Mostrar al usuario su comportamiento inadecuado. • Establecer límites y recordarle el reglamento del establecimiento. • Contener la agresión y confrontar al usuario. • Detener la sesión e informar a quien corresponda. • Mantener la calma y contener al usuario.

Tabla 2.14
Consideraciones
para evitar
situaciones
de violencia.

- **Violencia cultural:** Son aspectos culturales que justifican usar la violencia en circunstancias específicas, por ejemplo en defensa de la fe o religión, desvalorizaciones, amenazas y críticas a grupos específicos, etcétera.

En el consumo de drogas, un sin número de casos presentan y reciben agresión bajo el efecto de las drogas. Continuamente se recurre a la violencia física y psicológica por ignorancia, por no controlar impulsos o por falta de conciencia sobre una mejor forma de cambiar la situación de consumo.



TIPOS DE VIOLENCIA

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los incisos a y b:

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.4

a) Relaciona el tipo de violencia con su ejemplo correspondiente.

TIPO DE VIOLENCIA		EJEMPLO
A. Violencia psicológica	()	Insultos y humillación
B. Violencia intrapersonal	()	Estigmatizar por ser usuario de drogas
C. Violencia física	()	Golpear
D. Violencia sexual	()	Tocamientos a otra persona sin su consentimiento
E. Violencia cultural	()	Automutilación
F. Violencia autoinfligida	()	Sometimiento a un grupo de manifestantes
G. Violencia colectiva		

b) Enumera los conocimientos, destrezas y actitudes más importantes que debe tener un consejero para evitar una situación de violencia en el establecimiento.

2.5 PRINCIPALES COMPONENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El tratamiento para la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas es sin lugar a dudas una de las maneras más efectivas de:

- Reducir el consumo.
- Romper el ciclo que puede presentarse entre el consumo y la realización de conductas delictivas.
- Mejorar la salud de los usuarios.
- Reducir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de VIH/SIDA.

El éxito de los programas de tratamiento también depende de la capacidad que tenga el consejero de mantener y motivar al usuario en el tratamiento el tiempo que sea necesario, a fin de que pueda obtener el máximo beneficio posible. De esta forma, el uso de estrategias para involucrar y mantener activo al usuario es un componente fundamental de los programas de tratamiento.

2.5.1 PROCESO DE TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud define al tratamiento como el proceso que inicia al entrar en contacto con quien proporciona servicios de salud o comunitario y que continúa mediante una serie de intervenciones hasta alcanzar el mayor nivel de salud posible.

De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones el **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 el de su familia”.

El proceso del tratamiento se compone de fases básicas que guían la rehabilitación:

Desintoxicación	Proceso con soporte de medicación y supervisión médica que se utiliza para cesar el consumo de drogas y evitar el síndrome de abstinencia.
Deshabitación	Se trabaja para sustituir hábitos y actitudes alterados. Ejemplo: utilizar tiempo libre para platicar con amigos no consumidores, hacer ejercicio, leer, descansar en lugar de consumir.

Tabla 2.15 Fases del proceso de tratamiento.

REHABILITACIÓN	Recuperar habilidades afectadas a consecuencia del consumo. La principal herramienta es la consejería (individual, grupal y familiar), que se complementa con estrategias para controlar impulsos, reducir ansiedad, mejora en habilidades para la vida, etcétera.
REINSERCIÓN	A lo largo del proceso de tratamiento y sobre todo al final, el equipo terapéutico acompaña y prepara al usuario para regresar a su entorno. Se debe dar seguimiento hasta alcanzar el objetivo plenamente.

La **desintoxicación** se refiere a un tratamiento hospitalario en donde se brinda supervisión médica y de seguridad a usuarios que requieren de un control físico y/o psiquiátrico intensivo. Se debe considerar aplicarse en casos en los que el usuario está en situación de salud delicada o al representar un peligro para sí mismo o para otras personas.

La **deshabitación** requiere cambiar todos los hábitos asociados al consumo para evitar que al seguirse presentando ocurran recaídas de manera automática debido a que ya se estableció un aprendizaje. Al sustituirlos por hábitos saludables la persona procura su bienestar y de esta manera se aleja del consumo.

La **rehabilitación** en modalidad residencial hace referencia a un ambiente libre de disponibilidad y consumo de drogas. En estas condiciones hay un ambiente estructurado y planeado de actividades y trabajo terapéutico y en el que a través de la convivencia e influencia entre usuarios, cada persona aprende normas sociales y desarrolla habilidades para aprender a funcionar y enfrentar la vida diaria alejada del consumo.

La **reinserción social** se integra por un cúmulo de acciones cuyo propósito es promover en el usuario un estilo de vida saludable a fin de lograr un mejor funcionamiento individual y social. Para lo cual, debe considerarse la incorporación al mercado laboral de manera progresiva; así como la inserción al plano económico para integrarse a una sociedad de consumo, derivado de su aprendizaje para establecer prioridades y administración del gasto. De manera transversal, el conocimiento y aceptación de sí mismo propician que el usuario entable relaciones emocionales.

En general el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica intervenciones secuenciadas y una supervisión constante al usuario por parte del equipo multidisciplinario y de los consejeros en adicciones.

2.5.1.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La perspectiva de género se refiere a una mirada analítica que intenta indagar y explicar cómo las sociedades construyen sus reglas, valores, prácticas, procesos y

1
Un tratamiento exitoso se basa en la asociación y cooperación activa entre instituciones gubernamentales reguladoras de la atención a las adicciones, los servicios profesionales y comunitarios.

subjetividad (puntos de vista internos o personales), dándole un nuevo sentido a las relaciones que se producen entre las mujeres y los hombres.

La perspectiva de género cuestiona las relaciones de poder y propone la creación de nuevos equilibrios en la distribución de recursos y oportunidades para el desarrollo de las personas, y en este caso, en el desarrollo de estrategias de intervención para la atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

GÉNERO Y ADICCIONES

Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni tampoco es valorado del mismo modo por quienes no consumen. Mientras que en el caso de los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello, las mujeres dependientes a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social.

La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece el encubrimiento del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral son insostenibles.

En la siguiente tabla se muestran algunos de los motivos frecuentes relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas diferenciados entre mujeres y hombres:

MUJERES	HOMBRES
• Búsqueda de lograr la igualdad con los hombres, imitando algunos comportamientos característicos del rol masculino como el uso de drogas. • El consumo se asocia con frecuencia a relaciones afectivas con parejas consumidoras, a necesidades de aceptación y vínculo con el otro. • Utilizan drogas para tranquilizarse y estabilizar sus emociones (regularmente consumen anti-depresivos y ansiolíticos).	• Actualmente sigue siendo superior el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en hombres que en mujeres. • Regularmente consumen drogas por aspectos relacionados con su confirmación de la masculinidad y rendimiento (evitar el cansancio, sentirse con energía).

i
La perspectiva de género permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

Tabla 2.16
Motivos para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

De manera particular, las consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la mujer son:

- Mayor efecto del consumo y la dependencia se desarrolla más rápido.
- Pérdida de recursos personales, familiares y sociales.
- Se le excluye del núcleo familiar.
- Se duda de su competencia como mujer, madre y pareja.
- Se expone a reproches familiares y sociales por irresponsabilidad al consumir.
- Tiene dificultad para valorarse y enfrentar adversidades.
- Es dependiente emocionalmente e insegura para tomar decisiones.
- Tiene sentimientos de indefensión e impotencia para dejar el consumo.
- Es maltratada y abusada sexualmente.
- Presenta síntomas y alteraciones mentales: depresión, ansiedad, dificultades en alimentación y sueño.
- Se considera que no tiene una adecuada conducta sexual y poco autocontrol ocasionando culpa, vergüenza y desacreditación.
- Tiene menos acceso a servicios de tratamiento y redes de atención que respondan a sus necesidades.
- Tiene mayor dificultad para la reinserción social.
- Niega el problema y retrasa o evita solicitar ayuda, pues al ser madre duda en ingresar a un servicio de tratamiento residencial para evitar desatender a su familia.

Durante la atención al usuario, es importante que el consejero tome en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar con información o datos diferenciados por sexo, que den cuenta de las proporciones de la problemática o situación.
- Tener conocimientos básicos acerca de las drogas de mayor consumo, factores de riesgo y de protección de mujeres y hombres.
- Identificar y analizar las creencias que tienen mujeres y hombres con respecto al consumo de drogas y en su vida cotidiana.
- Brindar estrategias de intervención específica para mujeres y hombres.
- Adaptar las estrategias y técnicas de intervención a las situaciones propias que viven las mujeres, de acuerdo a su historia y situación familiar.

En la atención particular a las mujeres se recomienda atender los siguientes aspectos:

- Mantener una actitud activa de comprensión.
- Evitar culpar por el consumo.
- Proporcionar reconocimiento por el interés y disposición al cambio para evitar el abandono del proceso.
- Disminuir el rechazo, aislamiento y negación de los problemas.
- Transmitir optimismo.
- Concientizarla sobre el problema, para que lo atienda y resuelva.
- Analizar su situación actual y valorar su historia de vida.
- Identificar sus razones para solicitar tratamiento, la percepción sobre su consumo y las carencias o apoyos con los que cuenta.
- Asegurarse que a su ingreso se le practique una revisión física completa, sin atentar contra su integridad física o mental.
- Descartar que se encuentre embarazada, ya que esto implica una atención especial. En caso de que esté embarazada debe suspender el consumo, ya que puede afectar el desarrollo del bebé.

2.5.2 PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS



Todo programa de tratamiento debe adaptarse a las características del entorno social, cultural y económico de la localidad en donde se pretende implementar, considerando que:

- Los usuarios presentan diversas necesidades en los ámbitos individual, familiar, social y económico.
- Los usuarios deben remitirse a los servicios que mejor convengan a sus necesidades, contemplando sexo, edad, estado físico y presencia de otras conductas de riesgo.
- La desintoxicación sólo es parte de la primera fase del tratamiento.
- Se debe realizar una valoración integral del usuario a fin de identificar padecimientos importantes.
- Un tratamiento es efectivo si responde a todas las necesidades de los usuarios y no sólo al control del consumo de drogas.
- Ningún tratamiento es eficaz para todos los casos; cada usuario necesita diversidad de tratamientos que deben integrarse y coordinarse durante las etapas de la intervención terapéutica.
- Los problemas derivados del consumo de drogas se atienden eficazmente si se tiene acceso a servicios apropiados para atender sus necesidades.
- Los programas deben estar disponibles y ser de fácil acceso para los usuarios.
- Todo programa de tratamiento debe considerar la recaída como parte del proceso para llegar a la abstinencia.
- Los programas deben evaluarse continuamente y adaptarse para responder al fenómeno cambiante del consumo de drogas y las consecuencias que de éste se deriven.
- El ejercicio de consejería (individual, grupal y familiar) debe ser parte fundamental de los programas de tratamiento, y no solo las técnicas de modificación de la conducta.
- Se debe incluir la promoción de estilos de vida saludable, tomando en cuenta aspectos de educación para la salud y estrategias de autocuidado.
- El uso de tratamientos farmacológicos (cuando el caso así lo requiera) tendrá mejores resultados al combinarse con intervenciones psicoterapéuticas y grupos de apoyo.
- La Patología Dual o Comorbilidad debe ser tratada de forma integral.

El tratamiento para la adicción debe ayudar al usuario a dejar de consumir alcohol, tabaco u otras drogas, a mantener un estilo de vida libre de drogas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

PROCESO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

INSTRUCCIONES: Busca en la sopa de letras las respuestas a las definiciones que se presentan.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.5



- Proceso que inicia al entrar en contacto con quien proporciona servicios de salud o comunitarios y que continúa mediante una serie de intervenciones.
- El usuario recupera las habilidades afectadas a consecuencia del consumo. La principal herramienta es la consejería que se complementa con algunas estrategias.
- Proceso con soporte de medicación y supervisión médica que se utiliza para cesar el consumo de drogas y evitar el síndrome de abstinencia.
- Se trabaja para sustituir hábitos y actitudes alterados.
- Se prepara al usuario para regresar a su entorno.

2.6 COMPONENTES CENTRALES DE LA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL POR CONSUMO DE DROGAS

La Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 define a la rehabilitación como el “proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.”

La evidencia científica señala que no es suficiente dejar el consumo de drogas para recuperarse, es importante además programar y desarrollar actividades con el usuario, que le permitan readquirir o mejorar sus habilidades motoras, cognitivas y afectivas, así como fortalecer de nueva cuenta lazos sociales con la familia, el trabajo, la escuela y la sociedad en general.

La rehabilitación requiere de una variedad de servicios y recursos para optimizar su capacidad en diferentes áreas. Si bien el objetivo inicial es mantener la abstinencia, se pretende lograr la reinserción social plena disminuyendo consecuencias negativas para la salud integral.

Por tanto, la rehabilitación adquiere un enfoque integral y transversal con el objetivo de lograr la recuperación, fortalecimiento y/o adquisición de capacidades y habilidades necesarias para favorecer el adecuado desempeño y manejo de las diferentes funciones de la persona.

La rehabilitación en la consejería centra su atención en cuatro componentes: biológico, cognitivo, afectivo y comportamental:

Tabla 2.17
Componentes
de la rehabilitación.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Biológico	Informar y motivar al usuario para promover el apego a la valoración psiquiátrica, cuando el caso lo requiera.
Cognitivo	Prescribir actividades para favorecer funciones cognitivas como la memoria, analizar sucesos, eventos cotidianos y/o material de lectura así como el apego a instrucciones.
Afectivo	Realizar actividades que resulten satisfactorias y recreativas al usuario.
Comportamental	Motivar el manejo de la agresión y solución de problemas.

Durante la rehabilitación del usuario se deben promover y fortalecer actividades con objetivos específicos y estrategias definidas, vinculadas con su plan de consejería; tales actividades comprenden las siguientes áreas:

ÁREAS	DESCRIPCIÓN
Psicosocial	Las actividades englobadas en esta área tienen una relación directa con la rehabilitación psicológica y social, y por ende, con la reinserción por medio de la modificación de los estilos de vida de los usuarios y el lugar desde donde establecen sus lazos sociales.
Reeducativa y formativa	La reeducación se enfoca en los procesos de crecimiento, aprendizaje, reinserción social y de prevención, prestándole especial atención a la persona en su integridad, a la valoración de los propios recursos y a la recuperación de sus potencialidades y expresiones. Lo formativo se dirige a todas aquellas habilidades necesarias al aprendizaje de las personas que siguen estudiando, que quisieran incorporarse a un proyecto escolar, que desertaron o han tenido problemas para concluir sus estudios exitosamente.
Laboral y ocupacional	Su objetivo es favorecer la orientación, adaptación, formación, colocación y mantenimiento de la persona en el trabajo para obtener su reinserción laboral.
Física y deportiva	La práctica regular de actividades físicas permite a la persona mejorar la memoria, independencia, confianza, estabilidad emocional, rendimiento académico, imagen positiva de sí mismo, así como obtener bienestar y hacer frente a estados emocionales negativos como la tristeza, el enojo y la ansiedad.

Tabla 2.18
Áreas para el desarrollo de actividades orientadas a la rehabilitación.

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 define a la reinserción social como “Un conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social”.

La reinserción social consiste por tanto, en guiar a los usuarios durante la consejería, en la puesta en práctica de los recursos individuales adquiridos y fomentados en las actividades terapéuticas y de rehabilitación, con el fin de que alcancen una adecuada integración social, adquieran mayor responsabilidad y pongan en práctica competencias laborales e interaccionales, a través de la orientación y asesoramiento permanente que le brinde el consejero y en su caso, el equipo multidisciplinario.

En la reinserción del usuario se fortalecen diferentes áreas:

ÁREAS	DESCRIPCIÓN
Laboral	Para iniciar y mantener un trabajo e incorporarse en el ámbito laboral (preparación para el empleo y competencias laborales).
Económica	Para recibir un ingreso, hacer buen manejo del dinero en la cobertura de gastos y diversión para incorporarse a una sociedad de consumo (finanzas personales).
Emocional	Para reconocer sus emociones, aprender a estar consigo mismo y evitar que éstas ocasionen conductas inconvenientes y recaídas (autoconocimiento, manejo de emociones y estrés).
Relacional	Para tener contactos de cercanía, entendimiento, apoyo y afecto (habilidades sociales, solución de problemas, actividades para el ocio y manejo del tiempo libre).
Salud	Para procurar el óptimo funcionamiento físico (educación para la salud).

Tabla 2.19
Áreas a fortalecer para la reinserción social.

!
Debes fortalecer la disposición para el uso de herramientas comunitarias que provean un ambiente de apoyo familiar y social protector, que aleje de las recaídas y fortalezca el mantenimiento de la abstinencia.

La base de la reinserción es la reconstrucción del vínculo entre la comunidad y el usuario ya que esta relación se encuentra fracturada, lo que genera una situación de exclusión.

Un reto a enfrentar es la etiqueta social que se asigna al usuario cuando se conoce que tiene problemas de abuso y/o dependencia de drogas; este prejuicio disminuye la posibilidad de que cuente con recursos y apoyos en su vida.

Existen factores que dificultan el proceso de reinserción social de los usuarios, estos son:

- **No mantenerse en abstinencia:** Puede ocasionar el deterioro físico, cognitivo, emocional y social.
- **El deterioro en el estado de salud:** En ocasiones el abuso de drogas lleva al usuario a la pérdida de habilidades cognitivas o físicas que le dificultan su desarrollo en todos los ámbitos.
- **El abandono escolar o laboral:** Entre más tiempo se aleje de las áreas académicas o laborales, mayor será la dificultad para reintegrarse.
- **La falta de estructura familiar:** Los conflictos al interior de la familia pueden originar situaciones de abandono y exclusión.
- **La pobreza:** El usuario presenta menores recursos para su reinserción.
- **Detenciones por actos delictivos:** Representa una pérdida del vínculo con instituciones formales y ponen al usuario en situación de mayor aislamiento y marginación.

A continuación se presentan algunos factores socioculturales que intervienen en la integración o exclusión social de la persona, y que representan recursos que el individuo puede utilizar o evitar para facilitar su reinserción social, por lo que requieren trabajarse como metas terapéuticas con el usuario.

Tabla 2.20
Factores socioculturales de integración o exclusión social.

ÁMBITO	FACTORES DE INTEGRACIÓN	FACTORES DE EXCLUSIÓN
Laboral	Empleo fijo o estable. Buen nivel de ingresos. Condiciones para encontrar empleo. Experiencia laboral.	Desempleo. Subempleo. Empleo temporal. Vivir en condiciones de pocos recursos. Carecer de experiencias laborales previas.
Económico	Ingresos económicos regulares. Tener otras fuentes alternativas de ingresos. Contar con vivienda propia.	Ingresos insuficientes o irregulares. Endeudamiento. Sin vivienda.

ÁMBITO	FACTORES DE INTEGRACIÓN	FACTORES DE EXCLUSIÓN
Cultural	Integración a eventos culturales. Intereses culturales convenientes. Alto nivel de educativo; tiene competencias especializadas que son demandadas.	Pertenencia a grupos estigmatizados. Analfabetismo o baja instrucción.
Personal	Iniciativa. Cualidades personales que se valoran socialmente. Buena salud. Motivaciones fuertes. Optimismo, voluntad de realización. Facilidad para relacionarse con las personas. Adecuada apariencia física.	Minusvalías y enfermedades. Adicciones. Enfermedad mental. Violencia. Antecedentes penales. Apatía. Actitudes negativas.
Social	Apoyo familiar. Amplia red de contactos y relaciones sociales. Pertenencia a asociaciones y grupos sociales. Residencia en zonas en expansión Integración territorial.	Carencia de vínculos familiares fuertes. Carencia de redes sociales de apoyo. Ambiente de riesgo. Aislamiento.

REDES DE APOYO SOCIAL PARA EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La rehabilitación y reinserción social exigen la participación de una variedad de estrategias: psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales dirigidas al usuario, su familia y la comunidad. El establecimiento tendrá que utilizar recursos sociales y comunitarios para asignar estrategias que permitan la rehabilitación y reinserción social. Entre estas estrategias se encuentran las **redes de apoyo**, las cuales se definen como las relaciones que se tienen con otras personas, agrupaciones o instituciones de la comunidad y que permiten obtener algún beneficio, utilidad o mejoría; (económico, moral, espiritual, afectivo y social).

Para el establecimiento de redes de apoyo es necesario que el consejero identifique:

- La gama de actividades que son afines a los intereses del usuario.
- Las competencias o habilidades que ha desarrollado y las que le gustaría adquirir.
- Los diferentes apoyos de los que dispone para acceder a los servicios de su interés.
- Los tiempos disponibles para el desarrollo de las actividades.
- Los obstáculos para su incorporación.
- El establecimiento de acuerdos, convenios y/o compromisos para su constante participación.

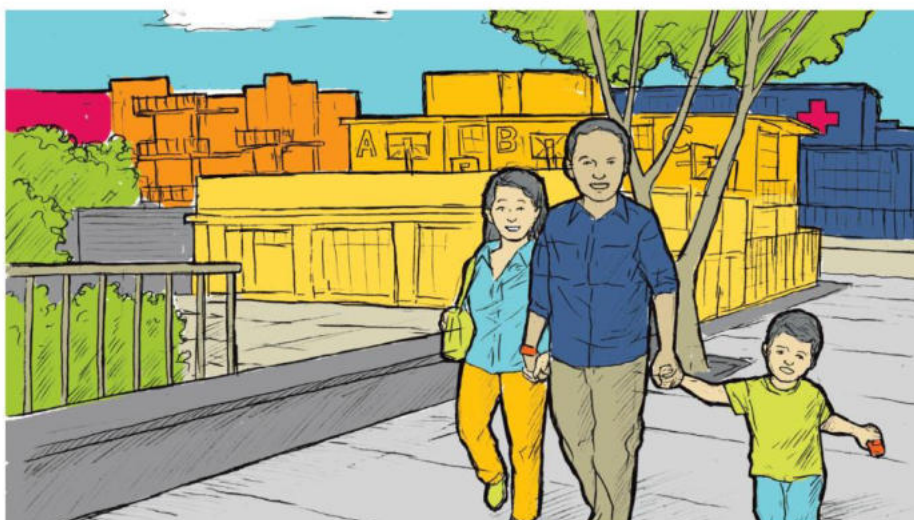
❗
Para la reinserción social del usuario debes motivar el uso de redes de apoyo social que se requieran.

Algunos ejemplos de recursos o redes de apoyo que pueden facilitar la rehabilitación y reinserción social del usuario son:



Como ya se mencionó, las acciones centrales para promover la reinserción social del usuario se basan en las áreas: laboral, económica, emocional, relacional y salud. Para desarrollar los objetivos de estas áreas se requiere plantear un **programa individualizado** que considere las características, dificultades, necesidades, intereses y posibilidades de los usuarios y que establezca las estrategias de intervención adecuadas.

➤ ESTRATEGIAS PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL



- Fomentar el contacto con ambientes sanos y acciones que promuevan la salud. Por ejemplo asistir a centros deportivos, gimnasios, cursos y talleres artísticos, asociaciones y grupos de senderismo, etcétera.
- Promover hábitos útiles para prevenir enfermedades. Por ejemplo mantener una higiene adecuada; si se padece alguna enfermedad tratarse adecuadamente, tomar la medicación pre-escrita por el especialista, llevar una nutrición balanceada, promover una salud sexual, etcétera.
- Promover el abandono de actividades delictivas y mantenerse al corriente de su situación legal o jurídica así como resolver los problemas consecuentes.
- Asesorar sobre posibilidades para resolver problemas legales.
- Fomentar el contacto y la cercanía con la familia a través de las herramientas obtenidas durante el proceso terapéutico y de rehabilitación.
- Motivar la incorporación a ambientes sociales como la pertenencia a ciertos grupos, mantener contacto con amigos que no consumen drogas, promover la convivencia con compañeros abstemios para realizar actividades de interés común.
- Favorecer el contacto con redes sociales, familiares y de salud.
- Promover la satisfacción de las necesidades básicas: vivienda, alimentación y vestido.
- Proponer la mejora de habilidades personales como la autoestima, comunicación asertiva, toma de decisiones, control emocional, manejo del estrés, etcétera.
- Cuestionar y reducir la identidad e imagen arraigada de ser consumidor.
- Elaborar un programa de actividades para la reinserción social contemplando horarios, requisitos, direcciones y costos.
- Promover la incorporación de hábitos positivos y saludables (alimentación, sueño o ejercicio físico).
- Fomentar la responsabilidad y capacidad de decisión.
- Facilitar el conocimiento de las propias capacidades y conductas.
- Fomentar el uso y acceso a recursos comunitarios (sociales, recreativos, espirituales, de ejercitación física, etcétera).
- Fomentar la formación académica.
- Aumentar y disfrutar actividades de ocio y tiempo libre.
- Fomentar el desarrollo de habilidades y conocimientos para la incorporación en el mercado laboral.

Un elemento central del proceso de reinserción social es brindar acompañamiento y retroalimentación al usuario durante los primeros meses de iniciado dicho proceso, a fin de apoyarlo, orientarlo y motivarlo para que fortalezca su confianza y tenga mayores probabilidades de insertarse a su ambiente familiar, social, escolar y/o laboral de manera exitosa.



REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los siguientes incisos:

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.6

a) Escribe un ejemplo de cada uno de los componentes de la rehabilitación y la reinserción social.

REHABILITACIÓN	
COMPONENTES	EJEMPLO
Biológico	
Cognitivo	
Afectivo	
Comportamental	
REINSERCIÓN SOCIAL	
Laboral	
Económica	
Emocional	
Relacional	
Salud	

b) ¿Qué aspectos del usuario debes identificar para establecer redes de apoyo que contribuyan a lograr su reinserción social?

c) Resuelve el siguiente caso:

Jimena tiene dos meses internada en un establecimiento residencial para rehabilitarse por consumo de heroína. Ha tenido una vida complicada pues viene de una familia disfuncional, no terminó la secundaria y estuvo en la cárcel por robo, lo que ocasionó que fuera rechazada por sus familiares y algunos amigos. Antes de estar internada le gustaba mucho bailar, ir a clases de aerobics y asistir a fiestas. Su estancia en el establecimiento ha sido un proceso difícil para ella pero ya fue dada de alta y está lista para reincorporarse a su vida cotidiana. En sesión de consejería individual, Jimena le comenta a su consejera que tiene el temor de fracasar, de no poder mantenerse sola y de ser rechazada nuevamente.

Conforme al caso anterior, ¿qué estrategias crees que la consejera pudiera utilizar para facilitar la reinserción social de Jimena?

LÍNEA 3 **MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN EN ADICCIONES EN MÉXICO**

Enunciar la reglamentación y normatividad ética que regula la consejería.

3.1 REFERENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En México se cuenta con un amplio marco jurídico, integrado en su mayoría por leyes, códigos, normas y reglamentos que regulan desde dos perspectivas principales el problema del consumo de drogas: la oferta y la demanda. En la primera encontramos reglamentaciones que van desde la posesión, manejo, uso y distribución de drogas, hasta la clasificación no sólo de las sustancias, sino incluso de los precursores químicos con los que se elaboran. También encontramos sanciones asociadas a la realización de tareas o actividades bajo el influjo de los efectos de sustancias como los reglamentos de tránsito de las entidades federativas.

En lo que respecta a la demanda, la normatividad existente es menor y en su mayoría es de orden federal, dirigida a establecer criterios y normatividad para la impartición de servicios de atención en adicciones.

Cómo en cualquier parte del mundo, las leyes en nuestro país tienen un orden jerárquico que indica la supremacía de una norma, su validez y relación respecto de las demás normas que se encuentran por debajo de ella. Conocer esta jerarquía ayuda a interpretar lagunas o contradicciones entre una ley y otra. Para resolver estas controversias se aplica lo que establece la ley de mayor jerarquía.



Figura 3.1 Criterios de jerarquía y prioridad en la legislación nacional, con base al modelo de la Pirámide de Hans Kelsen.



Recuerda que las las normas que componen un sistema jurídico se relacionan entre sí y el principio que las rige es la jerarquía.

La pirámide de Hans Kelsen es el ordenamiento jerárquico más usado en a nivel mundial, ya que permite visualizar de forma inmediata cuál ley está por encima de las demás. También pretende eliminar las interpretaciones subjetivas que se puedan hacer sobre las leyes, ya que al establecer esta jerarquía piramidal, de la cima hacia abajo aparecen las leyes en orden jerárquico.

