



Centros de Integración Juvenil, A.C.

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones**  
**7<sup>ma</sup> Generación**  
**2010 - 2011**

**Reporte de Investigación**

Para concluir el Programa Académico de la Especialidad para el  
Tratamiento de las Adicciones

**Tema:**

***“Experiencia del ingreso de personas que fueron internadas  
a Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de  
las Adicciones”***

**Alumna:**

**Lorena Larios Chávez**

**Asesor:**

Dr. Rodrigo A. Marín Navarrete

---

Firma

México Distrito Federal a 31 de marzo de 2014.

## Título:

---

# ***“Experiencia del ingreso de personas que fueron internadas a Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones”***

---

**Nota:** Este trabajo es un análisis cualitativo secundario del *“Estudio sobre la experiencia de hombres que han sido atendidos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones”*.

## Alumna:

- **Lorena Larios Chávez**  
Licenciada en Psicología

## Director:

- **Dr. Rodrigo Alonzo Marín Navarrete.**  
Psicólogo Clínico  
Maestría en Orientación Psicológica  
Doctorado en Investigación Psicológica  
Investigador en Ciencias Médicas “B”  
Coordinador de la Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Año de presentación del Reporte de Investigación:** Marzo 2014

## FINANCIAMIENTO Y AGRADECIMIENTOS

Este proyecto fue aprobado por el Consejo Técnico del Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México y financiado por la División de Investigación del Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México en la 1<sup>ra</sup> Convocatoria de Investigación e Innovación para Profesores de Asignatura.

Por ello, extendiendo un agradecimiento a la Universidad Iberoamericana así como a los investigadores del Estudio inicial quienes apoyaron y facilitaron el acceso a las entrevistas para que pudiera llevar a cabo el análisis secundario y obtener mi grado de Especialista en el Tratamiento de las Adicciones de centros de Integración Juvenil, A.C.

Agradezco a mis profesores, jefes y amigos, la Dra. Ana de la Fuente Martín y el Dr. Rodrigo Marín Navarrete por todo su apoyo, confianza, enseñanzas y oportunidades que me han ofrecido para mi continuo crecimiento profesional y personal. A dos grandes amigas y colegas Linda Bucay y Tania Díaz que estuvieron en este proceso apoyándome en todo momento, así como a todas aquellas personas que me dieron apoyo moral para concluir éste trabajo.

Por último, a mis padres por enseñarme a seguir mi corazón, ser tenaz y perseverante en alcanzar mis sueños para que se vuelvan una realidad y sea benéfico para otros y para mi misma. Muchas gracias, los amo.

# ÍNDICE

## PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. PANORAMA GENERAL DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO	5
2. PANORAMA GENERAL DEL TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES EN MÉXICO	7
3. MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES Y SUS PROCEDIMIENTOS DE INGRESO	10
4. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN MÉXICO	15
5. CENTROS RESIDENCIALES DE AYUDA MUTUA PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES	19

## PARTE II: INVESTIGACIÓN

6. RELEVANCIA DEL ESTUDIO	21
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
8. JUSTIFICACIÓN	23
9. OBJETIVOS	
9.1. Objetivo Principal	24
9.2. Objetivos Específicos	24
10. MÉTODO	
10.1. Tipo de Estudio	25
10.2. Duración del Estudio	25
10.3. Descripción de la Población	26
10.4. Criterios de Inclusión	26
10.5. Criterios de Exclusión	26
10.6. Procedimiento de Reclutamiento	26
11. INSTRUMENTO	27
12. ANÁLISIS DE DATOS	28
13. RESULTADOS	29
14. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
15. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
16. REFERENCIAS	41
17. ANEXOS	45

# PARTE I: MARCO TEÓRICO

## 1. PANORAMA GENERAL DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

El consumo excesivo de alcohol ha sido reconocido tradicionalmente como un problema importante para la salud pública en México; desde hace más de diez años se ha observado un incremento en el porcentaje de la población mexicana que presenta un trastorno por consumo de alcohol. En el 2011 la Encuesta Nacional de Adicciones refleja este incremento a lo largo de los años con los siguientes porcentajes 2002: 4.1%; 2008: 5.0%; 2011: 6.2%.

La producción y el consumo de diversas bebidas embriagantes se remontan a épocas prehispánicas donde la práctica estaba dotada de diversos significados sociales y religiosos. Hoy en día, beber alcohol constituye una práctica que atraviesa a toda la sociedad y que acompaña casi todos los convivios y eventos sociales que celebramos en nuestro país. Dicha práctica, desarrolla una gran tolerancia social hacia el consumo moderado e incluso excesivo de alcohol en la sociedad mexicana<sup>1</sup> Se estima que el consumo per cápita de bebidas formales es de 4.5 litros para la población mayor de 15 años<sup>2</sup>; donde el abuso de bebidas alcohólicas se vinculan con índices elevados de accidentes y lesiones de violencia, además de enfrentarse a los problemas asociados a la intoxicación aguda con la ingesta de grandes cantidades de alcohol por ocasión.

La tasa de trastornos asociados con el uso crónico de alcohol derivan en los altos niveles de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades médicas<sup>3,4</sup>. Por último, se observa un incremento en el consumo de alcohol entre las mujeres, es decir, por cada 2.6 hombres consumidores de alcohol existe una (1) mujer que consume,<sup>5</sup> lo cual es poco alentador ya que la edad de inicio en la que se presenta el consumo es a edades tempranas aumentando la probabilidad de desarrollar un abuso y/o dependencia al alcohol.

Por otro lado, México no solamente tiene que lidiar con el consumo de alcohol y sus consecuencias, sino también es un país afectado por las drogas en todos los aspectos. Medina-Mora y Real en el 2013, mencionan que México es un país productor de drogas como la heroína, la marihuana y las metanfetaminas para los mercados externos, aunque hay una demanda interna la cual está creciendo paulatinamente. Asimismo, es un país de tránsito para la cocaína de Centro América y México hacia los mercados externos y para el abastecimiento interno. Y, ante la creciente disponibilidad de sustancias se deviene a un país consumidor donde el uso experimental y la dependencia a las drogas ilegales se ha incrementado al paso de los años (2002: 0.4%; 2008: 0.6%; 2011: 0.7%).<sup>5</sup>

Existe evidencia suficiente que demuestra que el abuso y dependencia a sustancias presentan una alta prevalencia de comorbilidad médica, psiquiátrica y están asociados a diversas formas de violencia. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), reportó en el 2009 un total de 5,284 menores infractores de los cuales 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia donde el robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores.

Es importante mencionar que el abuso y la dependencia a sustancias afecta significativamente al usuario y a quienes le rodean, impactando directamente en su calidad de vida, presentando enfermedades médicas, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, deterioro en sus relaciones interpersonales, así como conductas violentas y accidentes bajo los efectos del alcohol y drogas. El Servicio Médico Forense (SEMEFO) informa un total de 18,724 defunciones, de las cuales 4,562 (24.4%) ocurrieron bajo la influencia de alguna sustancia psicotrópica, las defunciones más comunes fueron ocasionadas por arma de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%) y asfixia (10.2%), ocurriendo principalmente en las calles (50.4%) y en el hogar (22.4%).<sup>5</sup> Es por ello que la problemática de las drogas en nuestro país se considera un problema de salud y seguridad pública excediendo los recursos asignados por el Estado para atenderlos, pues generan costos sociales y económicos elevados.<sup>7,8,4</sup>

## 2. PANORAMA GENERAL DEL TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES EN MÉXICO

A pesar de que el consumo de alcohol y drogas en México ha sido una práctica constante desde muchos años atrás, las respuestas de atención por parte de las autoridades a través del tiempo han sido pobres. Entre ellas han predominado las medidas de control de la disponibilidad de las bebidas a través de cargas impositivas elevadas y de regular su promoción y publicidad, pero no han tenido un impacto significativo en disminuir la demanda de alcohol por parte de la población<sup>9</sup> ni las consecuencias que esto implican.