En el primer nivel o nivel fundamental está la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nada ni nadie por encima de la constitución, es decir está por encima del resto, pero además de ello, esta norma cumple con un papel regulador y de unificación entre el resto de las demás normas. El nivel legal tiene tres subniveles, en el primero se encuentran las leyes, códigos, y normas federales; por deo de ellas están las estatales. En el tercer subnivel están las leyes, códigos y reglamentos municipales. El último nivel es el sub legal que es donde se encuentran las ordenanzas, acuerdos, sentencias y reglamentos que no son una ley formal.

Para entender de manera sencilla si una ley está por encima o por debajo de otra, y cuál de ellas tiene mayor jerarquía, hay que ubicarla en la pirámide: la que se encuentre por encima es la que tiene mayor jerarquía y la que está por debajo se debe ceñir a esa superior. En el caso de que dos leyes estén en el mismo nivel, ambas tienen el mismo orden de importancia.

Si alguna ley, norma, código o reglamento está por debajo de otro, no significa que puedan incumplirse. Toda la legislación mexicana es de cumplimiento obligatorio; la pirámide solo ayuda para resolver una controversia entre dos leyes, aquella que esté encima en la pirámide será la de mayor orden jerárquico.

Como en cualquier situación de prestación de servicios, en nuestro país, los establecimientos residenciales están obligados a observar la normatividad vigente que para el caso aplique, lo mismo que a tener reglamentos y normatividades propias, aunque ninguno de estos, está por encima del marco jurídico de referencia.

Por tratarse de un tema de atención de la salud, la regulación de los establecimientos de acuerdo al orden jerárquico que acabamos de revisar, se enmarcan en un inicio en el tema constitucional del derecho a la salud.

3.1.1 DERECHO A LA SALUD

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 es la norma suprema de todo el sistema jurídico mexicano, lo que significa que regula la vida nacional y no hay ninguna otra ley, código o norma que la exceda. En su artículo primero reconoce el derecho a garantizar la individualidad y la igualdad entre mujeres y hombres de nuestro país.

"Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece."

Específicamente, la Constitución en el artículo 4º, párrafo tercero garantiza el derecho a la salud para todos los mexicanos, el cual establece el acceso a la salud e incluye a la salud mental.

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".



El art. 4º de la Constitución establece el derecho fundamental para todos los mexicanos de recibir atención en la salud tanto física como mental.

Por su parte la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, a la cual México se adhiere y firma, promulga en su artículo segundo:

"Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía."

3.1.2 ASPECTOS JURÍDICOS EN LA ATENCIÓN DE ADICCIONES

Las leyes, códigos, normas y reglamentos contenidos en la legislación nacional que el consejero en adicciones debe observar son aquellas de carácter obligatorio para la prestación de servicios de atención a los usuarios.

La Ley General de Salud (LGS) es el instrumento jurídico que reconoce la adicción como problema de salud y a su vez establece los criterios para realizar la prevención, rehabilitación y tratamiento de las adicciones para el sector público, privado y social. En esta ley se establecen las bases jurídicas para hacer efectivo el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Reconoce a la Secretaría de Salud y a otras instituciones de gobierno para que sean las encargadas de dirigir y desarrollar los programas dedicados a contrarrestar el problema de las adicciones. Es la LGS quién decreta la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), órgano de gobierno encargado de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones, así como de coordinarse con todas las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil para: “la prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes”. También decreta la creación del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y de los Consejos Estatales contra las Adicciones.

El **Código Penal Federal** en su Título Séptimo establece los delitos contra la salud; en el Capítulo I hace referencia sobre las penalizaciones que alcanza la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos. En nueve artículos se establece cárcel de 5 hasta 15 años por ser cómplice en el resguardo, transporte, siembra y manejo de las drogas o estupefacientes prohibidos por la ley. Las penas que considera aplicables a quién encuentre culpable de los delitos contra la salud van de 1 hasta 25 años; y multas de 40 a 500 días de salario. Estas penas se agravan y se pueden duplicar cuando los delitos son cometidos por funcionarios públicos, en centros educativos o centros asistenciales.

En el artículo 199 se establece que aquellas personas que sean detenidas con una dosis mínima para su consumo, deberán ser remitidas al ministerio público y ser tratadas como “enfermos dependientes” y no como delincuentes. Esta ley faculta a los jueces para que envíen a los detenidos a los centros residenciales en la modalidad de ingreso obligatorio para recibir tratamiento en las adicciones.

La **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación** en el Capítulo II establece las medidas para prevenir la discriminación, las cuales se deben tomar en cuenta durante el tratamiento en adicciones:

ARTÍCULO	REFERENTE A
VII	No negar el servicio
XI	No impedir la impartición de justicia
XIII	No atentar contra la dignidad
XXI	No limitar los derechos a la alimentación
XIII	No dar trato abusivo
XXVII	No promover el maltrato por la preferencia sexual

Tabla 3.1 Capítulo II de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

La **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres** obliga a los centros de tratamiento residencial en adicciones a otorgar servicios sin discriminar por pensar diferente, vestir o ser de orientación sexual distinta.

- Garantiza la igualdad de oportunidades para recibir atención y formar parte de los establecimientos.
- Enfatiza la necesidad de considerar en el tratamiento las necesidades específicas por las diferencias sexuales.



Esta ley se considera de observancia obligatoria en el ámbito público y privado, incluyendo las asociaciones civiles.

ASPECTOS JURÍDICOS

INSTRUCCIONES: A continuación se enlista la legislación que debes tomar en cuenta para el tratamiento de los usuarios. Explica brevemente y con tus palabras la relevancia de cada una de ellas.

LEYES Y CÓDIGOS	EXPLICACIÓN
Ley General de Salud	
Código Penal Federal	
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.1



DERECHO A LA SALUD

INSTRUCCIONES: Contesta lo que se indica en los incisos a) y b); posteriormente coméntalas con el grupo.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.2

a) ¿Por qué es importante que existan leyes que garanticen el derecho a la salud en México?

b) ¿Cómo se vincula la Declaración Universal de los Derechos Humanos con la atención a usuarios de alcohol, tabaco y otras drogas en un centro de tratamiento residencial?

3.1.3 NORMAS OFICIALES MEXICANAS QUE REGULAN LOS DERECHOS DE USUARIOS

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son las regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros para regular sus actividades.

La atención en las adicciones por parte del sector público, privado o social está regulada en la Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual establece los procedimientos y criterios para la atención de las adicciones en las modalidades ambulatoria y residencial.

Existen otras normas que le atañen pero no son específicas en adicciones. Cualquier actividad técnica que se derive de la prevención, atención y rehabilitación en las adicciones, debe hacerse con base en la norma que esa actividad requiera.

La aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas, no son una decisión del establecimiento, sino una obligación que establece la ley, para regular servicios, cantidades, requerimientos y valores.

La NOM-028 en los apartados 5 y 9 establece las bases del tratamiento para establecimientos residenciales.

DERECHO	DESCRIPCIÓN
Atención inmediata	Recibir atención inmediata en caso de emergencia durante el tratamiento y ésta debe notificarse al familiar o persona significativa.
Solicitar y recibir información	Derecho de la familia o persona significativa para solicitar y recibir información sobre el estado general, evolución y recuperación de su familiar durante el tratamiento.
Trato digno	Recibir un trato digno durante el tratamiento; no deben utilizarse procedimientos que atenten contra la dignidad e integridad física y mental del usuario.

Tabla 3.2 Bases del tratamiento para establecimientos residenciales.

En el apartado 5 de generalidades, describe de manera puntual las obligaciones principales que los establecimientos de atención especializada en adicciones en modalidad residencial deben cumplir, dentro de las cuales destacan:

OBLIGACIONES DEL ESTABLECIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Organización interna	Contar con el aviso de funcionamiento, con el registro ante CONADIC como institución especializada, con un programa de trabajo aprobado por esta institución, con un reglamento interno, con manuales técnico-administrativos y con una guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos.
Infraestructura del establecimiento	Contar con instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones de acuerdo con el tipo de modelo de atención, instalaciones específicas necesarias para dar atención a usuarios, estableciendo la división de acuerdo con la edad y el sexo.
Personal	Contar con personal capacitado y suficiente para llevar a cabo las funciones del establecimiento.

Tabla 3.3 Principales obligaciones del establecimiento. Apartado 5 NOM-028.

OBLIGACIONES DEL ESTABLECIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Programa de atención integral	Debe comprender un ambiente físico apropiado, limpio y seguro; tratamiento médico y/o psicosocial, alimentación balanceada, de buen aspecto y en cantidad suficiente; ambiente y acciones que promueven la participación activa del usuario. El personal vigila, protege y da seguridad a los usuarios; la relación del personal con los usuarios se basa en el respeto a su persona, a sus derechos y sus pertenencias; el establecimiento proporciona un servicio de quejas y sugerencias, promueve la participación de la familia e informa sobre el costo y duración del tratamiento. Toda medicación debe ser prescrita y registrada en el expediente clínico; todo usuario que ingrese con prescripción médica debe tener continuidad en su terapéutica. Toda información proporcionada debe manejarse bajo normas de confidencialidad, la información del tratamiento no se revelará si no es con el consentimiento escrito del usuario, en ningún tratamiento se permitirán grabaciones de audio, video o fotografías sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado. El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para referencia de usuarios en situación de urgencia, tratamiento y rehabilitación, avalado por el CONADIC.
Notificar al SISVEA	Notificar mensualmente al SISVEA para cada usuario de nuevo ingreso.
Ingreso de usuarios	El ingreso a establecimientos con modelos profesional y mixto puede ser voluntario, involuntario u obligatorio; en el de ayuda mutua es estrictamente voluntario pudiendo darse el ingreso obligatorio si son establecimientos reconocidos por CONADIC. El ingreso voluntario requiere solicitud del usuario por escrito y si es menor de edad solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor. El ingreso involuntario son usuarios que requieren atención urgente o representan peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás: requiere indicación de un médico y solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, puede ingresar por indicación escrita del médico del establecimiento. Todo internamiento involuntario debe ser notificado por el responsable al Ministerio Público en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión; el ingreso obligatorio se realiza por solicitud de la autoridad legal competente. Tratándose de un menor solo se le ingresa si existen programas y espacios adecuados e independientes de acuerdo a edad y sexo o se le refiere.
Egreso del usuario	El egreso puede ser por los siguientes motivos: haber cumplido los objetivos del internamiento, traslado a otra institución, a solicitud del usuario, con aceptación de los casos de ingresos obligatorios o involuntarios; a solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y consentimiento del usuario; abandono del servicio; disposición de la autoridad legal competente y defunción.

En el apartado 9 se abordan las condiciones mínimas indispensables, para la otorgación de servicios de atención en tratamiento en establecimientos especializados en adicciones.

Tabla 3.4
Apartado 9 NOM-028.

CONDICIONES MÍNIMAS INDISPENSABLES PARA LA OTORGACIÓN DE SERVICIOS	
ESTABLECIMIENTOS MIXTOS Y PROFESIONALES	ESTABLECIMIENTOS DE AYUDA MUTUA
Al ingreso se debe realizar: Examen clínico, nota de ingreso, historia clínica, exámenes mínimos indispensables, revisión por médico responsable y equipo interdisciplinario, exámenes complementarios, impresión diagnóstica, plan terapéutico y el pronóstico, en un plazo no mayor de 48 horas.	Al ingreso se debe realizar: - Revisión física para detectar golpes o heridas que requieran atención médica inmediata e informar a la autoridad competente. - Preguntar malestares físicos o mentales actuales. - En caso severo de intoxicación o síndrome de abstinencia, referir inmediatamente para atención profesional. - Valoración por médico en periodo no mayor de 48 horas, - Llenar hoja de ingreso o reingreso. Para menores de edad: - Se requiere la firma del consentimiento informado por parte del padre, tutor o quien ejerza la patria potestad o representante legal. - En el caso de no contar con espacio físico y programa para menores de edad, derivar al usuario para recibir tratamiento en aquel establecimiento que cuente con ambos criterios. - En el caso de menores abandonados, el director del establecimiento deberá obtener la tutela provisional ante la autoridad competente mientras dura el tratamiento de dicho menor. - No admitir personas que requieren otro servicio que no se atiende (consumo); no negar ingreso ante comorbilidad que ingieren medicamentos y tienen condición médica y/o psiquiátrica controlada.

CONDICIONES MÍNIMAS INDISPENSABLES PARA LA OTORGACIÓN DE SERVICIOS

ESTABLECIMIENTOS MIXTOS Y PROFESIONALES	ESTABLECIMIENTOS DE AYUDA MUTUA
Durante la estancia: • Visita médica tres veces por semana sin que existan patologías físicas, o si las hay de acuerdo a severidad, valoración del estado clínico. • Interpretación de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete. • Revisión del diagnóstico y tratamiento. • Solicitud de interconsulta, de ser necesario. • Elaboración de la nota diaria de evolución. • Si no se cuenta con la capacidad de resolución suficiente, hacer la referencia del usuario para ser atendido en otro establecimiento o centro de salud. • Recibir e integrar la contrarreferencia al expediente del usuario.	Durante la estancia: • Suministrar medicamentos sólo bajo prescripción médica. • En accidente o emergencia, proporcionar primeros auxilios y asegurar inmediata atención médica. • Proporcionar toda información solicitada sobre estado general, evolución o recuperación. • No utilizar procedimientos contra la dignidad o la integridad física y mental.
Al egreso: • Valorar estado clínico. • Ratificar o rectificar el diagnóstico final (CIE-10 y/o DSMIV-TR). • Elaborar pronóstico. • Referir siempre a seguimiento ambulatorio para tratamiento de consumo de drogas. • Elaborar nota clínica de egreso, informando plan de egreso.	Al egreso: • Llenar hoja de egreso que contenga los datos generales, la firma de conformidad del fin del tratamiento del usuario y familiares. • En casos de menores de edad, entregar al usuario al familiar, padre, tutor o representante legal. • En el caso de usuarios con ingreso obligatorio, informar a la autoridad competente si finalizó el tratamiento o si se remite a otro establecimiento para continuar con el tratamiento.

El hecho de que usuarios lleguen aún en estado de intoxicación o presentando el síndrome de abstinencia, motiva que algunos establecimientos decidan realizar el proceso de desintoxicación sin contar con el personal especializado, basándose solamente en la propia experiencia.

Este procedimiento incumple lo dispuesto en la NOM-028, referente al procedimiento técnico adecuado para la desintoxicación, pero además incurre en un delito grave establecido en el Código Penal Federal, pues en su artículo 197 precisa que suministrar algún medicamento o droga por cualquier vía, sin la prescripción de un médico legalmente autorizado, se impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días de multa.

En el apartado 2 respecto de las referencias de la NOM-028, se aclaran las normas que tienen que ser observadas simultáneamente por tener una relación directa con la atención de personas en tratamiento ambulatorio o residencial.

La persona que proporcione el tratamiento de desintoxicación, sin el uso adecuado del protocolo que obliga la NOM-028, no solo incumple esta norma, sino que podrá ser denunciada ante la autoridad penal federal correspondiente.

- **NOM-001-SSA2-1993.** Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
- **NOM-009-SSA2-1993.** Para el fomento de la salud escolar.
- **NOM-010-SSA2-1993.** Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- **NOM-017-SSA2-2012.** Para la vigilancia epidemiológica.
- **NOM-025-SSA2-1994.** Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica.
- **NOM-039-SSA2-2002.** Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- **NOM-004.** Del expediente clínico.
- **NOM-178-SSA1-1998.** Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- **NOM-197-SSA1-2000.** Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.



Tienes la responsabilidad y obligación de conocer y manejar las normas oficiales mexicanas que aplican para la rehabilitación de las adicciones. Estas normas son las contenidas en el Apartado 2 de la NOM- 028.

De estas nueve normas las que impactan directamente en los servicios de atención residencial son las siguientes:

NORMAS	RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.	Establece los criterios para controlar y prevenir el VIH. Para el caso de los usuarios de drogas inyectables, establece la prevención y control para el uso de jeringas y para los usuarios de diversas drogas, así como para el uso de protección durante las relaciones sexuales.
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.	Establece que se debe realizar la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.

Tabla 3.5 Normas que impactan directamente en los servicios de atención residencial.

NORMAS	RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica.	Establece la continuidad del tratamiento con calidad, calidez y pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.
NOM-004 Del expediente clínico.	Establece criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Como ya se mencionó, la NOM-025 regula los derechos de los pacientes y la NOM-004 establece los criterios para integrar el expediente clínico en los establecimientos residenciales; ambas normas son de utilidad para la consejería en adicciones.

La **NOM-025** aplica para el tratamiento en adicciones, ya que en la Ley General de Salud se define como atención de las enfermedades mentales: “A la atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas”.

Tabla 3.6
Trato que debe
recibir el usuario.
NOM-025
apartado 8.

EN LA NOM-025 EN EL APARTADO 8 SE ESPECIFICA EL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL USUARIO	
DERECHO	DESCRIPCIÓN
Trato digno	Ser tratado con dignidad y no ser sujeto de discriminación.
Ambiente seguro	Conocer las normas del establecimiento, y estar en un ambiente seguro que garantice el trato humano y el buen desarrollo durante la estancia de la rehabilitación.
Recibir información	Recibir información veraz y comprensible sobre su diagnóstico.
Recibir atención médica especializada	Recibir atención médica especializada y que ésta se apegue a la ética; puede solicitar revisión de su caso clínico.
Prescripción médica	Que el medicamento sea prescrito por un especialista autorizado por la ley.
Confidencialidad	Que su información sea manejada bajo normas de confidencialidad.
Libertad de decisión	Que pueda negarse a ser explotado o a participar en alguna investigación.
Recibir visitas	Comunicarse libremente y recibir visitas; puede tener contacto con su pareja y familia, la cual participa en el tratamiento.
Participar en programas ocupacionales	Participar en programas ocupacionales que le permitan tener una retribución justa.
No ser sometido	No ser sometido a restricciones físicas o reclusión involuntaria, salvo las que contempla la misma norma.
Asistencia religiosa	Recibir asistencia religiosa.

Esta norma también aplica porque las adicciones no son padecimientos que sucedan en forma aislada, sino que suelen presentarse en comorbilidad con otros problemas mentales, como ya se vio en el punto 2.3.2 de este manual.

La NOM-004 es de observación obligatoria para todos los establecimientos que presten servicios de salud. En ésta se especifican los datos con los que debe contar el expediente clínico (nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, domicilio). También establece los criterios del contenido de la historia clínica como son la entrevista o interrogatorio, exploración física, estudios previos, diagnóstico, pronóstico, nota evolutiva, estudios auxiliares al diagnóstico, tratamiento, criterios diagnósticos, notas de referencia y contrarreferencia entre otros.

NOM VINCULADAS A LAS ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Relaciona las NOM con la correspondencia que tienen con el tratamiento residencial.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.3

NORMA		RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
a) NOM-025	()	Establece criterios científicos, éticos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.
b) NOM-004	()	Establece que se debe realizar la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población.
c) NOM-010	()	Establece los procedimientos y criterios para la atención de las adicciones en las modalidades ambulatoria y residencial.
d) NOM-178	()	Establece los criterios para controlar y prevenir el VIH. Para el caso de los usuarios de drogas inyectables, establece la prevención y control para el uso de jeringas.
e) NOM-017	()	Establece la continuidad del tratamiento con calidad, calidez y pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.
f) NOM-028	()	

3.2 MARCO ÉTICO DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

La Secretaría de Salud, a través de la CONADIC y el CENADIC, elaboraron un código de ética y conducta dirigido a consejeros que trabajan en establecimientos residenciales que proporcionan servicios de atención y rehabilitación de adicciones en nuestro país.

3.2.1 CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA PARA LA CONSEJERA Y EL CONSEJERO EN ADICCIONES

El Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones contribuye a mejorar la calidad del servicio; ofrece las bases sobre cómo debe comportarse el consejero en su labor, considerando su experiencia vivencial y haciendo uso de mejores recursos teórico-prácticos para el desempeño de la consejería en adicciones.

Es aplicable a las características y al nivel de operación de los establecimientos y/o centros de tratamiento residencial para la atención de las adicciones en todo el país; asimismo, promueve evitar la aparición de conductas indeseables en la práctica de la consejería y la comisión de faltas a la ética establecida.

El Código no es exhaustivo y no proporciona respuesta a todas las preguntas ni a todas las situaciones que puedan presentarse en el desarrollo de la consejería en los establecimientos residenciales de tratamiento y rehabilitación, por lo que es necesario que los consejeros busquen orientación cuando surjan dudas sobre lo que deben hacer para cumplir con los valores y conductas que se espera de ellos, ya sea con la dirección y/o responsable del establecimiento, o con los integrantes del equipo multidisciplinario. También es recomendable que soliciten asesoría en los Secretariados Técnicos de los Consejos Estatales contra las Adicciones o en la instancia sanitaria correspondiente.

Es un referente normativo que homologa los siguientes valores y principios de comportamiento.

► DECÁLOGO DE VALORES Y PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

Un valor se define como la asignación arbitraria de una cualidad a un hecho, conducta o persona; de tal manera que lo que a una persona le resulta valioso, para otra puede no serlo.

Los valores que la consejería en adicciones en México debe considerar son:

Figura 3.2 Valores de la consejería.

1	RECUPERACIÓN SOCIAL	6	JUSTICIA
2	ABSTINENCIA	7	TRANSPARENCIA
3	BIEN COMÚN	8	HONRADEZ
4	IGUALDAD	9	INTEGRIDAD
5	IMPARCIALIDAD	10	RESPECTO

VALORES DE LA CONSEJERÍA

INSTRUCCIONES: Lee los siguientes dilemas y contesta las preguntas que se plantean; para ello consulta el código de ética y conducta incluido en el Estándar. Posteriormente comenta con el grupo tus respuestas.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.4

a) Fernando es consejero de Karla quien es consumidora de heroína. Un día él se da cuenta que sigue consumiéndola a escondidas y Karla le promete que ya no lo hará, pero que no le cuente a sus padres. En una sesión de consejería familiar, sus padres le preguntan sobre los avances y hacen énfasis en saber si Karla no ha tenido recaídas. Fernando decide decirles la verdad pero hace énfasis en el compromiso que Karla hizo en no volver a consumir.

- ¿Qué valor o valores está(n) implícito(s) en la actuación de Fernando?
- ¿Qué es más importante, la lealtad hacia el usuario o la integridad y honestidad hacia los familiares?
- ¿Qué hubieras hecho en el lugar de Fernando?

b) Tomás es consejero en adicciones y en una ocasión dos usuarios le pidieron que les concediera privilegios especiales; uno de ellos le ofreció dinero y el otro no. Tomás necesita dinero para comprar un medicamento para su hija, por lo que decide otorgar el privilegio al que se lo ofreció.

- ¿Qué valor no se está reflejando en la actuación de Tomás?
- ¿Crees que existan ocasiones en que un consejero deba privilegiar sus intereses por encima de los de los otros? ¿Por qué?

c) Ismael participa en la administración de un establecimiento residencial y es responsable de darle mantenimiento. Una de las áreas necesita ser pintada, por lo que se compran cuatro galones de pintura, de los cuales se utilizaron tres. Ismael le dice a Juan, un amigo muy querido desde la infancia, que le sobró un galón de pintura; Juan le pide que se lo regale para pintar su cuarto. Ismael sabe que debe cuidar los recursos del establecimiento.

- Si estuvieras en el lugar de Ismael, ¿qué harías?
- ¿Qué valor debe prevalecer, ¿la solidaridad entre amigos o la transparencia?

d) Patricia es consejera de un establecimiento residencial y recibe a Susana, una adolescente que se quiere rehabilitar. En su primer contacto, Susana menciona que

tiene una novia; Patricia no está de acuerdo con estas preferencias sexuales por lo que trata de remitirla a otro establecimiento, aún sabiendo que aquí la pueden atender.

- ¿Qué valor no se está reflejando en la actuación de Patricia?
- ¿Crees que la actuación de Patricia es la adecuada? ¿Por qué?

PRINCIPIOS DE COMPORTAMIENTO

Este apartado se divide en cinco incisos que especifican los comportamientos esperados para cada área del desarrollo profesional de la consejería en adicciones.

Tabla 3.7
Principios de
comportamiento de
la consejería.

INCISO	DESCRIPCIÓN	COMPORTAMIENTO SEGÚN NUMERALES
A Se encarga del desarrollo de la consejería.	Cuenta con 18 numerales que reflejan los principales comportamientos que posibilitan desarrollar de manera ética la consejería.	El 1 y el 18 promueven la importancia de apearse a las normatividades vigentes, ya sean nacionales, estatales o municipales. El 15 y 16 señalan mantener la abstinencia al participar en actividades del proceso de consejería, debido a que la técnica del modelamiento (el consejero muestra al usuario cómo comportarse) es fundamental en la consejería.
B Se establecen los comportamientos esperados en la relación con el usuario y la familia.	Cuenta con 10 numerales donde se establece la interacción social con el usuario y la familia.	El 3 señala el derecho que tiene tanto el usuario como la familia a la retroalimentación sobre el proceso de rehabilitación. El 4 señala que bajo ninguna circunstancia se podrá dar malos tratos al usuario o familiares, aunque fueran éstos últimos los que hayan ofendido al consejero. En el 6 se señala la imposibilidad de tener una relación de pareja o enamoramiento con los usuarios. En el 7 se señala el rechazo a ayudar al usuario a escaparse.
C Se precisa cuáles son los comportamientos en el ámbito laboral que garantizan una consejería profesional en adicciones.	Contiene 8 numerales que permiten una relación laboral armoniosa y que desarrollan un agradable ambiente de trabajo.	En el 2 se establece la necesidad de una relación amable con todo el equipo de trabajo. En el 4 se prohíbe hacer mal uso de la información obtenida en la consejería. El 7 señala la necesidad de contribuir a la solución de conflictos, en vez de generar problemas.
D Establece la participación en procesos de capacitación y formación de recursos humanos.	Cuenta con 4 numerales.	En lo general invitan a participar en el desarrollo de conocimientos y destrezas y a motivar a los demás compañeros del equipo a lograr el mayor éxito posible en el proceso de consejería en adicciones.

INCISO	DESCRIPCIÓN	CONDUCTA SEGÚN NUMERALES
E Se establece la relación con otros servicios de atención, fomenta la cordialidad, colaboración y coordinación que debe desarrollarse en la consejería.	Cuenta con 5 numerales.	El 1 solicita el apoyo a la dirección del establecimiento para realizar contactos con otras instituciones que ayuden al proceso de rehabilitación. En el 4 se prohíbe aceptar regalos de proveedores para evitar malas interpretaciones.

CONFIDENCIALIDAD

En la rehabilitación de adicciones, el usuario deposita en el consejero información personal sobre su vida, gustos, personas significativas, errores, aciertos, disgustos. Estos datos son sensibles a ser mal utilizados, para ello diversas leyes, códigos y normas garantizan su manejo confidencial.

Las leyes y normas que garantizan la confidencialidad son:

LEY/NORMA	GARANTÍA
Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares	El aviso de privacidad tiene como propósito principal hacer del conocimiento del titular de los datos personales, primero, que su información personal será recabada y utilizada para ciertos fines, y segundo, las características del tratamiento al que serán sometidos sus datos personales. Lo anterior con el fin legítimo de que el titular tome decisiones informadas con relación a sus datos personales y controle el uso de su información personal.
Ley General de Salud, artículo 77 bis 37, inciso X	El derecho del beneficiario del servicio de salud a ser tratado con confidencialidad.
NOM-028 numeral 5.2.4.12	Toda información proporcionada por el usuario y/o familiares debe manejarse confidencialmente.
NOM-028 numeral 5.2.4.13	No revelar la información del tratamiento a menos que sea solicitada por la autoridad competente.
NOM-028 numeral 5.2.4.14	Solicitar la autorización por escrito del usuario en el caso de hacer uso de registro por medio de foto, video o audio.
NOM-004 numerales 5.3, 5.4, 5.5	El manejo de la información del expediente debe apegarse a los criterios de confidencialidad que establecen las leyes nacionales.
NOM-025 numeral 4.6.3	Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.
Código de Ética y Conducta de la Consejería en Adicciones Inciso A, numeral 10	"Guardar con la mayor confidencialidad la información relativa a los usuarios y sus familiares (...)"

Tabla 3.8 Leyes y normas que garantizan la confidencialidad.

➤ PRÁCTICAS INADMISIBLES EN LA CONSEJERÍA DE LAS ADICCIONES

Una práctica inadmisibles es cualquier acto u omisión que genera en el usuario resistencia en la motivación y decisión para abandonar la adicción, o que provoca resistencia para mantener la sobriedad.

Durante el proceso de rehabilitación en adicciones, se identifican malas prácticas, que son aquellas que lejos de apoyar a la recuperación generan resistencias en el usuario y por lo tanto retrasan la decisión y motivación para mantenerse sobrio.

Al obtener como resultado final la rehabilitación, aun habiendo utilizado malas prácticas, algunos consejeros pueden concluir que éstas funcionan; sin embargo, son contrarias a los hallazgos científicos en el tratamiento de las adicciones. Las leyes, códigos, normas y reglamentos nacionales que rigen la rehabilitación en las adicciones las consideran inadmisibles. Estas prácticas son en esencia, un mal manejo de la técnica y conocimiento para la rehabilitación en las adicciones.

Algunas prácticas inadmisibles son:

- Involucrarse emocional y/o sexualmente con el usuario.
- Someter al usuario a través de amenazas y/o violencia física.
- Someter al usuario sexualmente (todas las modalidades de abuso y violencia sexual).
- Aplicar el ayuno obligado u ofrecer alimentos en mal estado como medida de control y manejo del usuario.
- Encierro y/o aislamiento como medida de control y manejo del usuario.
- Responder con violencia física o verbal ante provocaciones del usuario, o sin haber sido provocado.
- Castigos físicos para disciplinar (trabajos forzados).
- Evidenciar, humillar, ofender y denigrar al usuario frente a los demás (aún ante una actividad de la tribuna o de las propias técnicas del establecimiento).
- Prohibir la comunicación del usuario con su familia o persona significativa.
- Chantajear y manipular al usuario para recibir beneficios económicos, propiedades o bienes a favor del consejero.
- Sermonear u ofender para "motivar el cambio" y dirigirse al usuario con malas palabras.
- Bañar con agua fría para someter.
- Amarrar, encadenar, golpear, morder, o patear al usuario.
- Cualquier conducta señalada como prohibida en la legislación nacional.

PRÁCTICAS INADMISIBLES

INSTRUCCIONES: Lee la siguiente situación e identifica las prácticas inadmisibles que se describen. Posteriormente comenta con el grupo tu respuesta.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.5

Alejandro se encuentra en un establecimiento residencial para rehabilitarse en el consumo de drogas; le ha costado trabajo seguir las reglas y no responde al tratamiento. Personal del establecimiento lo han visto consumir cocaína, es muy violento con sus compañeros por lo que decidieron que lo más conveniente para evitar que los siga golpeando es encerrarlo en una habitación por una semana y aislarlo de todos como medida de control. Pasada la semana, en el comedor comienza a escupir la comida diciendo que no quiere comer nada, así que le toman la palabra y lo dejan sin comer 3 días, esperando que pasando este tiempo tenga hambre.

¿Qué prácticas inadmisibles identificas en la situación?

RECAPITULANDO

En este módulo se habilitó al consejero para transmitir información certera y actualizada de los daños que el consumo de drogas ocasiona en la salud; para identificar los múltiples factores que ocasionan y previenen el consumo desde la perspectiva individual, familiar y social; y para que establezca acciones colaborativas que contribuyan a que el tratamiento y rehabilitación del usuario tenga resultados alentadores y con miras al logro de la reinserción social.

Su labor debe apegarse a normas, principios y valores para garantizar la impartición de un servicio de calidad y el trato digno al que tiene derecho todo individuo que solicite tratamiento para atender su problema de adicción.

En el siguiente módulo el consejero se habilitará en la aplicación de herramientas de valoración, para que al precisar aspectos de magnitud del daño contribuya con el equipo multidisciplinario para proponer y tomar decisiones de atención y referencia oportuna así como para aplicar ejercicios de intervención en consejería individual, grupal y familiar, con el fin de trabajar factores asociados a la ocurrencia del consumo que posibiliten la rehabilitación y reinserción social del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Proyecto Hombre. (2003). *Manual del Programa: A Tiempo*. España: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ayala Velázquez, H. y Echeverría San Vicente, L. (2001). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Becoña-Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela, Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. (2011). *Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 Brindar Consejería en Adicciones en Establecimientos con modalidad residencial*. México.
- Código Penal Federal*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2011). *Drogas Emergentes. Informes de la Comisión Clínica*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos y Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. (2014). *Estándar Mexicano de Competencias del Consejero en Adicciones*. México: CICAD, OEA, CONADIC.
- Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos. (2012). *Manual del Consejero en Adicciones. Basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 Brindar Consejería en Adicciones en Establecimientos con Modalidad Residencial*. México: CONADIC, CENADIC y OEA.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de febrero de 2014.
- Declaración Universal de Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2005). *Mujer y adicción, aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. España: Doblehache Comunicación.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2009). *Enfoques para el tratamiento de la drogadicción*. En NIH. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 14 de noviembre de 2013.
- Ley General de Salud*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. En: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. *Del expediente clínico*. Secretaría de Gobernación. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Guía del comunicador. Información para prevenir adicciones*. México: UNODC.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). CIE-10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Técnicas Gráficas Forma.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). *Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: Una revisión bibliográfica*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16(1), 172-196.
- Sánchez, L. y Zertuche, F. (2011). *Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones*. México: CICAD-OEA, CONADIC.
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: Progreso.
- Tezanos, J. F. (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clase y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

"Manual del Consejero Tomo I"

Primera edición: julio 2014.

D.R. © Secretaría de Salud.

Centro Nacional para la Prevención y control de las Adicciones.

Av. Paseo de la Reforma No. 450, Piso 10
Col. Juárez, 06600 México, D.F.

www.salud.gob.mx
www.conadic.salud.gob
www.cenadic.salud.gob.mx

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en este programa".

Impreso y hecho en México.

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Mercedes Juan
SECRETARIA DE SALUD

Dr. Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Dr. Pablo Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Lic. Marcela Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dr. Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Dr. José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Dr. Fernando Cano Valle
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA
DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Lic. Rodrigo Reina Liceaga
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Dra. Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Lic. Carlos Sandoval Leyva
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez
DIRECTOR GENERAL DEL CENADIC

DIRECTORIO

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS
AMERICANOS (OEA)

COMISIÓN INTERAMERICANA
PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD)

Embajador José Miguel Insulza

SECRETARIO GENERAL DE LA OEA

Embajador Albert R. Ramdin

SECRETARIO GENERAL ADJUNTO

Embajador Adam Blackwell

SECRETARIO DE SEGURIDAD MULTIDIMENSIONAL

Embajador Paul Simons

SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA
PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD)

Lic. Alexandra Hill

JEFA DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Embajador Aníbal Enrique Quiñónez Abarca

REPRESENTANTE DE LA OEA EN MÉXICO

CRÉDITOS

COORDINACIÓN GENERAL

Dr. Fernando Cano Valle. Secretaría de Salud. CONADIC

COORDINACIÓN REGIONAL

Lic. Alexandra Hill. Organización de los Estados Americanos. CICAD

COORDINACIÓN EJECUTIVA

Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez. Secretaría de Salud. CENADIC

Dr. José de Jesús Villalpando Casas. Secretaría de Salud. CONADIC

Mtra. María José Martínez Ruiz. Secretaría de Salud. CENADIC

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Ing. Gabriela Lecona González. Organización de los Estados Americanos. CICAD

COORDINACIÓN OPERATIVA

Mtro. Juan Arturo Sabines Torres. Secretaría de Salud. CENADIC

Lic. Rafael Cortés Fuentes. PROCER México

Lic. Adriana Aráoz Ponce. PROCER México

ELABORACIÓN Y DESARROLLO DE CONTENIDOS

Mtra. María José Martínez Ruiz

Mtro. Juan Arturo Sabines Torres

Lic. Rafael Cortés Fuentes

Dra. Lydia Barragán Torres

Lic. Xóchitl Q. Mejía Mencías

Lic. Tamara Casillas Álvarez

Lic. Oscar René Fajardo Rodríguez

DISEÑO PEDAGÓGICO E INSTRUCCIONAL

Lic. Blanca Esther Corella Villaseñor

Lic. Verónica Julieta Cario Aguilar

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

D.C.G. María José Flores Velasco

D.C.G. Minerva García Niño de Rivera

ILUSTRACIONES

Rodrigo Valle Lozada

CORRECCIÓN DE ESTILO

Anabell Gabriela García Sánchez

ÍNDICE

MENSAJE DE LA SECRETARÍA	11
MENSAJE DE LA OEA/CICAD	13
PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	17
LÍNEA 1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	21
1.1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES EN MÉXICO	22
1.2 SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO	23
1.3 PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES	27
1.4 ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	30
1.5 PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO	32
LÍNEA 2 CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES	35
2.1 ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	35
2.2 ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES	51
2.3 SALUD MENTAL Y ADICCIONES	60
2.4 VIOLENCIA Y ADICCIONES	68
2.5 PRINCIPALES COMPONENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	73
2.6 COMPONENTES CENTRALES DE LA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL POR CONSUMO DE DROGAS	80
LÍNEA 3 MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN EN ADICCIONES EN MÉXICO	89
3.1 REFERENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES	89
3.2 MARCO ÉTICO DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	101
LÍNEA 4. VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN	113
4.1 INTERÉS Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO: MODELO DE ETAPAS DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE	113
4.2 MANEJO DE LA CONSEJERÍA EN INGRESOS DE TIPO INVOLUNTARIO	123
4.3 VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL CONSUMO	129
4.4 DOCUMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN	148
LÍNEA 5. CONSEJERÍA INDIVIDUAL	157
5.1 FUNCIONES DEL CONSEJERO EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES	157
5.2 PLAN DE CONSEJERÍA INDIVIDUAL	161
5.3 SESIONES DE CONSEJERÍA	168

5.4 RELACIÓN CONSEJERO-USUARIO Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE CONSEJERÍA	177
5.5 ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES	186
5.6 COMPONENTES DE LA CONSEJERÍA	231
5.7 VALORAR EL PROGRESO DEL USUARIO DE ACUERDO CON EL PLAN DE CONSEJERÍA	255
5.8 DOCUMENTACIÓN DEL DESEMPEÑO Y PROGRESO DEL USUARIO EN LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL	263
LÍNEA 6. CONSEJERÍA GRUPAL	269
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA CONSEJERÍA GRUPAL	271
6.2 OBJETIVOS Y METAS DE LA CONSEJERÍA GRUPAL	280
6.3 ELABORACIÓN DEL PLAN DE CONSEJERÍA GRUPAL	281
6.4 TÉCNICAS BÁSICAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL	287
6.5 PROCESO DE DOCUMENTACIÓN EN LA CONSEJERÍA GRUPAL	304
LÍNEA 7. EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	307
7.1 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	308
7.2 EFECTOS, DAÑOS Y CONSECUENCIAS QUE GENERA EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	313
7.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR Y DE OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS	317
7.4 ACTIVIDADES DE APOYO DE LA FAMILIA AL PLAN DE CONSEJERÍA DEL USUARIO	331
LÍNEA 8. CIERRE DE LA CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO	339
8.1 CONCLUSIÓN DE LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR	339
8.2 CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS PARA EL EGRESO, ALTA Y/O BAJA DEL USUARIO	351
8.3 SEGUIMIENTO AL USUARIO AL MES, TRES Y SEIS MESES DEL EGRESO	356
LÍNEA 9. COORDINACIÓN DE SERVICIOS	369
9.1 ACCIONES DE COORDINACIÓN SISTEMÁTICA CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)	370
9.2 ACCIONES DE COORDINACIÓN CON SERVICIOS EXTERNOS DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)	381
9.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS	388
LÍNEA 10. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	395
10.1 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL	396

10.2 ELABORACIÓN DEL DIRECTORIO DE REFERENCIA	407
10.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	410
COMENTARIOS FINALES	413

MENSAJE DE LA SECRETARÍA

Uno de los temas prioritarios para la administración del actual Gobierno Federal, ha sido impulsar una serie de acciones y estrategias sin precedente alguno en el país, en materia de atención y control de las adicciones.

En el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), el gobierno ha dejado de manifiesto su determinación y compromiso por fortalecer las acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud y en específico ha definido como una de sus líneas de acción “reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas”.

De igual forma en el Programa Sectorial de Salud (2013-2018) se han dispuestos estrategias para alcanzar el primer objetivo del programa de consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, para lo cual se ha comprometido, en la Línea de Acción 1.4.4. Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.

Por lo tanto, en el marco de estas políticas públicas, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), y con el invaluable apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos; se ha trabajado en la instrumentación del Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones.

A través de este programa el gobierno mexicano ha dirigido sus esfuerzos al desarrollo y promoción de acciones conjuntas en materia de capacitación del recurso humano que actualmente trabaja en centros residenciales de tratamiento para adicciones, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención y mejorar la oferta de los servicios que actualmente son ofrecidos en nuestro país en materia de tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas.

Para ello, se ha trabajado en el diseño y desarrollo de un plan de estudios en materia de consejería en adicciones, que se ha registrado ante la máxima autoridad educativa del país, a la Secretaría de Educación Pública, aportando recursos teórico-prácticos que sirvan para profesionalizar la labor del consejero.

Este programa es una medida decisiva en la búsqueda de articular la participación de las organizaciones sociales y brindar un impulso a través de la habilitación que les permita obtener una “Certificado” oficial como Consejeros en Adicciones, a

responsables de establecimientos y personas que desde su experiencia personal, participan día a día en la atención de personas con problemas por el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Confío en que el presente material, contribuirá en el marco de la capacitación a consejeros que la Secretaría de Salud realiza, servirá como una aportación más para fortalecer y apoyar el trabajo de la sociedad civil, además de seguir sumando esfuerzos sectoriales e institucionales por un México incluyente, sano y próspero.

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

MENSAJE DE LA OEA/CICAD

El Gobierno Mexicano ha sido un líder importante en la atención del complejo fenómeno de consumo de drogas, especialmente por la implementación de nuevas estrategias para reducir la demanda y el tráfico, priorizando la atención en la capacitación y evaluación de consejeros, muchos de los cuales trabajan voluntariamente en modelos no profesionales de atención y a quienes enaltecemos su compromiso permanente. Del mismo modo, hay un gran compromiso para reforzar la labor que se ha desarrollado y mejorar la calidad de los servicios de los establecimientos que brindan atención a personas con problemas por consumo de drogas.

Con el fin de promover la actualización e instrumentación de un modelo integral para la prevención, tratamiento y reinserción social de las personas con problemas de adicciones, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) en coordinación con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), puso en marcha el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones en el año 2010, integrándose así al "Programa de Capacitación y Certificación para el Tratamiento y Rehabilitación de Drogas y Violencia" (PROCCER).

Como responsables del diseño e implementación de las políticas públicas de atención a las adicciones en México, ambas instituciones han mostrado gran interés en la colaboración conjunta, con el claro objetivo de optimizar la calidad de los recursos humanos no profesionales especializados en el manejo de las adicciones. Adicionalmente, en el marco de la cooperación internacional, el trabajo realizado denota el compromiso bilateral de México y los Estados Unidos de América en materia de reducción de la demanda de drogas.

En términos operativos, este programa ha permitido mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones que emanan de las políticas públicas y contribuir a las labores de planeación estratégica, en especial por brindar elementos reales que den cuenta del estado actual de la infraestructura pública, social y privada encargada de brindar atención en las personas con uso problemático de drogas. Con esto se logra identificar las principales áreas de oportunidad y elementos para los procesos de mejora continua de la calidad.

Con base en el análisis de la información y las necesidades detectadas, se desarrollaron y adaptaron diferentes instrumentos técnico – metodológicos. La informa-

ción derivada de los Manuales del Consejero y Docente así como el Catalogo de lecturas permitirá, a todos los involucrados fortalecer el desarrollo de las competencias necesarias para los consejeros en la mejora de la calidad de tratamiento durante el proceso de rehabilitación de los usuarios y será un importante insumo base de la formación, para obtener el “certificado” de la capacitación en consejería en adicciones, emitido por la Secretaría de Educación Pública.

Con la seguridad de que este trabajo será un precedente importante para la mejora continua de los programas y procesos para controlar los devastadores efectos de los trastornos por consumo de drogas en la salud pública y social, felicitamos a quienes con su dedicación y compromiso por mejorar la labor de la consejería en adicciones, hacen posible que México cuente con un Manual de esta naturaleza, clave para la formación de personal especializado en adicciones.

Embajador Paul Simons

Secretario Ejecutivo

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

Organización de los Estados Americanos

PRESENTACIÓN

El Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones es un proyecto impulsado por la iniciativa Mérida, como parte de los esfuerzos binacionales que los gobiernos de México y de los Estados Unidos de América realizan en materia de reducción de la demanda de drogas. Se trata de una iniciativa hemisférica impulsada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), perteneciente a la Organización de los Estados Americanos (OEA) y operada por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), cuyo propósito es optimizar la calidad de los servicios de tratamiento a través del desarrollo de un programa de capacitación y evaluación de consejeros en adicciones.

La consejería que se proporciona en los establecimientos de modalidad residencial se concibe como un proceso de acompañamiento que facilita el progreso de la usuaria o usuario en el tratamiento y la rehabilitación, a través de la definición de metas y objetivos claros del proceso de intervención determinados por la consejera o el consejero y la usuaria o usuario de los servicios.

El programa busca capacitar y habilitar a personas que desempeñen actividades de consejería en adicciones en unidades de tratamiento residencial en el país, para que después de la capacitación puedan obtener un certificado de estudios con validez oficial por parte de la Secretaría de Educación Pública, que acredite su formación.

La capacitación que se ha diseñado, está sustentada en el “Estándar Mexicano de Competencias en la Consejería en Adicciones”, el cual integra las competencias necesarias (conocimientos, destrezas y actitudes) para el adecuado ejercicio de la consejería.

El presente documento tiene la finalidad de brindar conocimientos, habilidades y herramientas al consejero en adicciones, además de promover el desarrollo de las competencias necesarias para el proceso de acompañamiento de las personas afectadas por el consumo de drogas en los centros residenciales que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Este material será la guía básica para cualquier persona interesada en habilitarse como consejero en adicciones y forma parte de una serie de materiales que se han diseñado *ex profeso* para alcanzar dicha meta a través del curso que CONADIC, CENADIC y CICAD-OEA llevan a cabo en México.

Deseo sinceramente que estos manuales (Tomo I y II), sean para ti lo que hemos planeado, tu mejor herramienta para realizar ética y comprometidamente la consejería en adicciones que día a día realizas en pro de un México con servicios de atención y tratamiento de las adicciones de calidad.

Fernando Cano Valle

Comisionado Nacional contra las Adicciones

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los principales problemas de salud pública en México, ya que el uso y abuso de estas sustancias repercuten no sólo a nivel individual, sino que trascienden al ámbito familiar, laboral, educativo y social. Como respuesta a esta problemática, en los últimos años en nuestro país se ha incrementado la oferta de servicios especializados en la detección, prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones, generando así una gran variedad de alternativas de tratamiento.

El tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son tareas complejas que requieren de recursos humanos, técnicos y profesionales capacitados y especializados en el tema, que garanticen el desarrollo de intervenciones de calidad con resultados favorables.

En México, estos servicios se ofrecen principalmente en establecimientos residenciales, los cuales son operados por grupos de ayuda mutua y conformados por ex consumidores, rehabilitados en su mayoría, que no cuentan con una formación profesional para la atención de las adicciones.

Es por esto que la Comisión Nacional contra las Adicciones, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, en colaboración con la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, establece la necesidad de implementar acciones de capacitación y evaluación a los consejeros que apoyan en el tratamiento de adicciones, con el fin de incrementar la calidad de los servicios residenciales de tratamiento y rehabilitación en nuestro país. Para lograrlo, se crea el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, del que se deriva la Capacitación para la formación de consejeras y consejeros en adicciones.

El presente manual es una herramienta de trabajo que forma parte de dicha capacitación y está dirigido a los consejeros que laboran en establecimientos residenciales realizando actividades de tratamiento y rehabilitación de personas que presentan abuso y dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas, y que desean capacitarse y certificarse como consejeros en adicciones.

Este manual es una guía práctica, didáctica y centrada en la realidad cotidiana del quehacer del consejero, que incluye información científica y actualizada en materia de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, así como diversas condiciones de aprendizaje práctico, que tienen como propósito promover y fortalecer competen-

cias básicas necesarias para el ejercicio de la consejería en adicciones en México.

Los contenidos del manual están sustentados en un plan de estudios con validez oficial por la Secretaría de Educación Pública, que a su vez tiene como fundamento el Estándar de Competencias de la Consejería en Adicciones (Secretaría de Salud, 2014), el cual incluye el marco teórico de referencia al cual el consejero debe apearse, así como las competencias que debe poseer para el desarrollo de la consejería y la coordinación con el equipo multidisciplinario y otros recursos sociales de apoyo para el tratamiento y rehabilitación de los usuarios de los servicios.

El manual se divide en dos tomos, en el Tomo I se incluyen los contenidos de trabajo y en el Tomo II, los formatos, instrumentos y reportes que se describen a lo largo de los temas.

El Tomo I contiene tres módulos formados por 10 líneas temáticas. En el módulo I se describen los conceptos generales en adicciones y el marco normativo y ético que el consejero debe conocer y aplicar para un adecuado desempeño en su labor, sirviendo como introducción al módulo II, en el cual se detallan los instrumentos que le apoyarán en la valoración de los usuarios y sus familiares, los elementos para la elaboración de los planes de consejería, las estrategias de intervención adecuadas para el desarrollo de la consejería individual, grupal y familiar, los procedimientos requeridos para la documentación del desempeño y progreso del usuario, así como las actividades necesarias para el cierre de la consejería y la planificación de las acciones de seguimiento.

En el módulo III se abordan los temas relacionados con la coordinación de servicios dentro y fuera del establecimiento; así como los procedimientos que el consejero debe tomar en cuenta para apoyar los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios de los servicios. La finalidad es que el consejero identifique cuál es su función en esta etapa del proceso de rehabilitación y conozca los procesos involucrados en la coordinación con otros especialistas.

Los contenidos de este manual están enfocados, por tanto, a desarrollar los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias que le permitan al consejero adquirir las competencias suficientes que incrementen la calidad de los servicios de atención en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones en los establecimientos residenciales.



MÓDULO I: INTRODUCTORIO

LÍNEA 1.

LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

LÍNEA 2.

CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES

LÍNEA 3.

MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN
EN ADICCIONES EN MÉXICO

LÍNEA 1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

Identificar el contexto y las características de la consejería de adicciones en México.

Actualmente se cuenta con diversas estrategias de atención en materia de adicciones que tienen un impacto positivo en las actitudes, creencias y conductas de las personas que consumen drogas y desean dejar de consumirlas; entre este tipo de estrategias se encuentran las de la consejería en adicciones.

La consejería es una práctica colaborativa basada en evidencia científica que se rige por un proceso de documentación y normalización de su quehacer, a través del cual se facilita el progreso hacia las metas y objetivos del tratamiento de las adicciones.

Un antecedente psicoterapéutico de la consejería en adicciones es el “enfoque centrado en el cliente”, el cual plantea que la consejería es una relación estructurada entre el consejero¹ y el usuario, permitiendo a este último conocerse y comprenderse mejor, de tal manera que pueda ir cambiando poco a poco de acuerdo con las metas que pretenda alcanzar en su vida.

La consejería implica, entre otros componentes, establecer relaciones de ayuda para la intervención y mantenimiento de la abstinencia, en donde se promueve que el usuario aprenda procesos para ayudarse a sí mismo cada vez que lo necesite mediante el uso y desarrollo de sus propios recursos, habilidades y potencialidades.

El consejero en adicciones es una persona que puede manejar su campo vivencial con mayor eficacia y ayudar a los otros a que también lo hagan.

El consejero desarrolla estas cualidades a partir del deseo de querer adoptarlas, de la práctica y de la experiencia.

¹ Para efectos de sencillez y simplificación, a lo largo del documento se utilizarán las palabras “consejero”, “usuario” etc., como términos incluyentes del sexo mujer (consejera, usuaria, etcétera).

1.1 LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES EN MÉXICO



La consejería en adicciones es el proceso de acompañamiento que facilita el progreso del usuario en el tratamiento y la rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; establece metas y objetivos, además aplica actividades y ejercicios terapéuticos.

Incluye la integración de conocimientos, actitudes y destrezas que favorecen el proceso de recuperación del usuario, su familia y otras personas significativas² que están siendo afectadas por el comportamiento adictivo. La perspectiva de recuperación del usuario se basa en una visión integral en la que se combinan y complementan abordajes y estrategias que provienen de diversas disciplinas y que se aplican conforme a las características y necesidades individuales, grupales, familiares y socioculturales.

El trabajo que se realiza en la consejería es colaborativo y procura la motivación del usuario, con la finalidad de que sea éste quien decida desarrollarse, aceptando recibir la ayuda necesaria para vencer obstáculos que le permitan seguir avanzando en su proceso de cambio. Se da mayor atención a los aspectos emocionales y vivenciales que a los intelectuales.

El tema de adicciones constituye una problemática de salud pública que para su control requiere utilizar un adecuado abordaje de trabajo multidisciplinario en el que se incluye la consejería.

² Son aquellas que sin ser un familiar, son reconocidas por el usuario como personas importantes en quienes puede confiar (pareja, esposo, novia, concubina, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera).

El cumplimiento de políticas y acuerdos éticos formulados tanto a nivel mundial como nacional hace necesario establecer estándares básicos de capacitación, desempeño y evaluación para consejeros involucrados en impartir la atención en diferentes establecimientos e instancias públicas y privadas.

En los últimos años se ha impulsado un proceso de capacitación por parte de instancias académicas y gubernamentales para lograr que el consejero, que labora en los establecimientos residenciales, obtenga un “certificado” que le permita mantener e incrementar los estándares de calidad en los servicios de atención que proporciona al usuario, sus familias y otras personas significativas.

1.2 SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Los servicios de tratamiento de las adicciones en México se ofrecen en dos modalidades: no residencial o ambulatoria y residencial.³

MODALIDAD	DESCRIPCIÓN
No residencial o ambulatoria	Corresponde a los servicios a los cuales el usuario asiste como parte de una consulta externa.
Residencial	Se refiere a la estancia del usuario en un establecimiento durante un período específico a fin de favorecer su rehabilitación y reinserción social.

Tabla 1.1 Modalidades de tratamiento.

El tipo de servicios que se ofrecen en cada una de estas modalidades se clasifica a su vez en diversas opciones de intervención, dependiendo de las características del personal que presta el servicio, así como de los principios, procedimientos y programas bajo los cuales se ofrece la intervención:

MODALIDAD	TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
No residencial	Atención de urgencias	Se enfoca en establecer un diagnóstico, tratamiento y pronóstico encaminados a la estabilización física del usuario.
	Atención ambulatoria en establecimientos mixtos y profesionales	Profesionales de la salud y ex consumidores dan seguimiento al usuario de acuerdo con sus características y necesidades relacionadas con el consumo.
	Atención ambulatoria de ayuda mutua	Ex consumidores dan seguimiento y contención al usuario durante su proceso de rehabilitación y reinserción social.
	Atención ambulatoria alternativa	Incluye protocolos de intervención a partir de diversas técnicas distintas al modelo médico-hospitalario y al de ayuda mutua, como pueden ser la medicina tradicional, herbolaria, desarrollo espiritual, entre otras.

Tabla 1.2 Tipos de servicio de intervención.

³ De conformidad con lo que indica la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

MODALIDAD	TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Residencial	Profesionales	Establecimiento coordinado por un equipo conformado por diversos profesionales de la salud como son médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales; partiendo de un modelo teórico-metodológico que sustenta las intervenciones terapéuticas.
	Ayuda Mutua	Se fundamenta en el principio de la sanación a través de los propios miembros de la agrupación. En México corresponde principalmente a la fundamentación desde el modelo de los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos. En él, ex consumidores en recuperación son quienes se encargan de desarrollar e implementar los planes de tratamiento para los usuarios que deciden internarse.
	Mixtos	Servicios en los cuales se interviene de manera interdisciplinaria, integrando a profesionales de la salud y ex consumidores en la conformación del equipo terapéutico y en el planteamiento del abordaje a la adicción, desde una visión integradora de la ciencia y la experiencia para la recuperación de los usuarios.