De acuerdo con lo reportado por la Secretaría de Salud en el 2008, se calcula que existen aproximadamente 500,000 personas consumidoras de drogas ilegales que requieren de atención especializada y alrededor de 4 millones que requieren una intervención breve en nuestro país, esto sin incluir las necesidades de tratamiento para tabaco y alcohol.<sup>10</sup> Como se mencionó anteriormente, el incremento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas ha tenido un impacto importante y ha elevado las necesidades de atención.

En la actualidad, México cuenta con cerca de 500 centros ambulatorios que integran la red de prevención y tratamiento del país (CIJ, CENADIC y otros). Sin embargo, es importante considerar que dichos centros no están preparados para atender trastornos severos de dependencia a sustancias, mismos que requieren atención hospitalaria, en función de las condiciones físicas y psiquiátricas del paciente.<sup>8</sup>

Si bien, uno de los principales servicios de atención a las adicciones en nuestro país son los Centros de Integración Juvenil, quienes reportaron que en el 2009, alrededor de 25,665 personas solicitaron atención por primera vez en sus centros de tratamiento. El alcohol (19.9%) fue la sustancia de mayor demanda de tratamiento seguido de cocaína (12.5%), marihuana (15.6%) e inhalables (14.1%). La marihuana fue la principal droga de inicio para los hombres (89.8%), mientras

que para las mujeres fueron los depresores (57%). La demanda de tratamiento en éstos Centros provino de los hombres (77.2%) con edades entre los 15 a los 19 años de edad (31.9%), seguido de adultos jóvenes de 35 años o más (45%) la mayoría de nivel socioeconómico medio bajo.<sup>5</sup>

Por otra parte los 335 Centros Nueva Vida, a pesar de que sus principales actividades son de prevención universal y selectiva, también ofrecen tratamientos breves para los primeros experimentadores y, en algunos casos, de dependencia moderada. Reportaron un total de 5,437 casos atendidos, entre los cuales la principal droga de impacto fue el alcohol (44.8%), seguida de la marihuana con (24%), solventes (10.4%), tabaco (9.4%) y cocaína (5%). De las personas atendidas, nuevamente se observa mayor demanda de tratamiento en los hombres (68%) que en las mujeres (32%). La mayoría fueron menores de edad (48.4%), seguido de personas entre 18 a 34 años (24.5%) porcentaje similar a personas entre 35 a 65 años (24.9%).<sup>5</sup>

Es relevante mencionar que dada la naturaleza de la enfermedad y los estigmas socioculturales que le acompañan, siguen existiendo muchas barreras que retrasan o impiden que los usuarios busquen tratamiento. En los países en vías de desarrollo, existen muchas necesidades de salud mental que no se tratan adecuadamente. Muchas personas parecen nunca buscar tratamiento para sus problemas de salud mental y adicciones y, aquellos que logran ese acercamiento, tardan mucho tiempo en acudir a pedir ayuda después del inicio de la enfermedad. En el caso del abuso de sustancias, se conoce que pasa, generalmente, una década antes del primer contacto con algún servicio de tratamiento. Los desórdenes que empiezan en etapas tempranas del desarrollo, se asocian con menores probabilidades de contacto inicial temprano, quizá porque los menores necesitan que algún adulto los lleve a tratamiento.<sup>5</sup>

Buscar ayuda para problemas relacionados con la salud mental sigue siendo un evento poco frecuente en la población. Borges y colaboradores en 2007 señalan que sólo el 5% de las personas con un desorden activo y el 24% con

enfermedad mental severa recibieron cualquier tipo de tratamiento en los últimos 12 meses.<sup>31</sup> Por otra parte, los reportes epidemiológicos también reportan que cerca del 10% de los consumidores de sustancias acudió a tratamiento en el último año, refiriendo a los grupos de ayuda mutua (53.8%) el recurso de atención más utilizado seguido de la atención psicológica (45.1%) y la psiquiátrica (40.1%).<sup>5</sup>