De acuerdo con el Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones (2011), en nuestro país operan 2,061 establecimientos residenciales que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación y el 87% de ellos operan bajo el modelo de ayuda mutua.

En el perfil de los consejeros encuestados se reporta que en su mayoría son hombres (88%) de entre 30 a 59 años (74%), ex consumidores rehabilitados (76%) que han adquirido su experiencia de manera vivencial (62%), mediante la práctica directa en el establecimiento (28%) y un pequeño número (24%) ha participado en capacitaciones especializadas en adicciones. Asimismo, el 37% cuenta con más de siete años de experiencia brindando servicios en el establecimiento y actualmente el 33% invierte más de 40 horas a la semana para dar atención directa a los usuarios.

En cuanto al género de la población atendida, el 90% de los establecimientos ofrecen sus servicios a hombres y solamente el 50% proporciona la atención a mujeres. El rango de edad entre 18 a 59 años representa a la mayoría de los usuarios que ahí se atienden, dando servicio también a un alto porcentaje de adolescentes (54%) y adultos mayores (67%).

De acuerdo con este mismo diagnóstico, la mayor parte del personal que labora en establecimientos de modalidad residencial, no cuenta con un perfil especializado en materia de adicciones; más del 60% de los responsables de este tipo de establecimientos cuentan con estudios máximos de nivel de secundaria completa o menos y la misma proporción se da en el caso de los consejeros que participan en los mismos centros de atención.

Lo anterior obliga a fortalecer las competencias del personal y mejorar la calidad del servicio que se otorga en estos centros de tratamiento; principalmente de las

personas que prestan servicios de atención a los usuarios, dentro de las cuales se encuentra el consejero.

1.2.1 ROLES Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

Como se ha comentado, una figura central en los establecimientos es el consejero en adicciones, quien proporciona asesoría, orientación e información a los usuarios, por lo que coadyuva y complementa a otras áreas de profesionales de la salud mental. Ejerce una actividad de ayuda cuyo objetivo es abrir un espacio de trabajo que facilite que las personas logren el bienestar o tomen conciencia de problemas y retos a enfrentar en su vida cotidiana.

El consejero aprecia y valora al usuario, le otorga seguridad para que explore nuevos sentimientos, actitudes y conductas, lo acompaña en las vivencias del camino que se trazan y participa como elemento presente y activo en el proceso de auto creación, facilitando la activación de recursos personales.

Las funciones que realiza el consejero en estos establecimientos consisten en ofrecer servicios al usuario de persona a persona o “apadrinamiento”, compartir mutuamente experiencias, fortalezas y esperanzas de que se puede resolver el problema en común (la adicción) y acompañarlo durante su proceso de rehabilitación, toda vez que la abstinencia depende de ayudar a otros a recuperarse.

Además del consejero, entre los perfiles más frecuentes que participan desempeñando otras funciones en estos establecimientos, se encuentran:

PERFIL	FUNCIONES
Director y/o Responsables	• Gestionar la operación del establecimiento. • Dirigir la operación interna del establecimiento. • Atender al usuario, familiar responsable, persona significativa, representante legal y/o autoridad competente. • Referir al usuario a otros servicios de salud.
Médico	• Valorar clínicamente al usuario cuando ingresa al establecimiento. • Valorar la evolución clínica del usuario. • Participar clínicamente en el egreso del usuario del establecimiento. • Brindar información sobre el estado de salud del usuario.
Psiquiatra	• Diagnosticar trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas del usuario. • Implementar el tratamiento psiquiátrico del usuario. • Brindar información sobre el estado de salud psiquiátrico del usuario.
Psicólogo	• Evaluar psicológicamente al usuario. • Implementar el plan de tratamiento psicológico del usuario. • Brindar información sobre los resultados del tratamiento psicológico del usuario.

Tabla 1.3 Perfiles del personal de los establecimientos residenciales.

El consejero trabaja de manera coordinada con las personas que ejercen estos roles, con el fin de brindar un servicio de calidad en el tratamiento y rehabilitación de los usuarios.



ACTIVIDAD GRUPAL 1.1

LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

INSTRUCCIONES: En equipo, responde las indicaciones de los incisos a), b) y c); posteriormente discute las respuestas con el grupo y elaboren conclusiones.

- a) Explica con tus palabras las afirmaciones que se presentan sobre las características de la consejería en adicciones.

CARACTERÍSTICA: Facilita el progreso hacia las metas y objetivos del tratamiento de las adicciones
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Implica establecer relaciones de ayuda
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Es un proceso de acompañamiento
EXPLICACIÓN:

CARACTERÍSTICA: Favorece el proceso de recuperación del usuario
EXPLICACIÓN:

b) Explica brevemente las opciones de intervención que ofrece cada servicio en los establecimientos residenciales.

Profesionales

Ayuda Mutua

Residencial

Mixtos

c) Enlista por lo menos seis características del perfil de consejero en adicciones:

1.3 PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES

Desde el año 2006 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de Estados Americanos, diseñó un Programa de desarrollo y fortalecimiento institucional en el campo de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y violencia.

En 2010, en el marco de la “Iniciativa Mérida”, nuestro país se unió a este esfuerzo hemisférico estableciendo un *memorando* de acuerdo entre el gobierno mexicano y la

secretaría general de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en el que se comprometió como acuerdo en común el desarrollo de un programa para capacitar y evaluar a los consejeros en adicciones de establecimientos de modalidad residencial.

Por lo cual a finales del 2010, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), establecieron en conjunto con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA el **Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones** para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios residenciales de tratamiento y rehabilitación de las adicciones en nuestro país, mediante la implementación de acciones de capacitación y evaluación a los “consejeros” que brindan orientación y apoyan el proceso de rehabilitación en esta modalidad de intervención.

En México esta propuesta de capacitación y evaluación responde a la necesidad expresada por un gran número de consejeros en adicciones que señalan no contar con formación especializada en el tema. Este modelo de capacitación tiene el reto de mejorar la efectividad en la impartición de las estrategias de intervención y en el trato digno a los usuarios que reciben el tratamiento en la modalidad residencial.

El objetivo fundamental del Programa es capacitar y promover la adquisición de los conocimientos y la aplicación de destrezas que corresponden a la consejería en adicciones, por lo cual se diseñó un proyecto piloto de capacitación en consejería en adicciones basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral (CENCLIN 2011/007), mismo que se evaluó en el 2013, lo que dio paso a la creación de este curso de Capacitación para la formación de consejeros y consejeras en adicciones basado ahora en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones.

1.3.1 NORMA INSTITUCIONAL DE COMPETENCIA LABORAL DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

En el año 2011, en el marco del Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones CICAD-OEA, operado por CENADIC, se elaboró en conjunto con el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL), la Norma Institucional de Competencia Laboral, CENCLIN 2011/007 “Brindar consejería en adicciones en establecimientos con modalidad residencial”, la cual delimitaba la práctica de la consejería en establecimientos con modalidad residencial; sirviendo como referente para la evaluación de las personas que brindan atención en consejería en adicciones.

La CENCLIN/2011/007 es el primer documento que dispone de lineamientos para brindar consejería en adicciones en establecimientos residenciales.

El propósito de esta norma es establecer criterios para evaluar el desempeño del consejero en adicciones en establecimientos con modalidad residencial y es un referente para desarrollar programas de capacitación y formación basados en Normas de Competencia Laboral (NCL).

Se compone de cuatro unidades de competencia y señala los criterios de evaluación mediante los cuales se puede corroborar que una persona es competente para desempeñar cada una de las unidades, al mostrar las evidencias que se generan a partir de la elaboración de productos y la ejecución de ciertos desempeños.

CENCLIN/2011/007	
001 Valorar la situación inicial de la usuaria o del usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.	003 Cerrar la consejería de acuerdo con el programa de consejería con la usuaria o el usuario, en el establecimiento con modalidad residencial.
002 Conducir la sesión de consejería con la usuaria o el usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.	004 Coordinar acciones con los familiares o persona (s) significativa (s) de la usuaria o del usuario, de acuerdo con el programa de consejería del establecimiento con modalidad residencial.

Tabla 1.4. Unidades de competencia de la CENCLIN 2011/007.

Adicionalmente se presentan las actitudes, hábitos y valores mínimos necesarios, con base en las mejores prácticas, para el desempeño de la consejería en adicciones.

La CENCLIN/2011/007 fue un referente para la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones.

Delimitar los niveles mínimos de formación que se requieren para atender la adicción es una tarea compleja, debido a que el modelo para dar tratamiento a las adicciones debe corresponder al de un sistema integral de atención que se sustente en una cadena de tratamiento.

Con base en la CENCLIN/2011/007 se tomaron en cuenta los componentes que dieron paso a la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones, en el que se puntualizan los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para realizar intervenciones terapéuticas al interior de un establecimiento residencial, de acuerdo con las buenas prácticas para el proceso de tratamiento y rehabilitación.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 1.2

PROGRAMA Y CENCLIN

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuadro explica brevemente lo que a continuación se solicita y posteriormente responde la pregunta que se plantea.

PROGRAMA MEXICANO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSEJEROS EN ADICCIONES

¿Cuál es el objetivo?

¿En qué consiste?

¿Cómo contribuyó la CENCLIN/2011/007 para la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones?

1.4 ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES⁴

En el marco del *Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones*, CONADIC y CENADIC, promovieron la elaboración del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones, cuyo objetivo es establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones, principalmente las que se ejercen en establecimientos con modalidad residencial para que sirvan de referencia, a nivel nacional, en el proceso de evaluación a partir del cual se obtenga un certificado.

⁴ Se sugiere consultar el documento del Estándar para profundizar en su contenido.

El Estándar incluye tres componentes principales:

- Conceptos generales de la consejería en adicciones
- Competencias para la consejería y coordinación de servicios
- Marco normativo y ético de la consejería en adicciones en México

En el primer componente se encuentran veintiún conceptos generales en materia de atención de adicciones, agrupados en seis ejes temáticos, que integran el marco teórico de referencia que todo consejero debe conocer y tomar en cuenta para el ejercicio de sus competencias.

El segundo componente es la parte práctica, en donde se encuentran cuarenta competencias que se agrupan en dos líneas operativas: Consejería en adicciones y Coordinación con el equipo multidisciplinario y otros servicios. En la primera se encuentran treinta y cuatro competencias en siete ejes temáticos y en la segunda línea se concentran seis competencias agrupadas en dos ejes temáticos. Cada competencia se compone de tres dimensiones básicas:

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Conocimientos	Información específica necesaria para el ejercicio de la competencia.
Destrezas	Habilidades que el consejero debe poseer para alcanzar la competencia.
Actitudes	Postura y disposición del consejero al aplicar la competencia.

Tabla 1.5 Dimensiones básicas de las competencias.

En el tercer componente se encuentra las disposiciones normativas y éticas que reglamentan el ejercicio de la consejería en adicciones en México. En la primer parte se revisan las principales normas jurídicas que regulan la prestación de servicios en atención de adicciones (incluida la consejería) e incluso aquellas disposiciones que vigilan el respeto de los derechos de los usuarios. En la segunda se integra el Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones, que promueve un desempeño coordinado y corresponsable entre el consejero, el usuario, sus familiares, los integrantes de los equipos multidisciplinarios y las diferentes instancias de apoyo social; pondera el trato cálido y amable a los usuarios, así como la optimización de los recursos humanos y sociales disponibles.

Este código guía las actividades y comportamiento del consejero como parte del acompañamiento que brinda para facilitar el proceso de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios que proveen y favorecer la satisfacción de los usuarios y sus familiares.



¿Qué importancia tiene para tu desempeño como consejero que desarrolles las competencias del Estándar?

1.5 PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO

Para poder obtener el “certificado” por haber cursado satisfactoriamente la capacitación para la formación de consejeros y consejeras en adicciones que el gobierno federal otorgará a través de la Secretaría de Salud (CONADIC/CENADIC) y de la Secretaría de Educación Pública mediante la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAIR), es necesario que se acrediten al menos dos requisitos indispensables:

- Cumplir con al menos el 80% de asistencia al curso de capacitación.
- Acreditar la evaluación final correspondiente (examen de conocimientos y examen práctico) al término de la capacitación.

Al acreditar la asistencia mínima y las evaluaciones teórica y práctica, el alumno será candidato a recibir un “Certificado” que valide su habilitación como consejero en adicciones.

ESTÁNDAR

INSTRUCCIONES: Lee las siguientes afirmaciones y señala si son verdaderas (V) o falsas (F).



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 1.3

1. El objetivo del Estándar es establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones.	(V) (F)
2. Cada competencia se integra por conocimientos y actitudes.	(V) (F)
3. Un único requisito para obtener el certificado es presentar una evaluación de conocimientos.	(V) (F)
4. Las destrezas son las habilidades que el consejero debe poseer para alcanzar la competencia.	(V) (F)
5. En el Estándar se integra el Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones.	(V) (F)

LÍNEA 2 CONCEPTOS GENERALES EN ADICCIONES

Identificar los conceptos generales y características del proceso adictivo; efectos y consecuencias biopsicosociales derivadas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como las opciones para su abordaje terapéutico.

2.1 ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es cambiante y responde a un proceso de modificación y evolución, por lo que el consejero en adicciones debe contar con información precisa y actualizada sobre el tema, con el fin de desempeñar adecuadamente sus funciones.

Tratar a usuarios con problemas de adicciones obliga al consejero a conocer cuáles son las drogas más usadas, sus características, efectos y consecuencias para que en la consejería se pueda discriminar, analizar y tomar decisiones en el tratamiento y rehabilitación.

2.1.1 DEFINICIONES DE DROGAS

¿QUÉ ES UNA DROGA?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la droga como: “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones, generar dependencia caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta”.



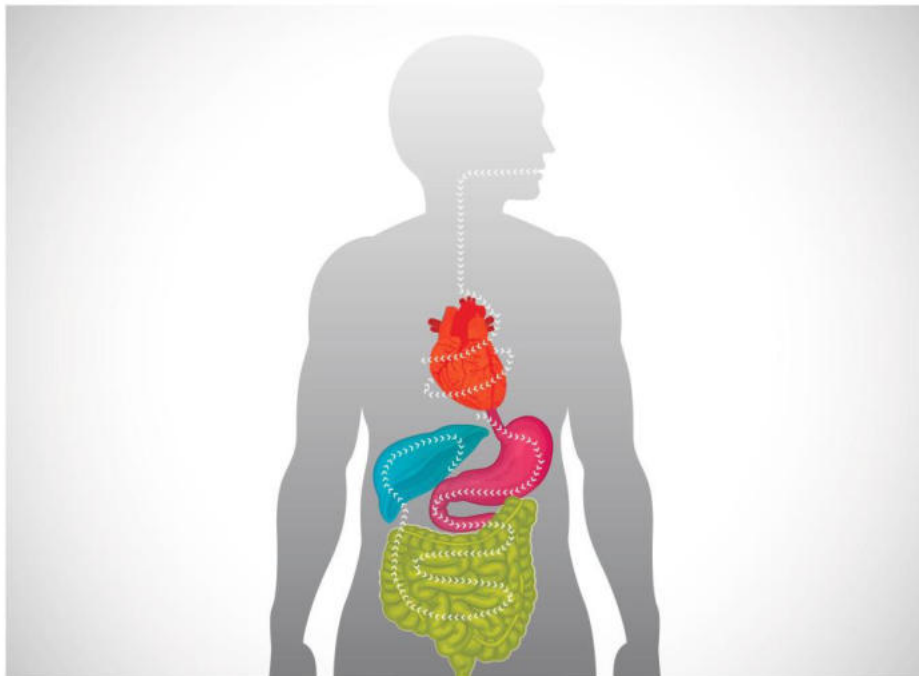
Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo **droga** para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

➤ ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado por medio del torrente sanguíneo. El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico y su concentración depende de su proceso de elaboración.

El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, frutas, azúcares y almidones. Se clasifica en fermentadas (vino y cerveza) y destiladas (vodka, whisky, ron, ginebra, tequila, aguardientes, etcétera).

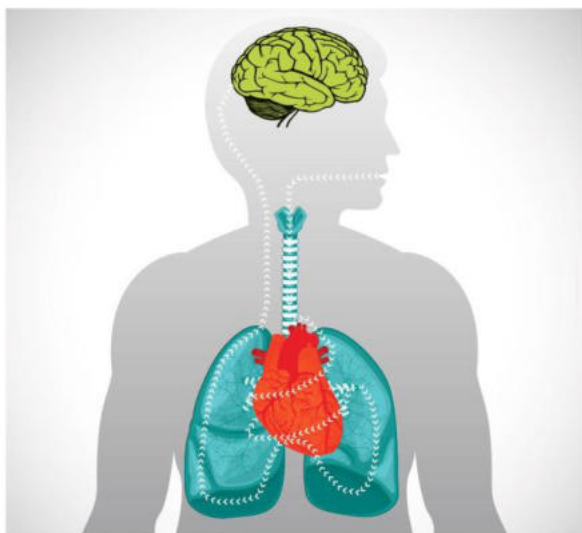


El alcohol es una de las drogas más consumidas en la sociedad. Muchas personas lo ingieren debido a que es legalmente permitido y lo utilizan para acompañar sus actividades social-recreativas debido al efecto placentero que favorece la convivencia y encuentros interpersonales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre adultos, sino también entre jóvenes y adolescentes, que se inician en edades muy tempranas.

¿QUÉ ES EL TABACO?

Es una planta originaria de América cuyo uso ha dejado de ser curativo y ceremonial. Esta droga se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; es la responsable de la adicción al tabaco.

La nicotina es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco con concentraciones muy altas de ésta en las hojas. Es una de las drogas adictivas de mayor uso y la principal causa prevenible de enfermedades, discapacidad y muerte en el mundo. En el humo del cigarro se han identificado más de 4 mil químicos, 19 de los cuales son cancerígenos.



El humo del cigarro se inhala directamente por la boca; al ser alcalino, se disuelve instantáneamente en la saliva. Luego ingresa al torrente sanguíneo a través de la mucosa bucal y llega al cerebro en aproximadamente siete segundos.

La nicotina permanece unas dos horas en el organismo hasta ser eliminada; transcurridas, el fumador vuelve a sentir la imperiosa necesidad de fumar.



¿POR QUÉ LA DROGA ALTERA EL COMPORTAMIENTO?

1

Para que identifiques aspectos de severidad del consumo, efectos y condiciones que lo ocasionan necesitas considerar tres factores:

- Condiciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo.
- Características del consumo de la sustancia y
- Su entorno.

Como se mencionó anteriormente, las drogas son sustancias naturales o químicas que al consumirse modifican una o más funciones del organismo, esto se debe principalmente al efecto que tienen sobre el Sistema Nervioso Central.

El consumo de drogas modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación. Sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el entorno en que ocurre el consumo. También produce otros efectos no agradables como alteraciones y lesiones o enfermedades que tardan tiempo en ocurrir (úlceras, pancreatitis, diabetes, alteraciones cardíacas, entre otros); además se puede desarrollar la adicción.

El estado emocional del usuario en el momento del consumo, la frecuencia y las circunstancias en las que ocurre así como las expectativas de las personas que lo rodean, determinan que los efectos de las drogas sean más o menos graves.

Figura 2.1
Factores que influyen en el consumo de drogas



2.1.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS CONFORME A SUS EFECTOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las drogas se clasifican de diferentes maneras:

- Según su **estatus jurídico** se clasifican en estupefacientes y psicotrópicas:

Esta clasificación se encuentra redactada en la Ley General de Salud (LGS), la cual retoma la clasificación internacional de las listas de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

En materia de estupefacientes, la LGS plantea que en México se considera dentro de esta clasificación al cannabis (marihuana), cocaína, heroína, metadona, morfina, opio, entre varios más.

De igual forma, agrupa a otras sustancias con el nombre de psicotrópicos, que clasifica en cinco grupos:

1. Los que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que son susceptibles de uso indebido o que generan problemas graves para la salud pública; por ejemplo, el LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d) y los hongos alucinógenos.
2. Los que tienen algún valor terapéutico pero que constituyen un problema grave para la salud pública, como las anfetaminas, metanfetaminas, entre otras.
3. Los que tienen valor terapéutico pero constituyen un problema para la salud pública; por ejemplo, las benzodiacepinas, la pseudoefedrina, el ácido barbitúrico, clonazepam, diazepam, ketamina.
4. Los que tienen amplios usos terapéuticos y que constituyen un problema menor para la salud pública.
5. Los que carecen de valor terapéutico y que se utilizan corrientemente en la industria.

• Según su **origen** se clasifican en naturales, semisintéticas y sintéticas:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Naturales 	Se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo; el concepto "natural" hace referencia a que el principio activo de la droga está presente en la materia vegetal (Cannabis [marihuana], peyote u hongos).
Semisintéticas 	Son obtenidas por síntesis parcial a partir de sustancias naturales, como la heroína, la cocaína, el crack y otras.
Sintéticas 	Son producidas o elaboradas sólo en laboratorio, como el "éxtasis".

Tabla 2.1
Clasificación
de las drogas
según su origen.

- Según los **efectos farmacológicos** que originan en el Sistema Nervioso Central, las drogas se clasifican en:

Tabla 2.2
Clasificación
de las drogas
según sus efectos
farmacológicos.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Depresoras 	Disminuyen la capacidad del funcionamiento del Sistema Nervioso Central; provocan relajación, sedación e inducen sueño. Ejemplos: alcohol, opiáceos (codeína, morfina, heroína y metadona), benzodiacepinas o sedantes.
Estimulantes 	Aceleran el funcionamiento del Sistema Nervioso Central; producen euforia, energía, insomnio y/o aumentan la actividad motora. Ejemplos: cocaína, nicotina, anfetaminas y las drogas de síntesis derivadas de las anfetaminas.
Alucinógenas 	Alteran la percepción de los sentidos; pueden producir alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales y ocasionar cuadros psicóticos. Ejemplos: LSD, mezcalina, derivados del cannabis, hongos alucinógenos, peyote.

2.1.3 EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS⁵

Una de las funciones del consejero es informar en forma clara y veraz al usuario, familia y otras personas significativas sobre los efectos, cambios y alteraciones que ocasiona el consumo de drogas.

A continuación se exponen algunos de los principales efectos y consecuencias que provoca el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:

⁵ Adaptado del Manual "A Tiempo". Asociación Proyecto Hombre, (2003).

DROGAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Alcohol	Oral	• Euforia inicial. • Desinhibición emocional y de la conducta. • Aumento de la sociabilidad. • Dificultad para hablar. • Dificultad para asociar ideas. • Falta de coordinación motora. • Disminución en reflejos, ritmo cardíaco y respiratorio.	• Dependencia psicológica y física. • Accidentes de tráfico y laborales. • Genera enfermedades en órganos vitales a largo plazo (hígado, páncreas, corazón, estómago, cerebro).
Heroína	Fumada o inyectada, ocasionalmente esnifada	• Sensación de bienestar y placer. • Ausencia de dolor. • Náuseas y vómitos en primeros consumos. • Pupilas contraídas. • Estreñimiento. • Baja frecuencia respiratoria. • Falta de apetito.	• Riesgo de adquirir VIH, hepatitis; daños en el sistema circulatorio, relacionados con el consumo inyectado. • Inmediata y elevada dependencia, así como daños físicos, psíquicos y sociales, incluida la muerte por sobredosis.
Inhalables: Las más habituales son pegamentos, disolventes, lacas, pinturas y carburantes	Inhalados	• Euforia. • Exaltación del humor. • Alucinaciones. • Trastornos de conducta. • Lagrimeo. • Abundante flujo nasal. • Irritación de las vías respiratorias.	• Graves daños en órganos vitales. • Secuelas neurológicas y psiquiátricas. • Convulsiones, estupor, coma y deterioro facial. • Muerte por asfixia o accidente.
Psicofármacos: Sedantes o benzodiazepinas y barbitúricos (Medicamentos consumidos sin prescripción médica)	Oral	• Disminución de la ansiedad. • Desinhibición. • Sedación. • Somnolencia.	• Torpeza en la ejecución de tareas motoras. • Marcha inestable. • Dificultad para hablar. • Dificultad para responder a los estímulos recibidos. • Estupor, coma, muerte.

Tabla 2.3 Drogas Depresoras del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Nicotina (Tabaco)	Cigarros, de los que se inhala el humo que la combustión produce	• Aumento en ritmo cardíaco, presión arterial y frecuencia respiratoria. • Disminución de la capacidad pulmonar. • Fatiga prematura. • Altera los sentidos del gusto y olfato. • Envejecimiento prematuro de la piel. • Mal aliento.	• Bronquitis, enfisema pulmonar, faringitis y laringitis, dificultades respiratorias, tos y expectoraciones. • Úlcera gástrica, cáncer en pulmón, boca, laringe, esófago, riñón y vejiga. • Alteraciones en el corazón (cardiopatías).

Tabla 2.4 Drogas Estimulantes del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Cocaína/ crack	Esnifada, fumada e inyectada	• Hiperactividad. • Sensación de energía y autoconfianza. • Aceleración del ritmo cardíaco. • Dilatación de pupilas. • Cansancio, depresión y apatía cuando desaparecen los efectos.	• Problemas en nariz y vías respiratorias, tos, bronquitis. • Alteraciones en el sistema circulatorio.
Drogas de síntesis: Éxtasis	Oral	• Sociabilidad. • Euforia. • Sensación aumentada de autoestima. • Desinhibición. • Aumento de temperatura. • Rigidez muscular. • Confusión. • Agobio.	• Aumento excesivo de la temperatura y sudoración que puede producir deshidratación. • Aceleración del ritmo cardíaco. • Problemas en hígado y riñones.
Anfetaminas	Oral en pastillas o capsulas	• Efectos placenteros. • Hiperactividad y sensación desbordante de energía. • Temblor, ansiedad e irritabilidad. • Ira repentina y sin motivo. • Trastornos amnésicos e incoherencia.	• El riesgo de dependencia y adicción es alto. • Confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. • Pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos.

Tabla 2.5 Drogas Alucinógenas del Sistema Nervioso Central.

DROGAS ALUCINÓGENAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Cannabis o marihuana	Fumada, mezclada con tabaco o por vía oral	En dosis bajas: • Euforia. • Desinhibición. • Pérdida de concentración. • Ganas de hablar, reír. • Aumento del hambre. • Enrojecimiento de ojos. • Aumento del pulso y frecuencia cardíaca. En dosis altas: • Confusión. • Excitación. • Ansiedad. • Pánico. • Alucinaciones (a veces).	• El consumo diario puede alterar las funciones relacionadas con el aprendizaje, la concentración o la memoria. • Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad. • Puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico en personas predispuestas. • Pueden presentarse síntomas de apatía y desmotivación, ante el consumo continuado.

DROGAS ALUCINÓGENAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
DROGA	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
LSD, PCP o polvo de ángel y otros alucinógenos	Oral (hongos, líquidos o por chupar papeles secantes en los que el ácido se encuentra impregnado)	- Alucinaciones. - Percepciones distorsionadas de la realidad. - Recuerdos o <i>flashbacks</i>: en los que se vuelven a experimentar los efectos de la sustancia en momentos posteriores.	- La duración de los efectos es de 8 a 12 horas. - Se pueden presentar reacciones de pánico y pérdida de contacto con la realidad. - Pueden agravar o precipitar ciertos trastornos psiquiátricos en personas con vulnerabilidad.

DROGAS EMERGENTES

Es un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y evitar con ello, el control normativo al que estas últimas están sometidas. Estas drogas aparecen, reaparecen o emergen “en el mercado” continuamente.

Su uso y abuso se asocia con determinados ambientes festivos entre jóvenes y adolescentes, popularizándose entre los consumidores sólo los efectos estimulantes y desconociendo los efectos perjudiciales en la salud.

Las drogas emergentes incluyen determinadas plantas y sus derivados, medicamentos de uso humano y veterinario, fármacos retirados del manejo clínico por los efectos adversos que han provocado a la salud y algunas sustancias sintéticas.

Existen pocos estudios farmacológicos sobre los efectos que estas drogas provocan en el consumo humano, siendo las redes sociales (foros, Internet) la única fuente de información que utilizan las personas para orientar su consumo; por tanto el riesgo de estas drogas es alto.