Por otra parte, el reporte que ofrece el Diagnostico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones del 2011, menciona que el 75% de los usuarios que recibieron tratamiento anteriormente manifestaron haberlo hecho en la modalidad de ayuda mutua, con un promedio de 4.2 tratamientos anteriores y completándolos en 5 de cada 10 ocasiones. El 58% declaró haber recibido tratamiento en la modalidad profesional con un promedio de 3.4 internamientos y completándolo en 6 de cada 10 ocasiones. Un 36% mencionó haberlo recibido en la modalidad mixta, con un promedio de 4.1 tratamientos anteriores y completándolos aproximadamente 6 de cada 10 ocasiones. El 21% de los casos reportó haber asistido a tratamientos alternativos, y el promedio de internamientos en esa modalidad está en 3.6 tratamientos de los cuales se completó el 55%.<sup>32</sup>

### 3. MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES Y SUS PROCEDIMIENTOS DE INGRESO

Para hablar de tratamiento es importante contar con una definición de los conceptos asociados al mismo, como son la *recuperación* y la *rehabilitación*. La primera es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en las diversas áreas de la vida del sujeto. Mientras que al hablar de *rehabilitación*, nos referimos al proceso a través del cual un individuo que presenta trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, así como un mejor funcionamiento psicológico y bienestar social. Cuando hablamos de *tratamiento* nos referimos al conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, de los riesgos y daños que implica dicho consumo, así como abatir los padecimientos que se asocian a él, incrementando el bienestar físico, mental y social, no sólo del usuario, sino de sus familiares.<sup>11</sup>

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, existen diversos servicios de atención especializada en adicciones, los cuales se pueden clasificar en los siguientes niveles: a) de prevención, b) de urgencias, c) de tratamiento, d) de rehabilitación y reinserción social, e) de reducción de daños y riesgos, f) de enseñanza y capacitación y g) de investigación científica.<sup>11</sup>

En un esfuerzo de generar programas, acciones y estrategias para conseguir la abstinencia, reducir el consumo y/o los riesgos propios que ocasiona el consumo de sustancias, la NOM-028 propone dos modalidades para el tratamiento especializado de las adicciones: Residenciales y No Residenciales. El tratamiento Residencial puede llevarse a cabo en tres distintos tipos de centros: a) profesional, b) de ayuda mutua y c) mixtos, definidas de la siguiente manera:

- *Modelo Profesional*, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización, entre otros.
- *Modelo de Ayuda Mutua*, es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.
- *Modelos Mixtos*, es el tratamiento conformado por elementos de la ayuda mutua y el modelo profesional.

Según esta misma fuente, los Modelos Profesionales y Mixtos deberán de llevar a cabo diversas acciones. Al ingreso del usuario, por ejemplo, debe realizarse: un examen clínico, una nota de ingreso, historia clínica, exámenes mínimos indispensables, revisión del caso por el médico responsable y el equipo interdisciplinario, exámenes complementarios en caso de ser necesario y el establecimiento de la impresión diagnóstica, el plan terapéutico y el pronóstico. Todo este procedimiento de ingreso, deberá de realizarse en un plazo no mayor a 48 horas y deberá contar con visitas médicas periódicas por lo menos tres veces por semana durante el internamiento, en caso de no existir patologías físicas concomitantes al consumo de sustancias. En estas visitas, se deberán realizar valoraciones del estado clínico, interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, revisión del diagnóstico y tratamiento, solicitud de interconsultas y elaboración de notas de evolución.<sup>11</sup>

Así mismo, la NOM-028 menciona que el ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones de modelos profesional y mixto, podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio. Para aquellos lugares que sigan un modelo de ayuda mutua, el ingreso será estrictamente voluntario mientras que para el ingreso obligatorio, los establecimientos deberán operar bajo el reconocimiento previo de Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC),

ajustándose a una serie de procedimientos que deberán cumplir los establecimientos que ofrecen atención para las adicciones.