A continuación se presenta una clasificación y los efectos de las drogas emergentes:

Tabla 2.6 Drogas Emergentes.

DROGAS EMERGENTES			
DROGA	NOMBRES POPULARES	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS Y RIESGOS
Anfetaminas Metanfetaminas	<i>Efedra, Cristal, Ice, MDMA, Éxtasis, Adán, Píldora del amor, Eva</i>	Oral en pastillas o cápsulas, esnifadas, ingeridas, vía intravenosa	Psicoestimulantes (típicos de la anfetamina): euforia, aumento de la energía, disminución del sueño y el apetito, mejora del estado de alerta y el rendimiento. • Entactógenos (como en el caso de las metanfetaminas): euforia, estado emocional positivo, aumento de la empatía y de la capacidad de socializar con los demás, mayor facilidad para la comunicación y las relaciones interpersonales. • Alucinógenos (propios de las metoxianfetaminas): modificación de la percepción del entorno o de la propia imagen (cambios sutiles o alucinaciones verdaderas). • Riesgo de provocar "golpe de calor" o hipertermia (aumento de la temperatura corporal).
Piperazinas Benzilpiperazinas (BZP, MDBP) Fenilpiperazinas (TFMPP, CPP, MEOPP)	<i>Party pills, Charge, Rapture, A2, Legal X</i>	Oral en cápsulas	• Provoca efectos psicoactivos y estimulantes (similares el éxtasis) como euforia, sociabilidad, etcétera. • Incremento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. • Aumento en el nivel de atención. • Efectos adversos: taquicardia, ansiedad, vómito, confusión, convulsiones, mareos.
Ketamina Es un derivado de la Fenciclidina (PCP) Es un anestésico general disociativo (desconexión de las sensaciones corporales y del ambiente)	<i>Bump, K, Ket, Kit-Kat, Special K, Vitamina K, Keta, Keller, Super K</i>	Esnifada, también puede consumirse de forma intravenosa, pulmonar, rectal y oral	• Delirios, alucinaciones, sensación de flotar o de desconexión con el cuerpo, ataques de pánico y ansiedad, problemas de memoria, alteración de la percepción de los colores, dificultad de concentración, flashback (recuerdos o sueños vívidos). • Pérdida del control de los actos durante varias horas (incluso de la conciencia) poniendo en riesgo la integridad de la persona. • Puede provocar daño cerebral, depresión e ideación suicida.
Spice drug (especies) Contienen mezclas de plantas exóticas, aromáticas y psicoactivas (derivados cannabinoides sintéticos)	<i>Spice silver, Gold y diamond, Gorillaz, Tropical synergy, Egypt, K2, Earth impact, Moon rocks</i>	Fumada, en infusión	• Enrojecimiento conjuntival, taquicardia, agitación, boca seca, alteraciones del estado de ánimo y de la percepción. • Dependiendo del tiempo de consumo y las dosis, puede generar dependencia. • Riesgo de brote psicótico.
GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) GBL (gamma-butirolactona) Sustancia incolora, inodora y casi insípida que se utiliza para fines anestésicos Como droga de consumo es un polvo blanco que se disuelve con agua	<i>Party pills, Charge, Rapture, A2, Legal X</i>	Oral en cápsulas	• Provoca efectos psicoactivos y estimulantes (similares el éxtasis) como euforia, sociabilidad, etcétera. • Incremento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. • Aumento en el nivel de atención. • Efectos adversos: taquicardia, ansiedad, vómito, confusión, convulsiones, mareos.

DROGAS EMERGENTES			
DROGA	NOMBRES POPULARES	MODO HABITUAL DE CONSUMO	EFFECTOS Y RIESGOS
Desomorfina	<i>Krokodil, Crocodile, Permonid</i>	Intravenosa	La Desomorfina, es un derivado de la morfina que actúa de manera similar a la heroína en el cerebro, es aproximadamente diez veces más potente que la morfina y fue inventado en 1932 en los Estados Unidos. El "Krokodil" elaborado de manera casera es una forma sintética de la heroína y surge de la combinación de comprimidos de codeína con varios productos químicos tóxicos, tales como líquido de encendedor y limpiadores industriales. De acuerdo al National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2013) el "Krokodil" es utilizado como sustituto de la heroína -principalmente en zonas rurales pobres de Rusia- por su costo más económico, y recibe este nombre debido a la apariencia escamosa de color gris verdoso que se forma en el sitio de inyección.
Sustancias de origen vegetal	Ayahuasca	Masticada, ingerida en infusión, fumada	Sedantes, alucinatorios sedantes y auditivos (distorsión del tiempo y del espacio).
	Salvia <i>Ska pastora, Ska María, Hierba de los Dioses</i>		Pérdida del control de los movimientos corporales, alucinaciones visuales, alteraciones psicóticas, mareo, amnesia y cefalea.
	Hongos		Estado de pánico, ansiedad, alucinaciones visuales, psicosis paranoides, delirios, náuseas, temblor, vómitos, diarreas y dolores musculares.
	Peyote		Locuacidad, alucinaciones visuales, aumento en la sensibilidad táctil.
	Khat <i>Chat, Ensalada africana</i>		• Euforia, irritabilidad, agitación (aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca), pérdida del apetito, ánimo depresivo y dificultad para dormir. Trastornos dentales, gastrointestinales y mentales.
	Ololiuqui <i>Gloria de la mañana, Don Diego de día</i>		• Efectos sedantes con alucinaciones leves; estupefacción y sedación ligera, efectos alucinatorios.
	Burundanga <i>Tolooche</i>		• Sequedad de la piel, visión borrosa, mareos, baja tensión arterial, taquicardia, cambios de humor, desorientación, alucinación, coma e incluso la muerte (dependiendo de la dosis y frecuencia de consumo).

Tabla 2.6 Drogas Emergentes.

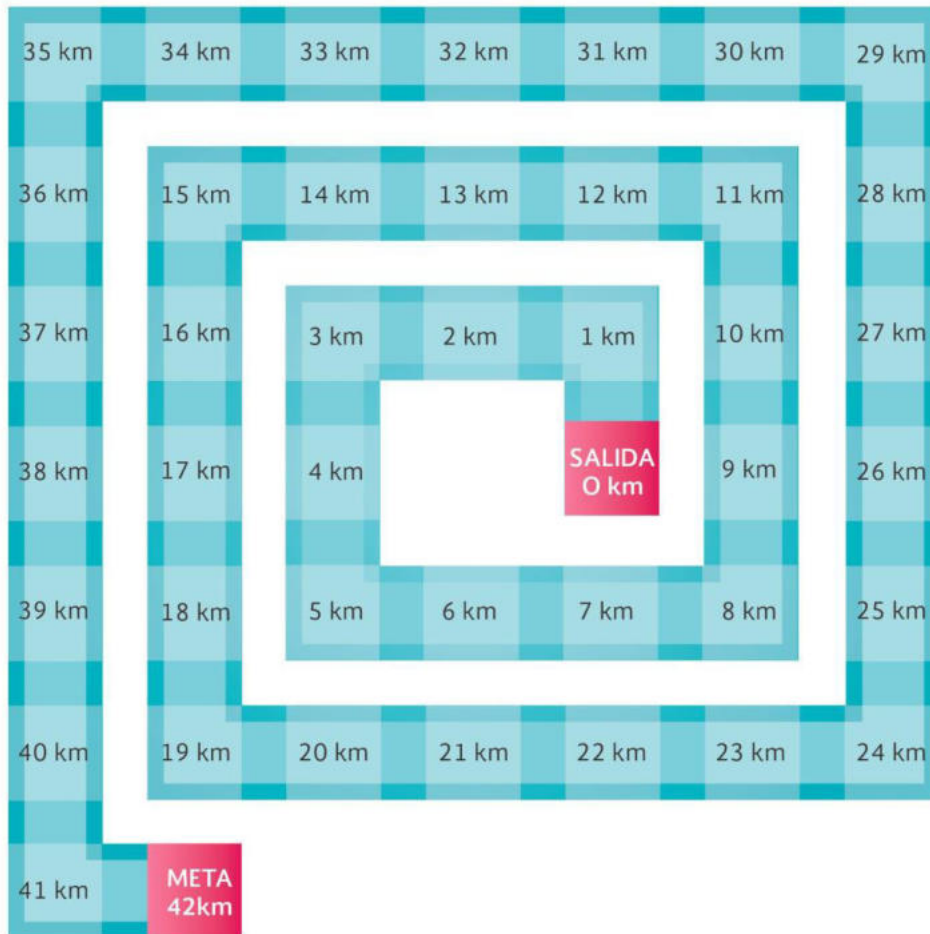


ACTIVIDAD GRUPAL 2.1

ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

INSTRUCCIONES: Este es un maratón que cuenta con afirmaciones relacionadas con la clasificación, los efectos y consecuencias de las drogas. El docente les asignará una afirmación; contesten si es falsa o verdadera. Si responden correctamente avanzan los kilómetros que se señalan. ¡Haz lo posible para que no les gane la ignorancia!

1. El efecto de la nicotina es lento pues el humo del cigarro llega al cerebro en aproximadamente 10 minutos. **5 km.**
2. La droga es toda sustancia que introducida en el organismo puede generar dependencia. **5 km.**
3. El consumo diario de marihuana altera las funciones relacionadas con el aprendizaje. **3 km.**
4. Según su estatus jurídico las drogas se clasifican en depresoras, estimulantes y alucinógenas. **3 km.**
5. Para identificar aspectos de la severidad del consumo de una droga se debe tomar en cuenta al individuo, su entorno y las características de la droga. **5 km.**
6. Las drogas alucinógenas disminuyen el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. **3 km.**
7. El alcohol aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio. **5 km.**
8. El consumo de alucinógenos puede precipitar trastornos psiquiátricos en personas con vulnerabilidad. **3 km.**
9. La heroína genera una sensación de bienestar y placer. **5 km.**
10. El tabaco causa envejecimiento prematuro de la piel. **3 km.**
11. Las drogas estimulantes alteran la percepción de los sentidos. **2 km.**
12. Cuando una persona necesita tomar una copa de vino para poder desarrollar sus actividades cotidianas se considera como abuso. **5 km.**
13. La cocaína provoca cansancio, depresión y apatía cuando inician los efectos. **2 km.**
14. La percepción de que el alcohol es aceptado socialmente ha contribuido a extender su consumo en jóvenes y adolescentes. **3 km.**
15. La dependencia psicológica a la droga ocasiona sudoración, taquicardia o temblor al no recibirla. **5 km.**
16. El éxtasis provoca problemas en vías respiratorias. **2 km.**
17. El riesgo de dependencia y adicción por el consumo de anfetaminas es bajo. **3 km.**
18. Los psicofármacos producen abundante flujo nasal. **3 km.**
19. Los inhalables pueden provocar convulsiones y deterioro facial. **5 km.**
20. Las drogas pueden modificar una o más funciones del organismo. **3 km.**



2.1.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN MÉXICO

!
Esta información
te será útil al
diseñar medidas de
prevención para la
población en riesgo y
darles a conocer los
factores asociados:
edad, sexo,
percepción de riesgo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), ofrece información estadística veraz y confiable sobre el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas que presenta la población adolescente y adulta en México.

La edad de inicio del consumo de drogas ha disminuido; cada vez son más los jóvenes entre 13 y 15 años consumidores regulares de alcohol, tabaco y otras drogas. En México, del 2008 al 2011 incrementaron los usuarios con dependencia a drogas ilegales (de 450,000 a 550,000).

Considerando el tipo de sustancias y características de la población que las consume, los datos de la ENA (2011) indican lo siguiente:

➤ ALCOHOL



- Es la principal droga de inicio. Casi 6 millones de adolescentes han bebido alcohol alguna vez en su vida.
- En cuanto a la edad de inicio se reporta que el 64.9% de hombres y el 43.3 % de las mujeres comenzaron su consumo a los 17 años o menos.
- A pesar de que hay una diferencia entre adultos, donde los varones beben más (62.7% hombres y 40.8% mujeres), el consumo de alcohol se ha ido equiparando entre los hombres y las mujeres adolescentes (31.8% hombres y 28.1% mujeres).
- Alrededor del 6% de la población reporta síntomas de probable dependencia al alcohol (aproximadamente 11% de hombres y 2% de mujeres) y requiere tratamiento especializado.
- El porcentaje de usuarios con dependencia aumentó significativamente de 4.1% a 6.2%, del 2008 al 2011 (en el 2011 aumentó a 4.9 millones de personas).
- El patrón de consumo de bebidas alcohólicas predominante es de alto riesgo; es decir, esporádico, pero con la ingesta de grandes cantidades por ocasión (más de 4 copas en hombres y 3 en mujeres).
- En la mayoría de los estados de la República Mexicana la droga de impacto⁶ es el alcohol; y en el norte del país, la cocaína, la heroína o el cristal.

⁶ Droga de impacto: Es la que la persona identifica con más capacidad para producirle problemas en el área emocional, familiar, legal, laboral o de salud; y es la que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

TABACO



- Más de 38 millones de personas han fumado alguna vez en la vida, en una relación de dos hombres por cada mujer.
- Los usuarios consumen en promedio 6.5 cigarros al día.
- La edad promedio de inicio en el consumo diario de tabaco es de 20 años a nivel nacional.
- La población fumadora activa joven de 12 a 17 años inició su consumo a los 14.1 años, fumando 4.1 cigarros al día.
- 1.7 millones de adolescentes fuman de manera regular y otros 3.8 millones están expuestos al humo de tabaco.
- En el 2011 las cifras de fumadores dependientes según CONADIC arrojan un 1.4% de los mexicanos, lo que representa más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo.
- Casi 60 mil personas mueren al año por causas atribuibles al tabaquismo, refiere la OMS.

DROGAS ILEGALES



- En la población general, el consumo de drogas ilícitas y médicas (sin prescripción), alguna vez en la vida, aumentó de 5.7% a 7.8% de 2008 a 2011.
- Por cada mujer que reportó consumir cualquier droga alguna vez en la vida, hay cuatro hombres que lo reportaron.

Marihuana



- La marihuana es la principal droga “ilegal” de consumo en nuestro país y se ha incrementado ligeramente (del 1.2 al 2.2%) en las mujeres de 2002 a 2011.
- Es la droga de mayor preferencia y representa el 80% del consumo total de drogas durante el 2011.
- Seis de cada cien personas han usado marihuana alguna vez en la vida.
- Once de cada cien hombres y dos de cada cien mujeres la han consumido.
- La edad promedio de inicio es a los 17 años.
- En el 2011 su consumo aumentó de un 8.2% a 12.2% en población estudiantil de la Ciudad de México.

Cocaína



- En población general, la cocaína es la segunda droga ilegal con mayor prevalencia en 2011 (0.5%), con una proporción de una mujer por cada nueve hombres.
- En adolescentes de 12 a 17 años, la cocaína también es la segunda droga ilegal con mayor prevalencia de consumo (0.4%), después de la marihuana y seguida por los inhalables.
- La edad de inicio del consumo en estudiantes, es de 14.2 años; en el caso de las mujeres se ubicó en 13.8 y en hombres, en 14.4 años.

Otras drogas



- Ocho de cada mil (0.8%) personas han usado estimulantes de tipo anfetamínico alguna vez en su vida.
- Más del 40% de los consumidores de entre 20 a 29 años de edad señalan a las anfetaminas como droga de impacto.
- Cerca de 7 mil personas reportan a las metanfetaminas como droga de inicio.
- La prevalencia de heroína alguna vez en la vida es de uno de cada mil para la población en general.
- Casi la mitad de los usuarios de heroína inició su consumo antes de los 25 años.
- Entre los usuarios que mencionan a los inhalables como droga de impacto, cuatro de cada 10 son jóvenes de 15 a 19 años de edad.

2.2 ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

La desinformación sobre los conceptos básicos en adicciones tiene consecuencias negativas. Uno de los errores frecuentes es no distinguir entre uso, abuso o dependencia, lo que origina que se pretenda internar a quien inicia el consumo.

NIVEL DE SEVERIDAD	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
Uso	Consumo mínimo, en pequeñas cantidades; no ocasiona graves trastornos en el comportamiento ni en la salud.	Adolescente que prueba la droga.
Abuso	Consumo problemático con consecuencias negativas relacionadas con un deterioro orgánico o psicosocial.	Persona que consume alcohol cada fin de semana y tiene olvidos, problemas conyugales peleas y/o detenciones.
Dependencia	El consumo forma parte del estilo de vida de la persona y lo necesita para desarrollar sus actividades cotidianas. Existen dos tipos de dependencia: Física: El organismo está habituado a la presencia constante de la droga; necesita mantener determinado nivel de droga en la sangre para funcionar con normalidad.	Sudoración, taquicardia, temblor al no recibirla.
	Psicológica: Hay un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga.	Persona que necesita tomar para dormirse.

Tabla 2.7 Distinción entre uso, abuso y dependencia.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS DROGAS EN EL CEREBRO?

Uno de los grandes mitos entre usuarios es no dejar de consumir por no tener fuerza de voluntad. La realidad es que la dependencia es una enfermedad cerebral ya que las drogas modifican el funcionamiento y estructuras cerebrales. Estos cambios pueden durar largo tiempo y modifican los comportamientos de las personas.

El cerebro es el órgano que controla las funciones básicas; permite dar sentido a lo que ocurre en el entorno de la persona, tomar decisiones, responder a situaciones y moldear pensamientos, sentimientos y conductas. Las drogas, al alterar áreas del cerebro necesarias para coordinar funciones vitales ocasionan abuso y consumo compulsivo.



i Entender cómo funcionan las drogas en el cerebro te permite comprender por qué ocurre la adicción y las necesidades de intervención multidisciplinaria recuperación.

Las estructuras del cerebro que intervienen en el proceso adictivo y sus funciones son:

Figura 2.2 Estructuras del cerebro que intervienen en el proceso adictivo.



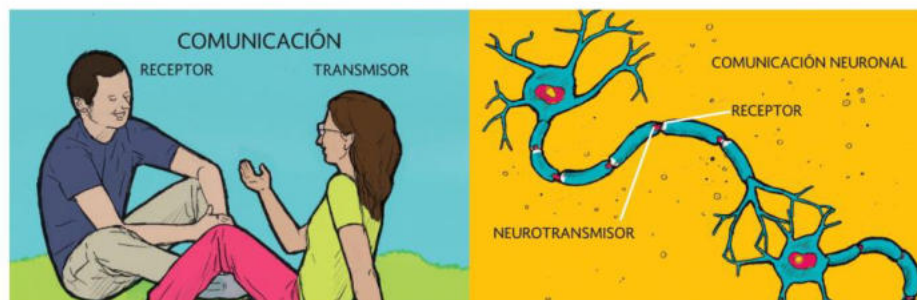
¿CÓMO SE COMUNICA EL CEREBO?

1
El consumo de drogas cambia la estructura de las neuronas y sus características, así como el envío y recepción del mensaje. Esto permite entender la importancia de las alteraciones en el cerebro que ocasiona el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Miles de millones de neuronas o células nerviosas conforman en el cerebro un gran centro de comunicaciones. Las redes de neuronas se encargan de transmitir los mensajes que se envían y los que se reciben (a través de impulsos eléctricos) en las diferentes estructuras del cerebro. Estas redes de nervios coordinan y regulan todos los sentimientos, pensamientos, actividades y conductas.

En este proceso de comunicación, los llamados neurotransmisores o mensajeros químicos del cerebro transmiten los mensajes entre neuronas; de aquí la importancia en evitar alterar su funcionamiento. Los receptores son los destinatarios químicos del cerebro que reciben el mensaje. El receptor sólo enviará el mensaje apropiado después de interactuar con el neurotransmisor correcto, como dos piezas de rompecabezas que encajan a la perfección.

Figura 2.3 Proceso de comunicación cerebral.



2.2.1 EL PROCESO ADICTIVO

Las drogas son sustancias químicas que actúan en el cerebro penetrando en su sistema de comunicación e interfiriendo en la manera en la que las células nerviosas envían, reciben y procesan la información. Las drogas modifican el funcionamiento de las neuronas porque su estructura química imita las del neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran y activen a las células nerviosas. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas del cerebro, no activan las células nerviosas de igual manera que los neurotransmisores naturales y hacen que se transmitan mensajes anormales a través de la red neuronal.

Como se mencionó, las drogas invaden el sistema de gratificación inundando el circuito con dopamina (neurotransmisor que regula emociones, motivación y sentimientos placenteros). Cuando este sistema se estimula una y otra vez, produce efectos de euforia que se buscan alcanzar al abusar de las drogas y esto explica el consumo repetitivo. Los cambios en la estructura y el funcionamiento del cerebro son inevitables a partir de la repetición y frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

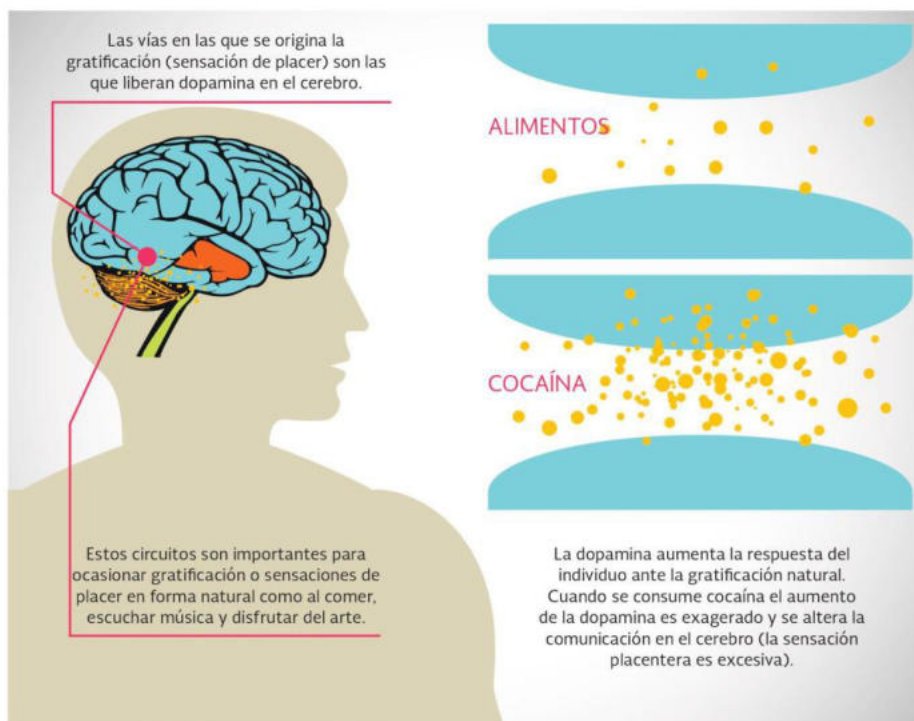


Figura 2.4 Vínculo entre las drogas y la dopamina.

Cuando el cerebro se da cuenta de que recibe grandes y continuas oleadas de dopamina (y otros neurotransmisores), produce menos dopamina y disminuye el número de receptores que reciben y transmiten señales. Por tanto el circuito de gratificación se vuelve cada vez más limitado y disminuye su habilidad para sentir placer. Al haber cada vez menos receptores de la dopamina, se necesitará aumentar la cantidad de droga para obtener efectos tan placenteros como los de un principio; este proceso de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos se llama **tolerancia**.

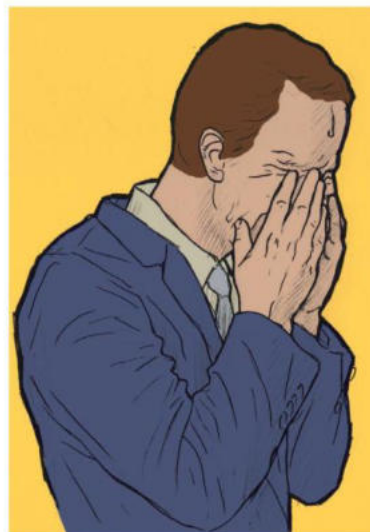
El organismo dejó de producir naturalmente la dopamina, ahora espera obtenerla de la droga de consumo.

1
Debes brindar información oportuna a la familia y otras personas significativas sobre la importancia de que el usuario reciba atención médica inmediata de desintoxicación.



Las personas que tienen más tiempo consumiendo alguna droga alteran en mayor medida este circuito de gratificación, por lo que aunque aumenten las dosis del consumo, no consiguen obtener los efectos deseados. Lo anterior se debe a que su cuerpo se acostumbró a recibirla, y al no obtenerla provoca molestias físicas y psicológicas como sudoración, taquicardia y temblor. En ese momento se tiene una necesidad física y el consumo ocurre ya no para obtener placer, sino para evitar los síntomas desagradables que aparecen cuando se deja de consumir. Estos síntomas se conocen como **síndrome de abstinencia**.

En ocasiones se eleva tanto la dosis de consumo que el organismo no puede procesar y expulsar la gran cantidad de sustancia, lo que incluso puede provocar la muerte; este estado se conoce como **sobredosis**.



La conducta adictiva se mantiene no sólo debido a la dependencia física, sino también por condiciones psicológicas y sociales que influyen para que el consumo sea difícil de abandonar. En el siguiente gráfico se observa cómo participan los factores fisiológicos y psicológicos para mantener el proceso adictivo.



Figura 2.5 Proceso adictivo

El proceso adictivo ocurre cuando la persona al consumir alguna droga legal o ilegal no solo obtiene placer físico, sino también le resultan placenteros aspectos que acompañan al consumo: momentos de convivencia agradables, cambios en la forma de actuar o distraerse de los conflictos.

Estos cambios agradables influyen para repetir el consumo, es entonces cuando el proceso adictivo genera la necesidad de consumir cada vez más. Se empieza a perder el control del consumo y se hacen presentes en mayor número las consecuencias negativas, lo que hace que se recurra al abuso de drogas para evitar enfrentar dichas consecuencias.

2.2.1.1 FASES DEL PROCESO ADICTIVO

Estas fases explican las condiciones psicológicas por las que se recurre cada vez más al consumo.

Figura 2.6 Fases del proceso adictivo.



Fase previa o de predisposición: No se tiene aún contacto con el alcohol, tabaco y otras drogas, pero factores socioculturales y biológicos pueden facilitar que se presente el consumo.

Tabla 2.8 Factores socioculturales y biológicos que facilitan el consumo.

FACTORES SOCIOCULTURALES	FACTORES BIOLÓGICOS
Creencias, expectativas y conductas que se comparten con el entorno: • Publicidad • Medios de comunicación • Acceso a drogas en la comunidad • Usos y costumbres sociales del consumo • Actividades para el tiempo libre • Conflictos • Ofrecimientos • Crisis familiares • Necesidades económicas • Búsqueda de satisfactores inmediatos	La condición biológica incluye la inteligencia, el aprendizaje y la personalidad que al combinarse con los socioculturales originan valores y actitudes de la persona hacia el consumo.

Fase de conocimiento: La cercanía que la persona tenga hacia las drogas hace más probable que las conozca. La forma de interpretar los efectos de las drogas influye en el consumo: si en casa es bien visto consumir alcohol en reuniones, se asocia a que sea un requisito para divertirse; si por el contrario en la familia no se acepta el consumo problemático, se interpreta que éste es negativo para los valores de la familia.

Fase de experimentación e inicio del consumo: En esta fase el objetivo de consumir no es obtener efectos farmacológicos ya que la persona los desconoce, sino probar y experimentar. Para que una persona inicie el consumo influyen, muchos factores, por ejemplo:

- El conocer las drogas.
- La intención de probarlas a partir de la facilidad para conseguirlas y consumirlas.
- Los efectos que se esperan obtener.
- Convencimiento de los riesgos a los que se expone por consumirlas.
- Habilidades para rechazar o no ofrecimientos de drogas.
- Características del estado emocional (por ejemplo, tristeza, enojo, estrés).
- Circunstancias de vida por las que se atraviesa.

Fase de consolidación: Dependiendo de las consecuencias obtenidas durante la experimentación de alguna droga, la persona decide continuar o detener el consumo. Si al consumir el usuario consiguió aprobación o rechazo también influye para mantener o no el consumo.

Fase de mantenimiento o abandono: Si al seguir consumiendo alcohol, tabaco y otras drogas se obtienen ciertos beneficios o efectos agradables mayores a las consecuencias negativas, es altamente probable que la persona decida mantener el consumo. Por el contrario, si el abuso empieza a acarrear problemas en el estado de ánimo, en el trabajo, con la pareja, en la relación con los amigos o en el estado de salud física o mental, es necesario que la persona inicie un proceso para tomar decisiones y abandonar el consumo de drogas.

Fase de recaída: Al abandonar el consumo la persona puede tener dificultad para mantener la abstinencia y por tanto, puede presentar una recaída. Esta fase y la anterior pueden ocurrir repetidas ocasiones hasta que se logre alcanzar la abstinencia definitiva, de lo contrario, la persona puede renunciar al cambio y continuar consumiendo drogas con las consecuencias individuales, familiares, laborales y sociales que el consumo conlleva.

El consumo de drogas es un proceso en el que la conducta ocurre con más frecuencia, cantidad y variedad de situaciones; por lo que la rehabilitación también requiere considerarse como un proceso de cambio que precisa distinguir los factores que intervinieron para iniciar y continuar con el consumo en las distintas fases.

2.2.2 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El consumo de drogas no se origina por una sola causa. Hay quienes estando en el mismo ambiente desarrollan la adicción y otros no; son diversos factores los que la propician. Éstos tienen diferente intensidad según la etapa del desarrollo, el ambiente y acontecimientos de vida individual, familiar y social; lo que expone y predispone el inicio o mantenimiento del consumo de una o más drogas.



➤ ¿POR QUÉ UNA PERSONA SE INICIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS?

El enfoque **riesgo-protección** identifica y actúa sobre múltiples causas que originan el consumo de drogas. Detectar estos factores permite distinguir quiénes están más propensos a desarrollar una adicción; una preocupación es la población joven, por la reducción en la edad de inicio al consumo.



Factores de riesgo: Son atributos o características individuales, condiciones o situaciones del entorno que aumentan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas, el inicio en el consumo de otras o el consumo simultáneo de varias de éstas.



Explora los factores de riesgo y protección que participan en la conducta de consumo del usuario para evitar recaídas.

Factores de protección. Son atributos o características del individuo, condiciones y situaciones del entorno que **inhiben, reducen o disminuyen** la probabilidad del uso y/o abuso de drogas, del inicio en el consumo de otras o el consumo simultáneo de varias de éstas.



Los factores de protección no son opuestos a los de riesgo, hacen menos probable el consumo de drogas en la población. Ambos factores se presentan a lo largo de la vida; la detección oportuna de los de riesgo permite atenuarlos o eliminarlos a partir de la promoción de los de protección disponibles o fortaleciendo otros.

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO
Individual	• Conducta agresiva en edades tempranas. • Habilidades sociales pobres. • Desventajas en la constitución física, complicaciones perinatales, desequilibrio químico-neurológico, discapacidad. • Limitaciones en diversas destrezas del desarrollo como la inteligencia, trastornos mentales, dificultades para desarrollar hábitos apropiados de trabajo. • Dificultades emocionales como la apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, problemas con el manejo de emociones, depresión. • Bajo rendimiento escolar. • Curiosidad, necesidad de aceptación, deseo de experimentar nuevas sensaciones. • Eventos estresantes. • Abuso sexual. • Trastornos mentales.
Familiar	• Características familiares que impiden la conformación de lazos de confianza y apoyo mutuo: distancia, poca expresividad y afecto. • Consumo y abuso habitual de drogas legales e ilegales en la familia. • Falta de supervisión de los padres sobre los intereses, necesidades e inquietudes de los hijos; falta de límites, de cumplimiento de responsabilidades y sobreprotección. • Muerte. • Problemas para establecer relaciones interpersonales. • Maltrato familiar o de pareja, abuso sexual.
Social	• Poco apoyo social. • Disponibilidad de drogas legales e ilegales. • Venta ilegal de cigarros. • Narcomenudeo. • Presencia de conductas antisociales en la comunidad. • Leyes y normas laxas y favorables al consumo de drogas y la comisión de actos antisociales. • Abuso de drogas en grupo de pares.

Tabla 2.9
Factores de riesgo.

Tabla 2.10
Factores de
protección.

ÁMBITO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	• Género. • Edad. • Capacidad para prestar atención, recordar, concentrarse, resolver problemas. • Concepto de sí mismo, proyecto de vida. • Estado de ánimo positivo. • Convivencia con otras personas, habilidades para expresarse, mostrar tolerancia, entendimiento hacia otros, relaciones de apoyo. • Analizar lo que resulta más conveniente, colaborar, ser útil y productivo, plantearse metas. • Tener sentido del humor. • Inteligencia, desempeño escolar acorde con el nivel educativo, buen rendimiento escolar. • Conocer los efectos de las drogas.
Familiar	• Lazos de confianza y respeto. • Confianza en el alcance de metas y apoyo para lograrlo. • Supervisión de padres y/o tutores. • Atender las relaciones con grupos de amigos y a los modelos de conductas de interés para los hijos.
Social	• Comunicación fluida entre los entornos de casa, escuela e instituciones. • Oportunidades de desarrollo y participación en actividades comunitarias. • Leyes y normas que fomenten una vida saludable. • Políticas en contra del abuso de drogas. • Unión con vecinos y personas de la comunidad.

2.3 SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1
Debes distinguir las características de diagnósticos en trastornos de salud mental relacionados con el abuso de drogas e identificar condiciones de alteraciones en usuarios que presentan enfermedades mentales para su referencia y atención psiquiátrica pertinente.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta misma organización estima que para el año 2025 el 75% de los enfermos mentales tendrá problema de abuso de drogas; y a la inversa, cada vez es más frecuente que los usuarios que asisten a centros de rehabilitación presenten trastornos mentales asociados al consumo de drogas.

La salud mental y las adicciones se influyen en forma recíproca; hay alteraciones de salud mental que favorecen las adicciones. Esto ocurre cuando se tiene, por ejemplo, un trastorno de ansiedad, el cual al iniciar el consumo de drogas como el alcohol o la marihuana reconoce el efecto placentero de que disminuye la ansiedad.

De igual manera, la adicción afecta a la salud mental ocasionando ya sea un trastorno de ansiedad o de depresión, los cuales a su vez aumentan más el problema de adicción. De tal manera que ésta puede producir alteraciones de salud mental como episodios agudos de psicosis que resultan efectos temporales del consumo.

No obstante, también pueden ocasionar alteraciones más severas y permanentes como la esquizofrenia, que a su vez aumenta el consumo de drogas.

**2.3.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS
CONFORME AL CIE -10**

La OMS en la décima revisión (1995) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) registra y codifica distintos padecimientos, desde trastornos por consumo de drogas que incluyen intoxicación y consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos.

El CIE-10 define características y un conjunto de alteraciones para establecer diagnóstico y diagnóstico diferencial que distinga alteraciones que pudieran confundirse:

DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN
F1x.0 Intoxicación aguda	Estado momentáneo que se presenta después de la ingesta de alcohol u otras drogas; altera la conciencia, pensamiento, percepción, estado afectivo, conducta y otras respuestas fisiológicas y psicológicas. Este diagnóstico corresponde únicamente a casos de intoxicación en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el uso de drogas.
F1x.1 Consumo perjudicial	Forma de consumo que afecta la salud física o mental del usuario; ocasiona hepatitis y episodios depresivos secundarios al uso de drogas. El conjunto de alteraciones que necesitan presentarse al diagnóstico son en salud mental y/o física, así como consecuencias sociales adversas y críticas de terceros. No debe diagnosticarse al existir síndrome de dependencia, trastorno psicótico u otros trastornos específicos relacionados con el consumo de drogas.
F1x.2 Dependencia	Conjunto de manifestaciones fisiológicas (taquicardia, temblor, etc.), conductuales (buscar consumir constantemente) y cognitivas (pensar en consumir) en las que el consumo resulta prioritario frente a otras actividades valiosas para el usuario.
F1x.3 Síndrome de abstinencia	Conjunto de síntomas agrupados por tipos y niveles de gravedad, presentes ante la abstinencia gradual o absoluta de una droga determinada posterior a un consumo continuado o a dosis elevadas. Su evolución se encuentra limitada en tiempo y se relaciona con el tipo de droga y dosis consumida.

!
Ayuda al usuario para que identifique los riesgos del consumo, sepa prevenirlos o enfrentarlos.

Tabla 2.11
Criterios diagnósticos de abuso y dependencia de drogas conforme al CIE -10.

2.3.2 PATOLOGÍA DUAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El término “Patología Dual” o “Comorbilidad” es frecuente entre pacientes con dependencia a la droga y se refiere a la coexistencia entre un trastorno mental y otro por consumo de drogas, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos. Ejemplo: dependencia a la cocaína con trastorno depresivo mayor.

➤ ¿CÓMO SE PUEDEN TRASLAPAR DIFERENTES TRASTORNOS?

Padecer trastornos mentales hace referencia principalmente a sufrir trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de personalidad, del déficit de atención, o del espectro de la esquizofrenia y psicosis.

En los trastornos mentales hay dos tipos: primarios y secundarios; se pueden establecer tres tipos de relación entre ambos:

1. Trastorno psiquiátrico primario que ocurre antes del trastorno por uso de drogas que es secundario.

Ejemplo

Una persona que padece ansiedad al relacionarse con otros: fobia social (trastorno primario); y para calmar su ansiedad consume tranquilizantes ocasionándose una adicción a estos medicamentos (trastorno secundario).

2. Trastorno por uso de drogas primario que ocasiona síntomas psiquiátricos secundarios.

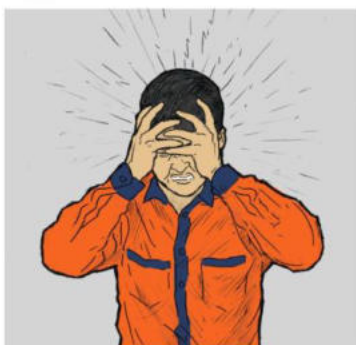
Ejemplo

Un consumidor de cocaína (trastorno primario) puede desarrollar un trastorno del sueño (trastorno secundario) debido al consumo de la droga.

3. Dualidad primaria, es decir tanto el trastorno psiquiátrico como el uso de sustancias son primarios.

Ejemplo

Un consumidor de la heroína (trastorno primario) presenta un trastorno de ansiedad (trastorno primario) que es a su vez causa y consecuencia de su consumo.



Esto se complica principalmente si el trastorno mental no ha sido diagnosticado previamente y las personas cercanas al usuario atribuyen los cambios en su comportamiento como resultado del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; por ejemplo un alto nivel de impulsividad, no hay respeto a pautas o normas sociales; manifestaciones de conducta agresiva y violenta e ideas paranoides.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES?



La falta de identificación oportuna y de atención psiquiátrica al diagnóstico de Patología Dual origina intervenciones inadecuadas. Algunas consecuencias de esta desatención son:

- a) El usuario no sigue las indicaciones terapéuticas.
- b) El usuario no está correctamente medicado.
- c) Errores en la elección de estrategias terapéuticas.
- d) Consumos de drogas aparentemente inexplicables.
- e) Deterioro progresivo de la relación entre usuario y consejero.
- f) Abandono del tratamiento.

Para evitar que ocurran este tipo de situaciones se debe realizar una valoración psiquiátrica al usuario de primer ingreso, para que en caso de presentar una patología mental se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- Si el establecimiento cuenta con la formación y especialización de tratamiento en Patología Dual, se debe verificar que el usuario haya sido correctamente diagnosticado por un psiquiatra especialista en el tema, que esté controlada su medicación, mantenga revisión frecuente a nivel psiquiátrico y que todo el equipo multidisciplinario esté enterado de la patología y tipos de intervenciones necesarias con el usuario.
- Si el establecimiento no cuenta con los recursos necesarios para contener y tratar a un usuario con estas características, es necesaria la derivación a la instancia pertinente. El no llevar a cabo dicha derivación, además de las consecuencias antes mencionadas en el usuario, puede generar obstáculos y añadir dificultades al resto de los usuarios que residen en el establecimiento.

2.3.3 PRINCIPALES TRASTORNOS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Según el DSM-IV TR (Cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) los principales trastornos mentales inducidos por drogas son:

Tabla 2.12
Trastornos mentales
inducidos por drogas
según el DSM-IV TR.

TRASTORNO	EJEMPLO
Delirium	Delirium tremens de la dependencia al alcohol con alucinaciones importantes.
Demencia	En dependencia al alcohol puede ocasionar alteraciones en la memoria, lenguaje, aprendizaje y otros procesos cognitivos.
Amnesia	En la intoxicación aguda por alcohol, en donde no se recuerda nada de lo ocurrido y que puede ser persistente.
Cuadros psicóticos con alucinaciones	Pérdida de la realidad.
Trastornos del ánimo	Depresión.
Trastornos de ansiedad	Fobias y trastorno obsesivo-compulsivo.
Trastornos sexuales	Trastorno del deseo sexual, de la excitación, eyaculación precoz.
Trastornos del sueño	Insomnio y sonambulismo.
Trastornos perceptivos por alucinógenos	Flashbacks y cambio en las percepciones de las cosas que le rodean.



¿CÓMO IDENTIFICAR TRASTORNOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS, QUE ENCUBREN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL?

Diferenciar trastornos mentales inducidos por drogas de los que no lo son no es tarea fácil. En ocasiones los síntomas presentados por la intoxicación de una droga encubren trastornos de salud mental no diagnosticados, por lo que su identificación es de suma importancia.

La atención que reciban los usuarios requiere que las características del tratamiento respondan a la necesidad de su problemática. Si el usuario no es atendido en algún aspecto alterado de su funcionamiento mental, se reducen las posibilidades de que se beneficie del tratamiento debido a que éste resulta incompleto. Esto desmotiva al usuario, quien interpreta que el tratamiento residencial no es útil y en próximas ocasiones se resistirá a asistir a éste o a cualquier otro tratamiento para las adicciones.

Si por ejemplo el usuario ha tenido intentos de suicidio, es recomendable que primero se hospitalice para que posteriormente se realice el trabajo de consejería como parte del tratamiento residencial; con el fin de evitar exponerlo a nuevos intentos de suicidio.

Si el usuario padece de un trastorno psicótico agudo se necesita referenciarlo en el área de psiquiatría para que deje de tener alucinaciones, delirios (en remisión) y poder trabajar en el tratamiento una vez que se reciba el documento de contrarreferencia por parte del especialista y en el que señale que dejaron de presentarse esas alteraciones.

Si tiene una alteración de un cuadro psicótico crónico no se deberá atender en el centro residencial pues su problemática se puede agravar al no tener las condiciones de tratamiento necesarias y puede afectar a otros usuarios. Este tipo de personas pueden actuar de manera agresiva, dañarse o dañar a otros; requieren de un ambiente tranquilo y sin amenazas.

Los motivos que determinan que el trastorno psiquiátrico sea independiente al consumo de drogas son:

- a) El trastorno psiquiátrico comenzó antes que el consumo regular de drogas.
- b) Los síntomas y problemas que presentan son distintos a los que muestran abuso o dependencia de drogas.
- c) El trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia.
- d) Existen antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- e) Hay fracaso terapéutico en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos.



SALUD MENTAL Y ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los siguientes incisos.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.2

a) Relaciona los conceptos con la definición correspondiente.

CONCEPTOS		DEFINICIÓN
a) Intoxicación aguda	()	Forma de consumo que afecta la salud física o mental del usuario; ocasiona hepatitis y episodios depresivos secundarios al uso de drogas.
b) Consumo perjudicial	()	Se refiere a la coexistencia entre un trastorno mental y otro por consumo de drogas.
c) Dependencia	()	Conjunto de síntomas agrupados por tipos y niveles de gravedad, presentes ante la abstinencia gradual o absoluta de una droga determinada posterior a un consumo continuado o a dosis elevadas.
d) Síndrome de abstinencia	()	Estado momentáneo que se presenta después de la ingesta de drogas; altera la conciencia, pensamiento, percepción, estado afectivo, conducta y otras respuestas fisiológicas y psicológicas.
e) Patología Dual	()	En dependencia al alcohol este trastorno puede ocasionar alteraciones en la memoria, lenguaje, aprendizaje y otros procesos cognitivos.
f) Demencia	()	Conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas en las que el consumo resulta prioritario frente a otras actividades valiosas para el usuario.
g) Trastornos de ansiedad	()	Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo son ejemplos de este trastorno.

b) Responde con tus palabras, ¿por qué es importante identificar la Patología Dual en el tratamiento de las adicciones?

c) Describe las acciones que se recomiendan cuando los usuarios presenten los siguientes trastornos

TRASTORNOS	ACCIONES A SEGUIR
Intentos de suicidio	

Trastorno psicótico agudo

Cuadro psicótico crónico

d) Menciona por lo menos tres motivos que determinan que el trastorno psiquiátrico sea independiente al consumo de drogas:

2.4 VIOLENCIA Y ADICCIONES



VIOLENCIA Y ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Responde las siguientes preguntas; posteriormente discútelas con el grupo y elaboren conclusiones.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.3

Define con tus palabras qué es violencia

¿Qué relación tiene la violencia con el consumo de drogas?

La violencia y las adicciones son problemas de gran impacto en las personas, las familias y las comunidades pues alteran el desenvolvimiento normal y la posibilidad de desarrollarse plenamente. En su ejecución participan múltiples factores que obligan a que las alternativas de solución sean también articuladas desde diferentes sectores y con una mirada integradora.

En el consumo de drogas, la violencia puede estar presente durante todas las etapas de la adicción, incluso desde acciones coercitivas de amigos, vendedores, *dealers*, etc., para obligar a la compra o consumo de las mismas drogas. La violencia también se puede presentar en los consumidores como consecuencia de los efectos de algunas drogas, llegando incluso a cometer actos delictivos bajo su influjo para obtener recursos económicos para la compra de la droga.

La OMS define violencia como el uso intencional de fuerza o poder físico, amenaza contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad; que cause o tenga probabilidades altas de causar lesiones, muerte, trastornos del desarrollo, privaciones y/o daños psicológicos.

2.4.1 TIPOS DE VIOLENCIA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La Organización Mundial de la Salud tiene diversas clasificaciones de violencia:

CLASIFICACIÓN	TIPO DE VIOLENCIA	DESCRIPCIÓN
De acuerdo con las características de quien comete el acto de violencia	Autoinfligida	Incluye comportamiento suicida y autolesiones.
	Intrapersonal	Violencia familiar a menores, a la pareja, a personas de la tercera edad u otras personas sin parentesco.
	Colectiva	Incluye la violencia social, política y económica.
De acuerdo con su naturaleza	Física	Abofetear, golpear con puños, patear.
	Sexual	Relaciones sexuales forzadas y presión para el intercambio sexual.
	Psicológica	Intimidación, denigración, humillación, celos, privaciones y descuidos.
	Económica	Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes, disponer del dinero de la otra persona, tener a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio y privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.
De acuerdo con la intensidad de sus consecuencias	Modalidad Grave (maltrato físico)	Diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, que se conjugan con una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
	Forma Moderada (violencia común)	Las emociones negativas generalmente estallan en comportamientos violentos.

Tabla 2.13
Clasificaciones de violencia de acuerdo a la OMS.

Otros tipos de violencia interfieren en el óptimo desarrollo del individuo y continuamente se presentan en quienes consumen drogas:

- **Violencia estructural:** Es una agresión colectiva desde una estructura política o económica; en la que se ejerce violencia verbal y/o física a personas para vencer su resistencia y dificultad a dejar el consumo. Se refiere al abuso en el que la autoridad cree tener poder sobre otro; en este tipo de violencia se conjugan la violencia física y psicológica.

En algunos establecimientos (principalmente en centros residenciales de ayuda mutua) es común que se den prácticas de hostigamiento y maltrato a los internos, sin embargo, se debe tener presente que la violencia sólo genera violencia, por lo que es necesario erradicar completamente de los establecimientos las prácticas de maltrato estableciendo acciones que promuevan la prevención de la violencia.

El consejero, quien representa la autoridad en el establecimiento, debe evitar mostrar cualquier tipo de violencia al usuario; ésta no favorece el proceso de cambio al generar temor, presionar o amenazar; por el contrario, afecta la decisión y el convencimiento personal de cambiar. La violencia provoca que el usuario no se sienta respetado, además al actuar de esta forma no se le está dando el trato digno que merece recibir. El cambio por coerción (dominación) no resulta duradero y ocasiona más motivos para consumir y/o abandonar el servicio terapéutico y evitar otro tratamiento.

Adicionalmente, el consejero se expone a problemas legales, además de que modela formas de comportamiento agresivas en los usuarios.

Si el consejero incurre en el uso de violencia hacia el usuario incumple la siguiente legislación:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en su Capítulo II, artículo XIII referente a no dar trato abusivo y no atentar contra la dignidad.
- NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Apartado 9. Tratamiento.
- Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. Apartado 8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios.

Asimismo, incurre en la comisión de prácticas inadmisibles mediante las cuales se somete al usuario a través de amenazas, castigos, violencia física y/o verbal.⁷

⁷ Estas leyes y normas así como las prácticas inadmisibles serán abordadas con más detalle en la siguiente línea.

Para evitar que se genere violencia en el establecimiento, el consejero debe identificar qué actitud tomar y qué destrezas debe poner en práctica:

CONSIDERACIÓN	DESCRIPCIÓN
¿Qué conocer?	Identificar y diferenciar los conflictos que frecuentemente se dan al interior de los establecimientos como procesos naturales de la convivencia, respecto de los actos de violencia que son dirigidos a ocasionar daño intencional a una o más personas.
¿Qué actitud adoptar?	Debe reconocer que existen condiciones sociales y estructurales que no son susceptibles de modificar en el entorno de los usuarios; de esta manera dirigirá su apoyo a la adquisición de habilidades sociales que favorezcan la resolución de conflictos y la toma de decisiones.
¿Qué destrezas se deben poner en práctica?	• Escuchar activamente al usuario. • Identificar situaciones exitosas en donde él mismo negoció o resolvió adecuadamente un conflicto y exponerlas como ejemplo al usuario. • Explicar al usuario la importancia de emplear técnicas de respiración y relajación antes de tomar una decisión precipitada.
¿Qué hacer en una situación de violencia en la sesión?	• Ser empático, tratar de entender la posición del usuario: hacerle notar que se le está escuchando, no elevar la voz, pero mantener un tono firme; identificar el motivo principal del conflicto y reconocer el derecho del otro a estar molesto, procurar una "tregua", no emplear malas palabras, no emitir juicios de valor, no insistir en su punto de vista, evitar el contacto físico (principalmente empujones o sometimientos). • Mostrar al usuario su comportamiento inadecuado. • Establecer límites y recordarle el reglamento del establecimiento. • Contener la agresión y confrontar al usuario. • Detener la sesión e informar a quien corresponda. • Mantener la calma y contener al usuario.

Tabla 2.14
Consideraciones
para evitar
situaciones
de violencia.

- **Violencia cultural:** Son aspectos culturales que justifican usar la violencia en circunstancias específicas, por ejemplo en defensa de la fe o religión, desvalorizaciones, amenazas y críticas a grupos específicos, etcétera.

En el consumo de drogas, un sin número de casos presentan y reciben agresión bajo el efecto de las drogas. Continuamente se recurre a la violencia física y psicológica por ignorancia, por no controlar impulsos o por falta de conciencia sobre una mejor forma de cambiar la situación de consumo.



TIPOS DE VIOLENCIA

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los incisos a y b:

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.4

a) Relaciona el tipo de violencia con su ejemplo correspondiente.

TIPO DE VIOLENCIA		EJEMPLO
A. Violencia psicológica	()	Insultos y humillación
B. Violencia intrapersonal	()	Estigmatizar por ser usuario de drogas
C. Violencia física	()	Golpear
D. Violencia sexual	()	Tocamientos a otra persona sin su consentimiento
E. Violencia cultural	()	Automutilación
F. Violencia autoinfligida	()	Sometimiento a un grupo de manifestantes
G. Violencia colectiva		

b) Enumera los conocimientos, destrezas y actitudes más importantes que debe tener un consejero para evitar una situación de violencia en el establecimiento.

2.5 PRINCIPALES COMPONENTES DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

El tratamiento para la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas es sin lugar a dudas una de las maneras más efectivas de:

- Reducir el consumo.
- Romper el ciclo que puede presentarse entre el consumo y la realización de conductas delictivas.
- Mejorar la salud de los usuarios.
- Reducir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de VIH/SIDA.

El éxito de los programas de tratamiento también depende de la capacidad que tenga el consejero de mantener y motivar al usuario en el tratamiento el tiempo que sea necesario, a fin de que pueda obtener el máximo beneficio posible. De esta forma, el uso de estrategias para involucrar y mantener activo al usuario es un componente fundamental de los programas de tratamiento.

2.5.1 PROCESO DE TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud define al tratamiento como el proceso que inicia al entrar en contacto con quien proporciona servicios de salud o comunitario y que continúa mediante una serie de intervenciones hasta alcanzar el mayor nivel de salud posible.

De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones el **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 el de su familia”.

El proceso del tratamiento se compone de fases básicas que guían la rehabilitación:

Desintoxicación	Proceso con soporte de medicación y supervisión médica que se utiliza para cesar el consumo de drogas y evitar el síndrome de abstinencia.
Deshabitación	Se trabaja para sustituir hábitos y actitudes alterados. Ejemplo: utilizar tiempo libre para platicar con amigos no consumidores, hacer ejercicio, leer, descansar en lugar de consumir.

Tabla 2.15 Fases del proceso de tratamiento.

REHABILITACIÓN	Recuperar habilidades afectadas a consecuencia del consumo. La principal herramienta es la consejería (individual, grupal y familiar), que se complementa con estrategias para controlar impulsos, reducir ansiedad, mejora en habilidades para la vida, etcétera.
REINSERCIÓN	A lo largo del proceso de tratamiento y sobre todo al final, el equipo terapéutico acompaña y prepara al usuario para regresar a su entorno. Se debe dar seguimiento hasta alcanzar el objetivo plenamente.

La **desintoxicación** se refiere a un tratamiento hospitalario en donde se brinda supervisión médica y de seguridad a usuarios que requieren de un control físico y/o psiquiátrico intensivo. Se debe considerar aplicarse en casos en los que el usuario está en situación de salud delicada o al representar un peligro para sí mismo o para otras personas.

La **deshabitación** requiere cambiar todos los hábitos asociados al consumo para evitar que al seguirse presentando ocurran recaídas de manera automática debido a que ya se estableció un aprendizaje. Al sustituirlos por hábitos saludables la persona procura su bienestar y de esta manera se aleja del consumo.

La **rehabilitación** en modalidad residencial hace referencia a un ambiente libre de disponibilidad y consumo de drogas. En estas condiciones hay un ambiente estructurado y planeado de actividades y trabajo terapéutico y en el que a través de la convivencia e influencia entre usuarios, cada persona aprende normas sociales y desarrolla habilidades para aprender a funcionar y enfrentar la vida diaria alejada del consumo.

La **reinserción social** se integra por un cúmulo de acciones cuyo propósito es promover en el usuario un estilo de vida saludable a fin de lograr un mejor funcionamiento individual y social. Para lo cual, debe considerarse la incorporación al mercado laboral de manera progresiva; así como la inserción al plano económico para integrarse a una sociedad de consumo, derivado de su aprendizaje para establecer prioridades y administración del gasto. De manera transversal, el conocimiento y aceptación de sí mismo propician que el usuario entable relaciones emocionales.

En general el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica intervenciones secuenciadas y una supervisión constante al usuario por parte del equipo multidisciplinario y de los consejeros en adicciones.

2.5.1.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La perspectiva de género se refiere a una mirada analítica que intenta indagar y explicar cómo las sociedades construyen sus reglas, valores, prácticas, procesos y



Un tratamiento exitoso se basa en la asociación y cooperación activa entre instituciones gubernamentales reguladoras de la atención a las adicciones, los servicios profesionales y comunitarios.

subjetividad (puntos de vista internos o personales), dándole un nuevo sentido a las relaciones que se producen entre las mujeres y los hombres.

La perspectiva de género cuestiona las relaciones de poder y propone la creación de nuevos equilibrios en la distribución de recursos y oportunidades para el desarrollo de las personas, y en este caso, en el desarrollo de estrategias de intervención para la atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

GÉNERO Y ADICCIONES



Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni tampoco es valorado del mismo modo por quienes no consumen. Mientras que en el caso de los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello, las mujeres dependientes a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social.