Si el ingreso es voluntario, se requiere de una solicitud del usuario por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud. En el caso del ingreso involuntario, si se detecta que la persona requiere de una atención urgente o representa un riesgo grave e inmediato para sí mismo o para los demás, se requerirá de la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito; así mismo el responsable del establecimiento deberá notificar el internamiento al Ministerio Público (en la oficina del menor y el discapacitado) de la adscripción en un plazo no mayor de 24 horas posterior a la admisión. Por último, el ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente.<sup>11</sup>

En cuanto a la eficacia de tratamientos de los trastornos por uso de sustancias, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) propone múltiples principios ensamblados en una guía basada en una serie de investigaciones. A grandes rasgos, ésta guía refiere que, la adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento de la persona, corriendo el riesgo de reincidencias incluso durante el proceso de tratamiento. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento para estabilizar sus vidas y reducir el uso de sustancias, además de estabilizar otro tipo de sintomatología psiquiátrica originada por las enfermedades concurrentes.<sup>12</sup>

Lo anterior refleja que no existe un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas ya que para que un tratamiento sea eficaz deberá, no solamente abordar el problema de la adicción, sino también atender cualquier otro tipo de problema biopsicosocial; cuestiones médicas, psicológicas, dinámicas familiares y de pares, cuestiones laborales, educativas, entre otros, así como considerar cuestiones de sexo, edad, grupo étnico, cultura, etcétera. Con la finalidad de ofrecer tratamientos adecuados que respondan tanto a la severidad de

la adicción como a las necesidades personales y familiares del usuario, elementos que indicará la duración pertinente del tratamiento; éste deberá ser evaluado continuamente ajustándose a las necesidades cambiantes de la persona y con ello contribuya a optimizar resultados<sup>13</sup>. Así mismo, se señala que el tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz; Miller refiere que llevar a cabo acciones coercitivas en una persona que abusa de sustancias y requiere de tratamiento puede motivarlo a iniciar el proceso de la recuperación, principalmente cuando se le deja ver las consecuencias que le ha dejado su consumo en diversas áreas de su vida<sup>14, 35</sup> ya que al inicio de la enfermedad el usuario niega las consecuencias negativas que su consumo le ha devenido por lo que son los familiares los que, frecuentemente, promueven el internamiento involuntario<sup>8</sup>.

Sin embargo, según datos arrojados por los Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones señalan que uno (1) de cada dos (2) internamientos son involuntarios, lo que puede impactar negativamente en el nivel de adherencia al tratamiento y disminuir sus posibilidades de éxito. Así mismo, otros autores, Fowler, Groat y Ulanday proponen que si se toman en cuenta aspectos psicológicos como la comorbilidad psiquiátrica, el deterioro cognitivo y afectivo que presentan los usuarios de drogas al momento de sugerir y retener a un cliente en tratamiento con un estilo de preocupación sobre su estado actual mejoraría su adherencia al mismo por lo que es importante insistir en el carácter voluntario del internamiento.<sup>33</sup>

Para muchos usuarios, la oferta de un tratamiento integral puede incluir terapias individuales y grupales, además de otro tipo de terapias conductuales y programas de apoyo de ayuda mutua, las cuales orientan y dirigen al consumidor en su proceso de rehabilitación dependiendo de la etapa en la que se encuentre; por ejemplo, en la primera etapa es importante la desintoxicación médica manejando de forma segura la sintomatología física aguda de la abstinencia, sin embargo ésta, por sí sola, no alcanza a lograr cambios a largo plazo en la conducta adictiva por lo que se exhorta al usuario a continuar con el tratamiento motivándolo a cambiar su uso de sustancias a través de terapias tanto individuales

como grupales donde desarrollará habilidades para rechazar el uso de drogas, reemplazar actividades asociadas al consumo por actividades constructivas y gratificantes, estrategias centradas en solución de problemas, entre otras. De igual manera, la participación a grupos de ayuda mutua apoyarán la contención y pueden favorecer al mantenimiento de la abstinencia.