La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece el encubrimiento del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral son insostenibles.

En la siguiente tabla se muestran algunos de los motivos frecuentes relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas diferenciados entre mujeres y hombres:

i
La perspectiva de género permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

MUJERES	HOMBRES
• Búsqueda de lograr la igualdad con los hombres, imitando algunos comportamientos característicos del rol masculino como el uso de drogas. • El consumo se asocia con frecuencia a relaciones afectivas con parejas consumidoras, a necesidades de aceptación y vínculo con el otro. • Utilizan drogas para tranquilizarse y estabilizar sus emociones (regularmente consumen anti-depresivos y ansiolíticos).	• Actualmente sigue siendo superior el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en hombres que en mujeres. • Regularmente consumen drogas por aspectos relacionados con su confirmación de la masculinidad y rendimiento (evitar el cansancio, sentirse con energía).

Tabla 2.16
Motivos para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

De manera particular, las consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la mujer son:

- Mayor efecto del consumo y la dependencia se desarrolla más rápido.
- Pérdida de recursos personales, familiares y sociales.
- Se le excluye del núcleo familiar.
- Se duda de su competencia como mujer, madre y pareja.
- Se expone a reproches familiares y sociales por irresponsabilidad al consumir.
- Tiene dificultad para valorarse y enfrentar adversidades.
- Es dependiente emocionalmente e insegura para tomar decisiones.
- Tiene sentimientos de indefensión e impotencia para dejar el consumo.
- Es maltratada y abusada sexualmente.
- Presenta síntomas y alteraciones mentales: depresión, ansiedad, dificultades en alimentación y sueño.
- Se considera que no tiene una adecuada conducta sexual y poco autocontrol ocasionando culpa, vergüenza y desacreditación.
- Tiene menos acceso a servicios de tratamiento y redes de atención que responden a sus necesidades.
- Tiene mayor dificultad para la reinserción social.
- Niega el problema y retrasa o evita solicitar ayuda, pues al ser madre duda en ingresar a un servicio de tratamiento residencial para evitar desatender a su familia.

Durante la atención al usuario, es importante que el consejero tome en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar con información o datos diferenciados por sexo, que den cuenta de las proporciones de la problemática o situación.
- Tener conocimientos básicos acerca de las drogas de mayor consumo, factores de riesgo y de protección de mujeres y hombres.
- Identificar y analizar las creencias que tienen mujeres y hombres con respecto al consumo de drogas y en su vida cotidiana.
- Brindar estrategias de intervención específica para mujeres y hombres.
- Adaptar las estrategias y técnicas de intervención a las situaciones propias que viven las mujeres, de acuerdo a su historia y situación familiar.

En la atención particular a las mujeres se recomienda atender los siguientes aspectos:

- Mantener una actitud activa de comprensión.
- Evitar culpar por el consumo.
- Proporcionar reconocimiento por el interés y disposición al cambio para evitar el abandono del proceso.
- Disminuir el rechazo, aislamiento y negación de los problemas.
- Transmitir optimismo.
- Concientizarla sobre el problema, para que lo atienda y resuelva.
- Analizar su situación actual y valorar su historia de vida.
- Identificar sus razones para solicitar tratamiento, la percepción sobre su consumo y las carencias o apoyos con los que cuenta.
- Asegurarse que a su ingreso se le practique una revisión física completa, sin atentar contra su integridad física o mental.
- Descartar que se encuentre embarazada, ya que esto implica una atención especial. En caso de que esté embarazada debe suspender el consumo, ya que puede afectar el desarrollo del bebé.

2.5.2 PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS



Todo programa de tratamiento debe adaptarse a las características del entorno social, cultural y económico de la localidad en donde se pretende implementar, considerando que:

- Los usuarios presentan diversas necesidades en los ámbitos individual, familiar, social y económico.
- Los usuarios deben remitirse a los servicios que mejor convengan a sus necesidades, contemplando sexo, edad, estado físico y presencia de otras conductas de riesgo.
- La desintoxicación sólo es parte de la primera fase del tratamiento.
- Se debe realizar una valoración integral del usuario a fin de identificar padecimientos importantes.
- Un tratamiento es efectivo si responde a todas las necesidades de los usuarios y no sólo al control del consumo de drogas.
- Ningún tratamiento es eficaz para todos los casos; cada usuario necesita diversidad de tratamientos que deben integrarse y coordinarse durante las etapas de la intervención terapéutica.
- Los problemas derivados del consumo de drogas se atienden eficazmente si se tiene acceso a servicios apropiados para atender sus necesidades.
- Los programas deben estar disponibles y ser de fácil acceso para los usuarios.
- Todo programa de tratamiento debe considerar la recaída como parte del proceso para llegar a la abstinencia.
- Los programas deben evaluarse continuamente y adaptarse para responder al fenómeno cambiante del consumo de drogas y las consecuencias que de éste se deriven.
- El ejercicio de consejería (individual, grupal y familiar) debe ser parte fundamental de los programas de tratamiento, y no solo las técnicas de modificación de la conducta.
- Se debe incluir la promoción de estilos de vida saludable, tomando en cuenta aspectos de educación para la salud y estrategias de autocuidado.
- El uso de tratamientos farmacológicos (cuando el caso así lo requiera) tendrá mejores resultados al combinarse con intervenciones psicoterapéuticas y grupos de apoyo.
- La Patología Dual o Comorbilidad debe ser tratada de forma integral.

El tratamiento para la adicción debe ayudar al usuario a dejar de consumir alcohol, tabaco u otras drogas, a mantener un estilo de vida libre de drogas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

PROCESO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

INSTRUCCIONES: Busca en la sopa de letras las respuestas a las definiciones que se presentan.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.5



- Proceso que inicia al entrar en contacto con quien proporciona servicios de salud o comunitarios y que continúa mediante una serie de intervenciones.
- El usuario recupera las habilidades afectadas a consecuencia del consumo. La principal herramienta es la consejería que se complementa con algunas estrategias.
- Proceso con soporte de medicación y supervisión médica que se utiliza para cesar el consumo de drogas y evitar el síndrome de abstinencia.
- Se trabaja para sustituir hábitos y actitudes alterados.
- Se prepara al usuario para regresar a su entorno.

2.6 COMPONENTES CENTRALES DE LA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL POR CONSUMO DE DROGAS

La Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 define a la rehabilitación como el “proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.”

La evidencia científica señala que no es suficiente dejar el consumo de drogas para recuperarse, es importante además programar y desarrollar actividades con el usuario, que le permitan readquirir o mejorar sus habilidades motoras, cognitivas y afectivas, así como fortalecer de nueva cuenta lazos sociales con la familia, el trabajo, la escuela y la sociedad en general.

La rehabilitación requiere de una variedad de servicios y recursos para optimizar su capacidad en diferentes áreas. Si bien el objetivo inicial es mantener la abstinencia, se pretende lograr la reinserción social plena disminuyendo consecuencias negativas para la salud integral.

Por tanto, la rehabilitación adquiere un enfoque integral y transversal con el objetivo de lograr la recuperación, fortalecimiento y/o adquisición de capacidades y habilidades necesarias para favorecer el adecuado desempeño y manejo de las diferentes funciones de la persona.

La rehabilitación en la consejería centra su atención en cuatro componentes: biológico, cognitivo, afectivo y comportamental:

Tabla 2.17
Componentes
de la rehabilitación.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Biológico	Informar y motivar al usuario para promover el apego a la valoración psiquiátrica, cuando el caso lo requiera.
Cognitivo	Prescribir actividades para favorecer funciones cognitivas como la memoria, analizar sucesos, eventos cotidianos y/o material de lectura así como el apego a instrucciones.
Afectivo	Realizar actividades que resulten satisfactorias y recreativas al usuario.
Comportamental	Motivar el manejo de la agresión y solución de problemas.

Durante la rehabilitación del usuario se deben promover y fortalecer actividades con objetivos específicos y estrategias definidas, vinculadas con su plan de consejería; tales actividades comprenden las siguientes áreas:

ÁREAS	DESCRIPCIÓN
Psicosocial	Las actividades englobadas en esta área tienen una relación directa con la rehabilitación psicológica y social, y por ende, con la reinserción por medio de la modificación de los estilos de vida de los usuarios y el lugar desde donde establecen sus lazos sociales.
Reeducativa y formativa	La reeducación se enfoca en los procesos de crecimiento, aprendizaje, reinserción social y de prevención, prestándole especial atención a la persona en su integridad, a la valoración de los propios recursos y a la recuperación de sus potencialidades y expresiones. Lo formativo se dirige a todas aquellas habilidades necesarias al aprendizaje de las personas que siguen estudiando, que quisieran incorporarse a un proyecto escolar, que desertaron o han tenido problemas para concluir sus estudios exitosamente.
Laboral y ocupacional	Su objetivo es favorecer la orientación, adaptación, formación, colocación y mantenimiento de la persona en el trabajo para obtener su reinserción laboral.
Física y deportiva	La práctica regular de actividades físicas permite a la persona mejorar la memoria, independencia, confianza, estabilidad emocional, rendimiento académico, imagen positiva de sí mismo, así como obtener bienestar y hacer frente a estados emocionales negativos como la tristeza, el enojo y la ansiedad.

Tabla 2.18
Áreas para el desarrollo de actividades orientadas a la rehabilitación.

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 define a la reinserción social como “Un conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social”.

La reinserción social consiste por tanto, en guiar a los usuarios durante la consejería, en la puesta en práctica de los recursos individuales adquiridos y fomentados en las actividades terapéuticas y de rehabilitación, con el fin de que alcancen una adecuada integración social, adquieran mayor responsabilidad y pongan en práctica competencias laborales e interaccionales, a través de la orientación y asesoramiento permanente que le brinde el consejero y en su caso, el equipo multidisciplinario.

En la reinserción del usuario se fortalecen diferentes áreas:

ÁREAS	DESCRIPCIÓN
Laboral	Para iniciar y mantener un trabajo e incorporarse en el ámbito laboral (preparación para el empleo y competencias laborales).
Económica	Para recibir un ingreso, hacer buen manejo del dinero en la cobertura de gastos y diversión para incorporarse a una sociedad de consumo (finanzas personales).
Emocional	Para reconocer sus emociones, aprender a estar consigo mismo y evitar que éstas ocasionen conductas inconvenientes y recaídas (autoconocimiento, manejo de emociones y estrés).
Relacional	Para tener contactos de cercanía, entendimiento, apoyo y afecto (habilidades sociales, solución de problemas, actividades para el ocio y manejo del tiempo libre).
Salud	Para procurar el óptimo funcionamiento físico (educación para la salud).

Tabla 2.19
Áreas a fortalecer para la reinserción social.

!
Debes fortalecer la disposición para el uso de herramientas comunitarias que provean un ambiente de apoyo familiar y social protector, que aleje de las recaídas y fortalezca el mantenimiento de la abstinencia.

La base de la reinserción es la reconstrucción del vínculo entre la comunidad y el usuario ya que esta relación se encuentra fracturada, lo que genera una situación de exclusión.

Un reto a enfrentar es la etiqueta social que se asigna al usuario cuando se conoce que tiene problemas de abuso y/o dependencia de drogas; este prejuicio disminuye la posibilidad de que cuente con recursos y apoyos en su vida.

Existen factores que dificultan el proceso de reinserción social de los usuarios, estos son:

- **No mantenerse en abstinencia:** Puede ocasionar el deterioro físico, cognitivo, emocional y social.
- **El deterioro en el estado de salud:** En ocasiones el abuso de drogas lleva al usuario a la pérdida de habilidades cognitivas o físicas que le dificultan su desarrollo en todos los ámbitos.
- **El abandono escolar o laboral:** Entre más tiempo se aleje de las áreas académicas o laborales, mayor será la dificultad para reintegrarse.
- **La falta de estructura familiar:** Los conflictos al interior de la familia pueden originar situaciones de abandono y exclusión.
- **La pobreza:** El usuario presenta menores recursos para su reinserción.
- **Detenciones por actos delictivos:** Representa una pérdida del vínculo con instituciones formales y ponen al usuario en situación de mayor aislamiento y marginación.

A continuación se presentan algunos factores socioculturales que intervienen en la integración o exclusión social de la persona, y que representan recursos que el individuo puede utilizar o evitar para facilitar su reinserción social, por lo que requieren trabajarse como metas terapéuticas con el usuario.

Tabla 2.20
Factores socioculturales de integración o exclusión social.

ÁMBITO	FACTORES DE INTEGRACIÓN	FACTORES DE EXCLUSIÓN
Laboral	Empleo fijo o estable. Buen nivel de ingresos. Condiciones para encontrar empleo. Experiencia laboral.	Desempleo. Subempleo. Empleo temporal. Vivir en condiciones de pocos recursos. Carecer de experiencias laborales previas.
Económico	Ingresos económicos regulares. Tener otras fuentes alternativas de ingresos. Contar con vivienda propia.	Ingresos insuficientes o irregulares. Endeudamiento. Sin vivienda.

ÁMBITO	FACTORES DE INTEGRACIÓN	FACTORES DE EXCLUSIÓN
Cultural	Integración a eventos culturales. Intereses culturales convenientes. Alto nivel de educativo; tiene competencias especializadas que son demandadas.	Pertenencia a grupos estigmatizados. Analfabetismo o baja instrucción.
Personal	Iniciativa. Cualidades personales que se valoran socialmente. Buena salud. Motivaciones fuertes. Optimismo, voluntad de realización. Facilidad para relacionarse con las personas. Adecuada apariencia física.	Minusvalías y enfermedades. Adicciones. Enfermedad mental. Violencia. Antecedentes penales. Apatía. Actitudes negativas.
Social	Apoyo familiar. Amplia red de contactos y relaciones sociales. Pertenencia a asociaciones y grupos sociales. Residencia en zonas en expansión Integración territorial.	Carencia de vínculos familiares fuertes. Carencia de redes sociales de apoyo. Ambiente de riesgo. Aislamiento.

REDES DE APOYO SOCIAL PARA EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

La rehabilitación y reinserción social exigen la participación de una variedad de estrategias: psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales dirigidas al usuario, su familia y la comunidad. El establecimiento tendrá que utilizar recursos sociales y comunitarios para asignar estrategias que permitan la rehabilitación y reinserción social. Entre estas estrategias se encuentran las **redes de apoyo**, las cuales se definen como las relaciones que se tienen con otras personas, agrupaciones o instituciones de la comunidad y que permiten obtener algún beneficio, utilidad o mejoría; (económico, moral, espiritual, afectivo y social).

Para el establecimiento de redes de apoyo es necesario que el consejero identifique:

- La gama de actividades que son afines a los intereses del usuario.
- Las competencias o habilidades que ha desarrollado y las que le gustaría adquirir.
- Los diferentes apoyos de los que dispone para acceder a los servicios de su interés.
- Los tiempos disponibles para el desarrollo de las actividades.
- Los obstáculos para su incorporación.
- El establecimiento de acuerdos, convenios y/o compromisos para su constante participación.

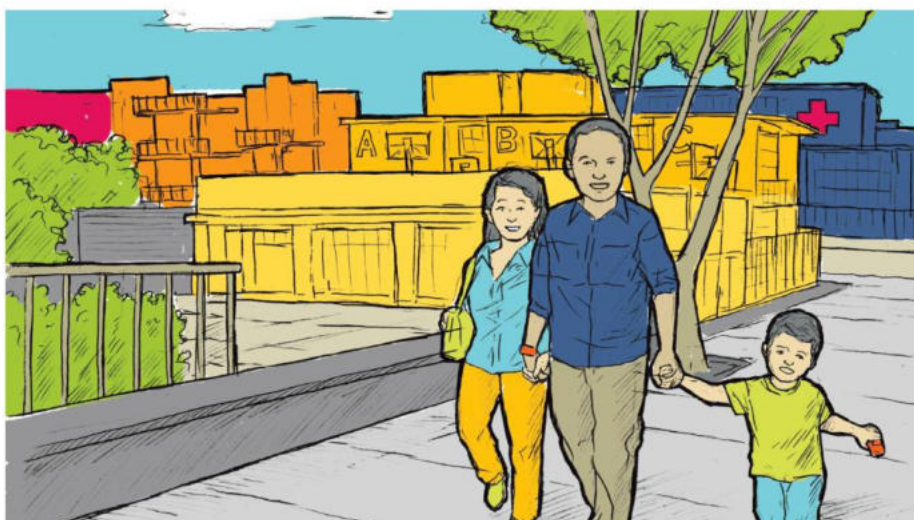
❗
Para la reinserción social del usuario debes motivar el uso de redes de apoyo social que se requieran.

Algunos ejemplos de recursos o redes de apoyo que pueden facilitar la rehabilitación y reinserción social del usuario son:



Como ya se mencionó, las acciones centrales para promover la reinserción social del usuario se basan en las áreas: laboral, económica, emocional, relacional y salud. Para desarrollar los objetivos de estas áreas se requiere plantear un **programa individualizado** que considere las características, dificultades, necesidades, intereses y posibilidades de los usuarios y que establezca las estrategias de intervención adecuadas.

➤ ESTRATEGIAS PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL



- Fomentar el contacto con ambientes sanos y acciones que promuevan la salud. Por ejemplo asistir a centros deportivos, gimnasios, cursos y talleres artísticos, asociaciones y grupos de senderismo, etcétera.
- Promover hábitos útiles para prevenir enfermedades. Por ejemplo mantener una higiene adecuada; si se padece alguna enfermedad tratarse adecuadamente, tomar la medicación pre-escrita por el especialista, llevar una nutrición balanceada, promover una salud sexual, etcétera.
- Promover el abandono de actividades delictivas y mantenerse al corriente de su situación legal o jurídica así como resolver los problemas consecuentes.
- Asesorar sobre posibilidades para resolver problemas legales.
- Fomentar el contacto y la cercanía con la familia a través de las herramientas obtenidas durante el proceso terapéutico y de rehabilitación.
- Motivar la incorporación a ambientes sociales como la pertenencia a ciertos grupos, mantener contacto con amigos que no consumen drogas, promover la convivencia con compañeros abstemios para realizar actividades de interés común.
- Favorecer el contacto con redes sociales, familiares y de salud.
- Promover la satisfacción de las necesidades básicas: vivienda, alimentación y vestido.
- Proponer la mejora de habilidades personales como la autoestima, comunicación asertiva, toma de decisiones, control emocional, manejo del estrés, etcétera.
- Cuestionar y reducir la identidad e imagen arraigada de ser consumidor.
- Elaborar un programa de actividades para la reinserción social contemplando horarios, requisitos, direcciones y costos.
- Promover la incorporación de hábitos positivos y saludables (alimentación, sueño o ejercicio físico).
- Fomentar la responsabilidad y capacidad de decisión.
- Facilitar el conocimiento de las propias capacidades y conductas.
- Fomentar el uso y acceso a recursos comunitarios (sociales, recreativos, espirituales, de ejercitación física, etcétera).
- Fomentar la formación académica.
- Aumentar y disfrutar actividades de ocio y tiempo libre.
- Fomentar el desarrollo de habilidades y conocimientos para la incorporación en el mercado laboral.

Un elemento central del proceso de reinserción social es brindar acompañamiento y retroalimentación al usuario durante los primeros meses de iniciado dicho proceso, a fin de apoyarlo, orientarlo y motivarlo para que fortalezca su confianza y tenga mayores probabilidades de insertarse a su ambiente familiar, social, escolar y/o laboral de manera exitosa.



REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

INSTRUCCIONES: Responde las indicaciones de los siguientes incisos:

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 2.6

a) Escribe un ejemplo de cada uno de los componentes de la rehabilitación y la reinserción social.

REHABILITACIÓN	
COMPONENTES	EJEMPLO
Biológico	
Cognitivo	
Afectivo	
Comportamental	
REINSERCIÓN SOCIAL	
Laboral	
Económica	
Emocional	
Relacional	
Salud	

b) ¿Qué aspectos del usuario debes identificar para establecer redes de apoyo que contribuyan a lograr su reinserción social?

c) Resuelve el siguiente caso:

Jimena tiene dos meses internada en un establecimiento residencial para rehabilitarse por consumo de heroína. Ha tenido una vida complicada pues viene de una familia disfuncional, no terminó la secundaria y estuvo en la cárcel por robo, lo que ocasionó que fuera rechazada por sus familiares y algunos amigos. Antes de estar internada le gustaba mucho bailar, ir a clases de aerobics y asistir a fiestas. Su estancia en el establecimiento ha sido un proceso difícil para ella pero ya fue dada de alta y está lista para reincorporarse a su vida cotidiana. En sesión de consejería individual, Jimena le comenta a su consejera que tiene el temor de fracasar, de no poder mantenerse sola y de ser rechazada nuevamente.

Conforme al caso anterior, ¿qué estrategias crees que la consejera pudiera utilizar para facilitar la reinserción social de Jimena?

LÍNEA 3 **MARCO NORMATIVO Y ÉTICO DE LA ATENCIÓN EN ADICCIONES EN MÉXICO**

Enunciar la reglamentación y normatividad ética que regula la consejería.

3.1 REFERENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En México se cuenta con un amplio marco jurídico, integrado en su mayoría por leyes, códigos, normas y reglamentos que regulan desde dos perspectivas principales el problema del consumo de drogas: la oferta y la demanda. En la primera encontramos reglamentaciones que van desde la posesión, manejo, uso y distribución de drogas, hasta la clasificación no sólo de las sustancias, sino incluso de los precursores químicos con los que se elaboran. También encontramos sanciones asociadas a la realización de tareas o actividades bajo el influjo de los efectos de sustancias como los reglamentos de tránsito de las entidades federativas.

En lo que respecta a la demanda, la normatividad existente es menor y en su mayoría es de orden federal, dirigida a establecer criterios y normatividad para la impartición de servicios de atención en adicciones.

Cómo en cualquier parte del mundo, las leyes en nuestro país tienen un orden jerárquico que indica la supremacía de una norma, su validez y relación respecto de las demás normas que se encuentran por debajo de ella. Conocer esta jerarquía ayuda a interpretar lagunas o contradicciones entre una ley y otra. Para resolver estas controversias se aplica lo que establece la ley de mayor jerarquía.



Figura 3.1 Criterios de jerarquía y prioridad en la legislación nacional, con base al modelo de la Pirámide de Hans Kelsen.



Recuerda que las las normas que componen un sistema jurídico se relacionan entre sí y el principio que las rige es la jerarquía.

La pirámide de Hans Kelsen es el ordenamiento jerárquico más usado en a nivel mundial, ya que permite visualizar de forma inmediata cuál ley está por encima de las demás. También pretende eliminar las interpretaciones subjetivas que se puedan hacer sobre las leyes, ya que al establecer esta jerarquía piramidal, de la cima hacia abajo aparecen las leyes en orden jerárquico.

En el primer nivel o nivel fundamental está la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nada ni nadie por encima de la constitución, es decir está por encima del resto, pero además de ello, esta norma cumple con un papel regulador y de unificación entre el resto de las demás normas. El nivel legal tiene tres subniveles, en el primero se encuentran las leyes, códigos, y normas federales; por deo de ellas están las estatales. En el tercer subnivel están las leyes, códigos y reglamentos municipales. El último nivel es el sub legal que es donde se encuentran las ordenanzas, acuerdos, sentencias y reglamentos que no son una ley formal.

Para entender de manera sencilla si una ley está por encima o por debajo de otra, y cuál de ellas tiene mayor jerarquía, hay que ubicarla en la pirámide: la que se encuentre por encima es la que tiene mayor jerarquía y la que está por debajo se debe ceñir a esa superior. En el caso de que dos leyes estén en el mismo nivel, ambas tienen el mismo orden de importancia.

Si alguna ley, norma, código o reglamento está por debajo de otro, no significa que puedan incumplirse. Toda la legislación mexicana es de cumplimiento obligatorio; la pirámide solo ayuda para resolver una controversia entre dos leyes, aquella que esté encima en la pirámide será la de mayor orden jerárquico.

Como en cualquier situación de prestación de servicios, en nuestro país, los establecimientos residenciales están obligados a observar la normatividad vigente que para el caso aplique, lo mismo que a tener reglamentos y normatividades propias, aunque ninguno de estos, está por encima del marco jurídico de referencia.

Por tratarse de un tema de atención de la salud, la regulación de los establecimientos de acuerdo al orden jerárquico que acabamos de revisar, se enmarcan en un inicio en el tema constitucional del derecho a la salud.

3.1.1 DERECHO A LA SALUD

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 es la norma suprema de todo el sistema jurídico mexicano, lo que significa que regula la vida nacional y no hay ninguna otra ley, código o norma que la exceda. En su artículo primero reconoce el derecho a garantizar la individualidad y la igualdad entre mujeres y hombres de nuestro país.

"Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece."

Específicamente, la Constitución en el artículo 4º, párrafo tercero garantiza el derecho a la salud para todos los mexicanos, el cual establece el acceso a la salud e incluye a la salud mental.

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".



El art. 4º de la Constitución establece el derecho fundamental para todos los mexicanos de recibir atención en la salud tanto física como mental.

Por su parte la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, a la cual México se adhiere y firma, promulga en su artículo segundo:

"Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía."

3.1.2 ASPECTOS JURÍDICOS EN LA ATENCIÓN DE ADICCIONES

Las leyes, códigos, normas y reglamentos contenidos en la legislación nacional que el consejero en adicciones debe observar son aquellas de carácter obligatorio para la prestación de servicios de atención a los usuarios.

La Ley General de Salud (LGS) es el instrumento jurídico que reconoce la adicción como problema de salud y a su vez establece los criterios para realizar la prevención, rehabilitación y tratamiento de las adicciones para el sector público, privado y social. En esta ley se establecen las bases jurídicas para hacer efectivo el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Reconoce a la Secretaría de Salud y a otras instituciones de gobierno para que sean las encargadas de dirigir y desarrollar los programas dedicados a contrarrestar el problema de las adicciones. Es la LGS quién decreta la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), órgano de gobierno encargado de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones, así como de coordinarse con todas las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil para: “la prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes”. También decreta la creación del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y de los Consejos Estatales contra las Adicciones.

El **Código Penal Federal** en su Título Séptimo establece los delitos contra la salud; en el Capítulo I hace referencia sobre las penalizaciones que alcanza la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos. En nueve artículos se establece cárcel de 5 hasta 15 años por ser cómplice en el resguardo, transporte, siembra y manejo de las drogas o estupefacientes prohibidos por la ley. Las penas que considera aplicables a quién encuentre culpable de los delitos contra la salud van de 1 hasta 25 años; y multas de 40 a 500 días de salario. Estas penas se agravan y se pueden duplicar cuando los delitos son cometidos por funcionarios públicos, en centros educativos o centros asistenciales.

En el artículo 199 se establece que aquellas personas que sean detenidas con una dosis mínima para su consumo, deberán ser remitidas al ministerio público y ser tratadas como “enfermos dependientes” y no como delincuentes. Esta ley faculta a los jueces para que envíen a los detenidos a los centros residenciales en la modalidad de ingreso obligatorio para recibir tratamiento en las adicciones.

La **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación** en el Capítulo II establece las medidas para prevenir la discriminación, las cuales se deben tomar en cuenta durante el tratamiento en adicciones:

ARTÍCULO	REFERENTE A
VII	No negar el servicio
XI	No impedir la impartición de justicia
XIII	No atentar contra la dignidad
XXI	No limitar los derechos a la alimentación
XIII	No dar trato abusivo
XXVII	No promover el maltrato por la preferencia sexual

Tabla 3.1 Capítulo II de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

La **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres** obliga a los centros de tratamiento residencial en adicciones a otorgar servicios sin discriminar por pensar diferente, vestir o ser de orientación sexual distinta.

- Garantiza la igualdad de oportunidades para recibir atención y formar parte de los establecimientos.
- Enfatiza la necesidad de considerar en el tratamiento las necesidades específicas por las diferencias sexuales.



Esta ley se considera de observancia obligatoria en el ámbito público y privado, incluyendo las asociaciones civiles.

ASPECTOS JURÍDICOS

INSTRUCCIONES: A continuación se enlista la legislación que debes tomar en cuenta para el tratamiento de los usuarios. Explica brevemente y con tus palabras la relevancia de cada una de ellas.

LEYES Y CÓDIGOS	EXPLICACIÓN
Ley General de Salud	
Código Penal Federal	
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.1



DERECHO A LA SALUD

INSTRUCCIONES: Contesta lo que se indica en los incisos a) y b); posteriormente coméntalas con el grupo.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.2

a) ¿Por qué es importante que existan leyes que garanticen el derecho a la salud en México?

b) ¿Cómo se vincula la Declaración Universal de los Derechos Humanos con la atención a usuarios de alcohol, tabaco y otras drogas en un centro de tratamiento residencial?

3.1.3 NORMAS OFICIALES MEXICANAS QUE REGULAN LOS DERECHOS DE USUARIOS

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son las regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros para regular sus actividades.

La atención en las adicciones por parte del sector público, privado o social está regulada en la Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual establece los procedimientos y criterios para la atención de las adicciones en las modalidades ambulatoria y residencial.

Existen otras normas que le atañen pero no son específicas en adicciones. Cualquier actividad técnica que se derive de la prevención, atención y rehabilitación en las adicciones, debe hacerse con base en la norma que esa actividad requiera.

La aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas, no son una decisión del establecimiento, sino una obligación que establece la ley, para regular servicios, cantidades, requerimientos y valores.

La NOM-028 en los apartados 5 y 9 establece las bases del tratamiento para establecimientos residenciales.

DERECHO	DESCRIPCIÓN
Atención inmediata	Recibir atención inmediata en caso de emergencia durante el tratamiento y ésta debe notificarse al familiar o persona significativa.
Solicitar y recibir información	Derecho de la familia o persona significativa para solicitar y recibir información sobre el estado general, evolución y recuperación de su familiar durante el tratamiento.
Trato digno	Recibir un trato digno durante el tratamiento; no deben utilizarse procedimientos que atenten contra la dignidad e integridad física y mental del usuario.

Tabla 3.2 Bases del tratamiento para establecimientos residenciales.

En el apartado 5 de generalidades, describe de manera puntual las obligaciones principales que los establecimientos de atención especializada en adicciones en modalidad residencial deben cumplir, dentro de las cuales destacan:

OBLIGACIONES DEL ESTABLECIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Organización interna	Contar con el aviso de funcionamiento, con el registro ante CONADIC como institución especializada, con un programa de trabajo aprobado por esta institución, con un reglamento interno, con manuales técnico-administrativos y con una guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos.
Infraestructura del establecimiento	Contar con instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones de acuerdo con el tipo de modelo de atención, instalaciones específicas necesarias para dar atención a usuarios, estableciendo la división de acuerdo con la edad y el sexo.
Personal	Contar con personal capacitado y suficiente para llevar a cabo las funciones del establecimiento.

Tabla 3.3 Principales obligaciones del establecimiento. Apartado 5 NOM-028.

OBLIGACIONES DEL ESTABLECIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Programa de atención integral	Debe comprender un ambiente físico apropiado, limpio y seguro; tratamiento médico y/o psicosocial, alimentación balanceada, de buen aspecto y en cantidad suficiente; ambiente y acciones que promueven la participación activa del usuario. El personal vigila, protege y da seguridad a los usuarios; la relación del personal con los usuarios se basa en el respeto a su persona, a sus derechos y sus pertenencias; el establecimiento proporciona un servicio de quejas y sugerencias, promueve la participación de la familia e informa sobre el costo y duración del tratamiento. Toda medicación debe ser prescrita y registrada en el expediente clínico; todo usuario que ingrese con prescripción médica debe tener continuidad en su terapéutica. Toda información proporcionada debe manejarse bajo normas de confidencialidad, la información del tratamiento no se revelará si no es con el consentimiento escrito del usuario, en ningún tratamiento se permitirán grabaciones de audio, video o fotografías sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado. El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para referencia de usuarios en situación de urgencia, tratamiento y rehabilitación, avalado por el CONADIC.
Notificar al SISVEA	Notificar mensualmente al SISVEA para cada usuario de nuevo ingreso.
Ingreso de usuarios	El ingreso a establecimientos con modelos profesional y mixto puede ser voluntario, involuntario u obligatorio; en el de ayuda mutua es estrictamente voluntario pudiendo darse el ingreso obligatorio si son establecimientos reconocidos por CONADIC. El ingreso voluntario requiere solicitud del usuario por escrito y si es menor de edad solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor. El ingreso involuntario son usuarios que requieren atención urgente o representan peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás: requiere indicación de un médico y solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, puede ingresar por indicación escrita del médico del establecimiento. Todo internamiento involuntario debe ser notificado por el responsable al Ministerio Público en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión; el ingreso obligatorio se realiza por solicitud de la autoridad legal competente. Tratándose de un menor solo se le ingresa si existen programas y espacios adecuados e independientes de acuerdo a edad y sexo o se le refiere.
Egreso del usuario	El egreso puede ser por los siguientes motivos: haber cumplido los objetivos del internamiento, traslado a otra institución, a solicitud del usuario, con aceptación de los casos de ingresos obligatorios o involuntarios; a solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y consentimiento del usuario; abandono del servicio; disposición de la autoridad legal competente y defunción.

En el apartado 9 se abordan las condiciones mínimas indispensables, para la otorgación de servicios de atención en tratamiento en establecimientos especializados en adicciones.

Tabla 3.4
Apartado 9 NOM-028.

CONDICIONES MÍNIMAS INDISPENSABLES PARA LA OTORGACIÓN DE SERVICIOS	
ESTABLECIMIENTOS MIXTOS Y PROFESIONALES	ESTABLECIMIENTOS DE AYUDA MUTUA
Al ingreso se debe realizar: Examen clínico, nota de ingreso, historia clínica, exámenes mínimos indispensables, revisión por médico responsable y equipo interdisciplinario, exámenes complementarios, impresión diagnóstica, plan terapéutico y el pronóstico, en un plazo no mayor de 48 horas.	Al ingreso se debe realizar: - Revisión física para detectar golpes o heridas que requieran atención médica inmediata e informar a la autoridad competente. - Preguntar malestares físicos o mentales actuales. - En caso severo de intoxicación o síndrome de abstinencia, referir inmediatamente para atención profesional. - Valoración por médico en periodo no mayor de 48 horas, - Llenar hoja de ingreso o reingreso. Para menores de edad: - Se requiere la firma del consentimiento informado por parte del padre, tutor o quien ejerza la patria potestad o representante legal. - En el caso de no contar con espacio físico y programa para menores de edad, derivar al usuario para recibir tratamiento en aquel establecimiento que cuente con ambos criterios. - En el caso de menores abandonados, el director del establecimiento deberá obtener la tutela provisional ante la autoridad competente mientras dura el tratamiento de dicho menor. - No admitir personas que requieren otro servicio que no se atiende (consumo); no negar ingreso ante comorbilidad que ingieren medicamentos y tienen condición médica y/o psiquiátrica controlada.

CONDICIONES MÍNIMAS INDISPENSABLES PARA LA OTORGACIÓN DE SERVICIOS

ESTABLECIMIENTOS MIXTOS Y PROFESIONALES	ESTABLECIMIENTOS DE AYUDA MUTUA
Durante la estancia: • Visita médica tres veces por semana sin que existan patologías físicas, o si las hay de acuerdo a severidad, valoración del estado clínico. • Interpretación de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete. • Revisión del diagnóstico y tratamiento. • Solicitud de interconsulta, de ser necesario. • Elaboración de la nota diaria de evolución. • Si no se cuenta con la capacidad de resolución suficiente, hacer la referencia del usuario para ser atendido en otro establecimiento o centro de salud. • Recibir e integrar la contrarreferencia al expediente del usuario.	Durante la estancia: • Suministrar medicamentos sólo bajo prescripción médica. • En accidente o emergencia, proporcionar primeros auxilios y asegurar inmediata atención médica. • Proporcionar toda información solicitada sobre estado general, evolución o recuperación. • No utilizar procedimientos contra la dignidad o la integridad física y mental.
Al egreso: • Valorar estado clínico. • Ratificar o rectificar el diagnóstico final (CIE-10 y/o DSMIV-TR). • Elaborar pronóstico. • Referir siempre a seguimiento ambulatorio para tratamiento de consumo de drogas. • Elaborar nota clínica de egreso, informando plan de egreso.	Al egreso: • Llenar hoja de egreso que contenga los datos generales, la firma de conformidad del fin del tratamiento del usuario y familiares. • En casos de menores de edad, entregar al usuario al familiar, padre, tutor o representante legal. • En el caso de usuarios con ingreso obligatorio, informar a la autoridad competente si finalizó el tratamiento o si se remite a otro establecimiento para continuar con el tratamiento.

El hecho de que usuarios lleguen aún en estado de intoxicación o presentando el síndrome de abstinencia, motiva que algunos establecimientos decidan realizar el proceso de desintoxicación sin contar con el personal especializado, basándose solamente en la propia experiencia.

Este procedimiento incumple lo dispuesto en la NOM-028, referente al procedimiento técnico adecuado para la desintoxicación, pero además incurre en un delito grave establecido en el Código Penal Federal, pues en su artículo 197 precisa que suministrar algún medicamento o droga por cualquier vía, sin la prescripción de un médico legalmente autorizado, se impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días de multa.

En el apartado 2 respecto de las referencias de la NOM-028, se aclaran las normas que tienen que ser observadas simultáneamente por tener una relación directa con la atención de personas en tratamiento ambulatorio o residencial.

La persona que proporcione el tratamiento de desintoxicación, sin el uso adecuado del protocolo que obliga la NOM-028, no solo incumple esta norma, sino que podrá ser denunciada ante la autoridad penal federal correspondiente.

- **NOM-001-SSA2-1993.** Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
- **NOM-009-SSA2-1993.** Para el fomento de la salud escolar.
- **NOM-010-SSA2-1993.** Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- **NOM-017-SSA2-2012.** Para la vigilancia epidemiológica.
- **NOM-025-SSA2-1994.** Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica.
- **NOM-039-SSA2-2002.** Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- **NOM-004.** Del expediente clínico.
- **NOM-178-SSA1-1998.** Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- **NOM-197-SSA1-2000.** Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

!
Tienes la responsabilidad y obligación de conocer y manejar las normas oficiales mexicanas que aplican para la rehabilitación de las adicciones. Estas normas son las contenidas en el Apartado 2 de la NOM- 028.

De estas nueve normas las que impactan directamente en los servicios de atención residencial son las siguientes:

NORMAS	RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.	Establece los criterios para controlar y prevenir el VIH. Para el caso de los usuarios de drogas inyectables, establece la prevención y control para el uso de jeringas y para los usuarios de diversas drogas, así como para el uso de protección durante las relaciones sexuales.
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.	Establece que se debe realizar la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.

Tabla 3.5 Normas que impactan directamente en los servicios de atención residencial.

NORMAS	RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica.	Establece la continuidad del tratamiento con calidad, calidez y pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.
NOM-004 Del expediente clínico.	Establece criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Como ya se mencionó, la NOM-025 regula los derechos de los pacientes y la NOM-004 establece los criterios para integrar el expediente clínico en los establecimientos residenciales; ambas normas son de utilidad para la consejería en adicciones.

La **NOM-025** aplica para el tratamiento en adicciones, ya que en la Ley General de Salud se define como atención de las enfermedades mentales: “A la atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas”.

Tabla 3.6
Trato que debe
recibir el usuario.
NOM-025
apartado 8.

EN LA NOM-025 EN EL APARTADO 8 SE ESPECIFICA EL TRATO QUE DEBE RECIBIR EL USUARIO	
DERECHO	DESCRIPCIÓN
Trato digno	Ser tratado con dignidad y no ser sujeto de discriminación.
Ambiente seguro	Conocer las normas del establecimiento, y estar en un ambiente seguro que garantice el trato humano y el buen desarrollo durante la estancia de la rehabilitación.
Recibir información	Recibir información veraz y comprensible sobre su diagnóstico.
Recibir atención médica especializada	Recibir atención médica especializada y que ésta se apegue a la ética; puede solicitar revisión de su caso clínico.
Prescripción médica	Que el medicamento sea prescrito por un especialista autorizado por la ley.
Confidencialidad	Que su información sea manejada bajo normas de confidencialidad.
Libertad de decisión	Que pueda negarse a ser explotado o a participar en alguna investigación.
Recibir visitas	Comunicarse libremente y recibir visitas; puede tener contacto con su pareja y familia, la cual participa en el tratamiento.
Participar en programas ocupacionales	Participar en programas ocupacionales que le permitan tener una retribución justa.
No ser sometido	No ser sometido a restricciones físicas o reclusión involuntaria, salvo las que contempla la misma norma.
Asistencia religiosa	Recibir asistencia religiosa.

Esta norma también aplica porque las adicciones no son padecimientos que sucedan en forma aislada, sino que suelen presentarse en comorbilidad con otros problemas mentales, como ya se vio en el punto 2.3.2 de este manual.

La NOM-004 es de observación obligatoria para todos los establecimientos que presten servicios de salud. En ésta se especifican los datos con los que debe contar el expediente clínico (nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, domicilio). También establece los criterios del contenido de la historia clínica como son la entrevista o interrogatorio, exploración física, estudios previos, diagnóstico, pronóstico, nota evolutiva, estudios auxiliares al diagnóstico, tratamiento, criterios diagnósticos, notas de referencia y contrarreferencia entre otros.

NOM VINCULADAS A LAS ADICCIONES

INSTRUCCIONES: Relaciona las NOM con la correspondencia que tienen con el tratamiento residencial.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.3

NORMA		RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL
a) NOM-025	()	Establece criterios científicos, éticos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.
b) NOM-004	()	Establece que se debe realizar la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población.
c) NOM-010	()	Establece los procedimientos y criterios para la atención de las adicciones en las modalidades ambulatoria y residencial.
d) NOM-178	()	Establece los criterios para controlar y prevenir el VIH. Para el caso de los usuarios de drogas inyectables, establece la prevención y control para el uso de jeringas.
e) NOM-017	()	Establece la continuidad del tratamiento con calidad, calidez y pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.
f) NOM-028	()	

3.2 MARCO ÉTICO DE LA CONSEJERÍA EN ADICCIONES

La Secretaría de Salud, a través de la CONADIC y el CENADIC, elaboraron un código de ética y conducta dirigido a consejeros que trabajan en establecimientos residenciales que proporcionan servicios de atención y rehabilitación de adicciones en nuestro país.

3.2.1 CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA PARA LA CONSEJERA Y EL CONSEJERO EN ADICCIONES

El Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones contribuye a mejorar la calidad del servicio; ofrece las bases sobre cómo debe comportarse el consejero en su labor, considerando su experiencia vivencial y haciendo uso de mejores recursos teórico-prácticos para el desempeño de la consejería en adicciones.

Es aplicable a las características y al nivel de operación de los establecimientos y/o centros de tratamiento residencial para la atención de las adicciones en todo el país; asimismo, promueve evitar la aparición de conductas indeseables en la práctica de la consejería y la comisión de faltas a la ética establecida.

El Código no es exhaustivo y no proporciona respuesta a todas las preguntas ni a todas las situaciones que puedan presentarse en el desarrollo de la consejería en los establecimientos residenciales de tratamiento y rehabilitación, por lo que es necesario que los consejeros busquen orientación cuando surjan dudas sobre lo que deben hacer para cumplir con los valores y conductas que se espera de ellos, ya sea con la dirección y/o responsable del establecimiento, o con los integrantes del equipo multidisciplinario. También es recomendable que soliciten asesoría en los Secretariados Técnicos de los Consejos Estatales contra las Adicciones o en la instancia sanitaria correspondiente.

Es un referente normativo que homologa los siguientes valores y principios de comportamiento.

➤ DECÁLOGO DE VALORES Y PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

Un valor se define como la asignación arbitraria de una cualidad a un hecho, conducta o persona; de tal manera que lo que a una persona le resulta valioso, para otra puede no serlo.

Los valores que la consejería en adicciones en México debe considerar son:

Figura 3.2 Valores de la consejería.

1	RECUPERACIÓN SOCIAL	6	JUSTICIA
2	ABSTINENCIA	7	TRANSPARENCIA
3	BIEN COMÚN	8	HONRADEZ
4	IGUALDAD	9	INTEGRIDAD
5	IMPARCIALIDAD	10	RESPECTO

VALORES DE LA CONSEJERÍA

INSTRUCCIONES: Lee los siguientes dilemas y contesta las preguntas que se plantean; para ello consulta el código de ética y conducta incluido en el Estándar. Posteriormente comenta con el grupo tus respuestas.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.4

a) Fernando es consejero de Karla quien es consumidora de heroína. Un día él se da cuenta que sigue consumiéndola a escondidas y Karla le promete que ya no lo hará, pero que no le cuente a sus padres. En una sesión de consejería familiar, sus padres le preguntan sobre los avances y hacen énfasis en saber si Karla no ha tenido recaídas. Fernando decide decirles la verdad pero hace énfasis en el compromiso que Karla hizo en no volver a consumir.

- ¿Qué valor o valores está(n) implícito(s) en la actuación de Fernando?
- ¿Qué es más importante, la lealtad hacia el usuario o la integridad y honestidad hacia los familiares?
- ¿Qué hubieras hecho en el lugar de Fernando?

b) Tomás es consejero en adicciones y en una ocasión dos usuarios le pidieron que les concediera privilegios especiales; uno de ellos le ofreció dinero y el otro no. Tomás necesita dinero para comprar un medicamento para su hija, por lo que decide otorgar el privilegio al que se lo ofreció.

- ¿Qué valor no se está reflejando en la actuación de Tomás?
- ¿Crees que existan ocasiones en que un consejero deba privilegiar sus intereses por encima de los de los otros? ¿Por qué?

c) Ismael participa en la administración de un establecimiento residencial y es responsable de darle mantenimiento. Una de las áreas necesita ser pintada, por lo que se compran cuatro galones de pintura, de los cuales se utilizaron tres. Ismael le dice a Juan, un amigo muy querido desde la infancia, que le sobró un galón de pintura; Juan le pide que se lo regale para pintar su cuarto. Ismael sabe que debe cuidar los recursos del establecimiento.

- Si estuvieras en el lugar de Ismael, ¿qué harías?
- ¿Qué valor debe prevalecer, ¿la solidaridad entre amigos o la transparencia?

d) Patricia es consejera de un establecimiento residencial y recibe a Susana, una adolescente que se quiere rehabilitar. En su primer contacto, Susana menciona que

tiene una novia; Patricia no está de acuerdo con estas preferencias sexuales por lo que trata de remitirla a otro establecimiento, aún sabiendo que aquí la pueden atender.

- ¿Qué valor no se está reflejando en la actuación de Patricia?
- ¿Crees que la actuación de Patricia es la adecuada? ¿Por qué?

PRINCIPIOS DE COMPORTAMIENTO

Este apartado se divide en cinco incisos que especifican los comportamientos esperados para cada área del desarrollo profesional de la consejería en adicciones.

Tabla 3.7
Principios de
comportamiento de
la consejería.

INCISO	DESCRIPCIÓN	COMPORTAMIENTO SEGÚN NUMERALES
A Se encarga del desarrollo de la consejería.	Cuenta con 18 numerales que reflejan los principales comportamientos que posibilitan desarrollar de manera ética la consejería.	El 1 y el 18 promueven la importancia de apearse a las normatividades vigentes, ya sean nacionales, estatales o municipales. El 15 y 16 señalan mantener la abstinencia al participar en actividades del proceso de consejería, debido a que la técnica del modelamiento (el consejero muestra al usuario cómo comportarse) es fundamental en la consejería.
B Se establecen los comportamientos esperados en la relación con el usuario y la familia.	Cuenta con 10 numerales donde se establece la interacción social con el usuario y la familia.	El 3 señala el derecho que tiene tanto el usuario como la familia a la retroalimentación sobre el proceso de rehabilitación. El 4 señala que bajo ninguna circunstancia se podrá dar malos tratos al usuario o familiares, aunque fueran éstos últimos los que hayan ofendido al consejero. En el 6 se señala la imposibilidad de tener una relación de pareja o enamoramiento con los usuarios. En el 7 se señala el rechazo a ayudar al usuario a escaparse.
C Se precisa cuáles son los comportamientos en el ámbito laboral que garantizan una consejería profesional en adicciones.	Contiene 8 numerales que permiten una relación laboral armoniosa y que desarrollan un agradable ambiente de trabajo.	En el 2 se establece la necesidad de una relación amable con todo el equipo de trabajo. En el 4 se prohíbe hacer mal uso de la información obtenida en la consejería. El 7 señala la necesidad de contribuir a la solución de conflictos, en vez de generar problemas.
D Establece la participación en procesos de capacitación y formación de recursos humanos.	Cuenta con 4 numerales.	En lo general invitan a participar en el desarrollo de conocimientos y destrezas y a motivar a los demás compañeros del equipo a lograr el mayor éxito posible en el proceso de consejería en adicciones.

INCISO	DESCRIPCIÓN	CONDUCTA SEGÚN NUMERALES
E Se establece la relación con otros servicios de atención, fomenta la cordialidad, colaboración y coordinación que debe desarrollarse en la consejería.	Cuenta con 5 numerales.	El 1 solicita el apoyo a la dirección del establecimiento para realizar contactos con otras instituciones que ayuden al proceso de rehabilitación. En el 4 se prohíbe aceptar regalos de proveedores para evitar malas interpretaciones.

CONFIDENCIALIDAD

En la rehabilitación de adicciones, el usuario deposita en el consejero información personal sobre su vida, gustos, personas significativas, errores, aciertos, disgustos. Estos datos son sensibles a ser mal utilizados, para ello diversas leyes, códigos y normas garantizan su manejo confidencial.

Las leyes y normas que garantizan la confidencialidad son:

LEY/NORMA	GARANTÍA
Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares	El aviso de privacidad tiene como propósito principal hacer del conocimiento del titular de los datos personales, primero, que su información personal será recabada y utilizada para ciertos fines, y segundo, las características del tratamiento al que serán sometidos sus datos personales. Lo anterior con el fin legítimo de que el titular tome decisiones informadas con relación a sus datos personales y controle el uso de su información personal.
Ley General de Salud, artículo 77 bis 37, inciso X	El derecho del beneficiario del servicio de salud a ser tratado con confidencialidad.
NOM-028 numeral 5.2.4.12	Toda información proporcionada por el usuario y/o familiares debe manejarse confidencialmente.
NOM-028 numeral 5.2.4.13	No revelar la información del tratamiento a menos que sea solicitada por la autoridad competente.
NOM-028 numeral 5.2.4.14	Solicitar la autorización por escrito del usuario en el caso de hacer uso de registro por medio de foto, video o audio.
NOM-004 numerales 5.3, 5.4, 5.5	El manejo de la información del expediente debe apegarse a los criterios de confidencialidad que establecen las leyes nacionales.
NOM-025 numeral 4.6.3	Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.
Código de Ética y Conducta de la Consejería en Adicciones Inciso A, numeral 10	"Guardar con la mayor confidencialidad la información relativa a los usuarios y sus familiares (...)"

Tabla 3.8 Leyes y normas que garantizan la confidencialidad.

➤ PRÁCTICAS INADMISIBLES EN LA CONSEJERÍA DE LAS ADICCIONES

Una práctica inadmisibles es cualquier acto u omisión que genera en el usuario resistencia en la motivación y decisión para abandonar la adicción, o que provoca resistencia para mantener la sobriedad.

Durante el proceso de rehabilitación en adicciones, se identifican malas prácticas, que son aquellas que lejos de apoyar a la recuperación generan resistencias en el usuario y por lo tanto retrasan la decisión y motivación para mantenerse sobrio.

Al obtener como resultado final la rehabilitación, aun habiendo utilizado malas prácticas, algunos consejeros pueden concluir que éstas funcionan; sin embargo, son contrarias a los hallazgos científicos en el tratamiento de las adicciones. Las leyes, códigos, normas y reglamentos nacionales que rigen la rehabilitación en las adicciones las consideran inadmisibles. Estas prácticas son en esencia, un mal manejo de la técnica y conocimiento para la rehabilitación en las adicciones.

Algunas prácticas inadmisibles son:

- Involucrarse emocional y/o sexualmente con el usuario.
- Someter al usuario a través de amenazas y/o violencia física.
- Someter al usuario sexualmente (todas las modalidades de abuso y violencia sexual).
- Aplicar el ayuno obligado u ofrecer alimentos en mal estado como medida de control y manejo del usuario.
- Encierro y/o aislamiento como medida de control y manejo del usuario.
- Responder con violencia física o verbal ante provocaciones del usuario, o sin haber sido provocado.
- Castigos físicos para disciplinar (trabajos forzados).
- Evidenciar, humillar, ofender y denigrar al usuario frente a los demás (aún ante una actividad de la tribuna o de las propias técnicas del establecimiento).
- Prohibir la comunicación del usuario con su familia o persona significativa.
- Chantajear y manipular al usuario para recibir beneficios económicos, propiedades o bienes a favor del consejero.
- Sermonear u ofender para "motivar el cambio" y dirigirse al usuario con malas palabras.
- Bañar con agua fría para someter.
- Amarrar, encadenar, golpear, morder, o patear al usuario.
- Cualquier conducta señalada como prohibida en la legislación nacional.

PRÁCTICAS INADMISIBLES

INSTRUCCIONES: Lee la siguiente situación e identifica las prácticas inadmisibles que se describen. Posteriormente comenta con el grupo tu respuesta.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 3.5

Alejandro se encuentra en un establecimiento residencial para rehabilitarse en el consumo de drogas; le ha costado trabajo seguir las reglas y no responde al tratamiento. Personal del establecimiento lo han visto consumir cocaína, es muy violento con sus compañeros por lo que decidieron que lo más conveniente para evitar que los siga golpeando es encerrarlo en una habitación por una semana y aislarlo de todos como medida de control. Pasada la semana, en el comedor comienza a escupir la comida diciendo que no quiere comer nada, así que le toman la palabra y lo dejan sin comer 3 días, esperando que pasando este tiempo tenga hambre.

¿Qué prácticas inadmisibles identificas en la situación?

RECAPITULANDO

En este módulo se habilitó al consejero para transmitir información certera y actualizada de los daños que el consumo de drogas ocasiona en la salud; para identificar los múltiples factores que ocasionan y previenen el consumo desde la perspectiva individual, familiar y social; y para que establezca acciones colaborativas que contribuyan a que el tratamiento y rehabilitación del usuario tenga resultados alentadores y con miras al logro de la reinserción social.

Su labor debe apegarse a normas, principios y valores para garantizar la impartición de un servicio de calidad y el trato digno al que tiene derecho todo individuo que solicite tratamiento para atender su problema de adicción.

En el siguiente módulo el consejero se habilitará en la aplicación de herramientas de valoración, para que al precisar aspectos de magnitud del daño contribuya con el equipo multidisciplinario para proponer y tomar decisiones de atención y referencia oportuna así como para aplicar ejercicios de intervención en consejería individual, grupal y familiar, con el fin de trabajar factores asociados a la ocurrencia del consumo que posibiliten la rehabilitación y reinserción social del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Proyecto Hombre. (2003). *Manual del Programa: A Tiempo*. España: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ayala Velázquez, H. y Echeverría San Vicente, L. (2001). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Becoña-Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela, Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. (2011). *Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 Brindar Consejería en Adicciones en Establecimientos con modalidad residencial*. México.
- Código Penal Federal*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2011). *Drogas Emergentes. Informes de la Comisión Clínica*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos y Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. (2014). *Estándar Mexicano de Competencias del Consejero en Adicciones*. México: CICAD, OEA, CONADIC.
- Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos. (2012). *Manual del Consejero en Adicciones. Basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 Brindar Consejería en Adicciones en Establecimientos con Modalidad Residencial*. México: CONADIC, CENADIC y OEA.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de febrero de 2014.
- Declaración Universal de Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2005). *Mujer y adicción, aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. España: Doblehache Comunicación.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2009). *Enfoques para el tratamiento de la drogadicción*. En NIH. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 14 de noviembre de 2013.
- Ley General de Salud*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J. y cols. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. En: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion> Consultada el 17 de febrero de 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. *Del expediente clínico*. Secretaría de Gobernación. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Guía del comunicador. Información para prevenir adicciones*. México: UNODC.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). CIE-10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Técnicas Gráficas Forma.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). *Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: Una revisión bibliográfica*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16(1), 172-196.
- Sánchez, L. y Zertuche, F. (2011). *Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones*. México: CICAD-OEA, CONADIC.
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: Progreso.
- Tezanos, J. F. (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clase y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

MANUAL DEL CONSEJERO

TOMO I