#### 4. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN MÉXICO

La ayuda mutua, la cooperación y los sistemas naturales de apoyo han existido desde tiempos inmemorables. En la Edad Media y el Renacimiento, la ayuda mutua se extendió a los miembros de los gremios y otras colectividades organizadas que influían en el desarrollo de leyes que apoyaban a los pobres y buscaban beneficios para la salud y la sociedad. Así mismo, durante la Revolución Industrial, los problemas sociales, de salud y económicos se acentuaban en la población. Como respuesta a estas necesidades, surgieron las *Friendly Societies*, cuyo propósito era enfatizar y aliviar las presiones y los efectos negativos que la Revolución Industrial generaba en los ciudadanos de aquella época. Fue así como se dieron a conocer los primeros grupos de ayuda mutua para la atención de las necesidades de sus miembros<sup>16,9</sup>. Estructuralmente, estos grupos estaban organizados y dirigidos localmente, se autogobernaban y eran multifuncionales; características que prevalecen en los grupos de ayuda mutua de la actualidad.<sup>9</sup>

Desde mediados del siglo XX, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, los grupos de ayuda mutua comenzaron a constituir un fenómeno de creciente importancia, principalmente en culturas occidentales. Tanto en EE.UU como en otros países angloparlantes de religión -predominantemente protestantes- surgieron las sociedades de *temperancia o templanza*, las cuales se caracterizaban por una preocupación constante hacia los peligros que generaban las bebidas alcohólicas y los problemas asociados a la conducta de beber inmoderadamente. Éstas conductas eran vistas como actos pecaminosos, que permitieron ver la “causa” de otros problemas sociales, especialmente la pobreza, el crimen y la enfermedad<sup>16, 9</sup>. Por siglos, esta visión moralista ha afirmado que muchos alcohólicos son pobres, que a menudo cometen crímenes y que mueren antes que el resto de la población.<sup>17,9</sup>

Con el crecimiento de las ciudades, la migración europea a EE.UU., los cambios en las relaciones de trabajo, familia y avance tecnológico que vino con la modernización, la temperancia se volvió una causa social al explicar la miseria

social en términos de la conducta inmoral. El pecado se transformó en “causa” y la temperancia se volvió “científica”.

Los médicos comenzaron a familiarizarse cada vez más con la visión en la que el alcoholismo es una enfermedad, despertando la necesidad de buscar la etiología de ésta. De ese modo, la sociedad empezó a reconocer maneras diversas que tiene la gente para resolver sus problemas, las cuales refuerzan los derechos y obligaciones de cada persona, sea sola o en asociación voluntaria con otros.<sup>18,16,9</sup>

Para empezar a hablar del nacimiento del movimiento de Alcohólicos Anónimos (AA), retomemos el surgimiento de los primeros grupos de ayuda mutua para alcohólicos en los EE.UU por los cuales se vio altamente influenciado. Rosovsky menciona que unos años después de que el mundo científico reconociera el alcoholismo como enfermedad, el primer grupo de ayuda mutua de éste tipo se fundó en 1840 en la ciudad de Baltimore (EE.UU), con el nombre de “Washingtonianos”, el cual fue tomado como modelo para otros grupos de ex-bebedores integrantes de las fraternidades de temperancia. Éste movimiento comparte diversas similitudes con los grupos de AA, sin embargo éstos últimos no se identificaban con acciones políticas dirigidas a controlar el consumo de alcohol, sino que su eje prioritario era desde aquel entonces, la preocupación sobre la pérdida de auto-control y el abuso del alcohol que reflejaba la concepción del alcoholismo como enfermedad. De modo que AA propuso que el único remedio para el alcoholismo es dejar de beber para siempre. Así mismo, otra gran influencia de AA fueron los grupos del movimiento Oxford, los cuales buscaban la conversión religiosa en búsqueda de la perfección cristiana a través de la humildad, la honestidad, la caridad así como la confesión abierta de sus pecados e imperfecciones en sus pequeñas reuniones; su fundador, el reverendo Frank Buchman, enseñaba personalmente las prácticas y creencias y sus seguidores lo transmitían a otros. Por lo que se observa que AA mantiene una fuerte herencia de estos grupos en cuanto a tradiciones orales como compartir las fallas personales con el grupo conocido como pasar a tribuna, realizar acciones de tipo misionero

llevando el mensaje de AA a otros alcohólicos que están sufriendo<sup>9</sup>, incluso el apadrinamiento refleja un sincretismo de las enseñanzas que llevaba a cabo el fundador de los grupos Oxford al considerar que el padrino (sponsor) en AA es el prototipo a seguir de un alcohólico recuperado, es quien aconseja, escucha, guía y refuerza el trabajo del programa de los 12 Pasos para conseguir la recuperación.<sup>19,20</sup>

Como podemos ver, el modelo AA se nutre de muchas otras organizaciones de ayuda mutua; y fue así como el modelo de los doce pasos, fue desarrollado originalmente por Alcohólicos Anónimos el 10 de Junio de 1935 en la ciudad de Akron, Ohio, EE.UU. La distinción entre los términos “ayuda mutua” y “auto ayuda” (self-help) se encuentra en el énfasis en la interacción de pares. En estas agrupaciones la ayuda no se la proporciona el individuo por sí solo, sino que se establecen intercambios que son fundamentales y terapéuticos y que caracterizan a este tipo de organizaciones.<sup>9</sup> Estas agrupaciones funcionan mediante intercambios de historias de vida entre sus integrantes, las cuales son fundamentales, ya que ofrecen un importante apoyo emocional y de identificación.

Los grupos de ayuda mutua han constituido una respuesta a las reducidas ofertas profesionales del sector público y los elevados costos de atención especializada del sector privado para los problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Así mismo, estos grupos han sido interpretados como una respuesta a la desintegración de los sistemas tradicionales de apoyo como la familia y grupos de pares, así como cubriendo las carencias de los servicios e instituciones incluyendo las religiosas<sup>9</sup>. Su estructura de organización se destaca por la relaciones equitativas entre pares, reemplazando el elitismo profesional por solidaridad entre los miembros y por la autonomía de los grupos. La burocracia y asimetría de poder característicos en los servicios de atención profesional están ausentes en AA.<sup>18, 9</sup>

Las reuniones de estos grupos duran alrededor de una hora y media. Los resultados se logran a través de un conjunto de procesos psicosociales: la

confesión y catársis, la identificación mutua y la evitación de sentimientos de estigmatización. El sistema de creencias que proporciona el programa de AA es uno de los aspectos centrales para los miembros, así como su relación con la acción, las interacciones entre los miembros y el papel de las tradiciones orales y escritas en la transmisión de las creencias y las variaciones culturales.<sup>21,22,23</sup>

Sin embargo, desde la década de 1940, los grupos de AA han sufrido una serie de variaciones y sincretismos. En el caso de nuestro país, la más distintiva y exclusiva es la creación de los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA), también llamados “ANEXOS”.<sup>9,8</sup>

México se sitúa como el tercer país con mayor cantidad de grupos de AA después de EE.UU y Canadá, registrando alrededor de 14,000 grupos de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., y otros 2,402 grupos de la Sección México de Alcohólicos Anónimos A.C., esto sin considerar otras variaciones tales como los grupos de AA 24 Horas de Terapia Intensiva, Grupos 24 horas de Alcohólicos Anónimos, Grupo Jóvenes de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos Región México. Donde los grupos de ayuda mutua constituyen una alternativa de atención<sup>8</sup> y tratamiento para el 53.8% de la población mexicana.<sup>5</sup>

## 5. CENTROS RESIDENCIALES DE AYUDA MUTUA PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES (CRAMAA)

Como se ha mencionado anteriormente, el Modelo de Alcohólicos Anónimos se ha considerado por algunos como el principal recurso terapéutico en México para el tratamiento de la dependencia al alcohol y otras drogas. Con el tiempo, este modelo se ha ido adaptando para responder a las necesidades de ésta población. Diversos autores señalan que el movimiento “24 Horas” fue el primer desmembramiento de Alcohólicos Anónimos, creándose a mediados de los años setenta y no se considera una organización tradicional al Modelo de AA ya que sufrió diversas adaptaciones a las necesidades de la población alcohólica. Una de las características más sobresalientes de ésta agrupación fue la oferta de servicios de albergue para aquellos alcohólicos que no tenían dónde vivir o bien que no lograban la abstinencia asistiendo únicamente a las juntas pese que en éstos grupos llegaban a realizar 16 juntas al día<sup>20,9</sup>. A éstos albergues se les llamaba “anexos”, que eran habitaciones incorporadas a sus instalaciones, en donde quienes no tenían en dónde vivir o dificultades para mantenerse sobrios con su asistencia a las juntas, podían alojarse ahí durante varios meses. Durante su estancia, tenían que ayudar al grupo con servicios de cocina y limpieza dentro de la casa, para posteriormente reincorporarse al mundo exterior una vez que su estado se los permita.<sup>9</sup>

En el intento de destigmatizar y resignificar la función colectiva que ofrecen estos centros, Marín-Navarrete y colaboradores propone llamarlos Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA).<sup>8</sup>

Según Rosovsky en el 2011, el surgimiento de estos centros respondió a una necesidad real que, ni el Estado ni la sociedad ofrecían en ese entonces para quienes, por la evolución de su enfermedad, necesitaban un tratamiento residencial, principalmente para las personas de un nivel socioeconómico bajo. Con el paso del tiempo, estas agrupaciones fueron creando “granjas de rehabilitación” donde se podían internar los alcohólicos del sexo masculino hasta por un año.

Donde los internos se identificaban con los principios de AA (Doce Pasos) sin embargo no con las Doce Tradiciones, donde éstas últimas forman el pilares fundamentales y esenciales del programa, recibieron críticas y rechazo constantes de los profesionales; además de que a lo largo de los años las personas que han vivido la experiencia de 24 Horas han reportado haber vivido abusos físicos, psicológicos e incluso sexuales.<sup>9</sup>

Una de las principales características de estos centros es que son muy heterogéneos, pues ofrecen una diversidad de servicios residenciales con una duración variable que puede ir de cuatro semanas hasta doce meses. Otra de las características relevantes es su infraestructura; algunos cuentan con instalaciones amplias, mientras que otros debido al espacio tan limitado y la demanda de usuarios, sufren de hacinamiento. Además, es importante mencionar que la estructura jerárquica de estos centros se encuentra constituida por individuos que han logrado mantenerse sin consumo por mayor tiempo y buscan compartir su experiencia induciendo la recuperación en otros, sin embargo, gran parte de dichos centros no cuentan con el apoyo de especialistas y/o profesionales de la salud.<sup>8,24</sup>

Los CRAMAA que cumplen con la normatividad que estipula de la NOM-028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, antes ya mencionada, se consideran modelos de tratamiento especializado en adicciones de modalidad residencial de ayuda mutua y en algunos mixto.

Es así que en función de la oferta de 16, 402 grupos de ayuda mutua registrados y los bajos costos representan ser una opción de primera mano de atención para las adicciones a pesar de las limitaciones en infraestructura física y humana que éstos puedan presentar como resultado de la insuficiencia de centros residenciales públicos y privados en México así como por sus elevados costos para la mayoría de la población afectada.<sup>8</sup>

## PARTE II: INVESTIGACIÓN

### 6. RELEVANCIA DEL ESTUDIO

En virtud del panorama presentado se evidencia la carencia de una regulación de estos Centros, lo que representa un problema de salud pública debido a las consecuencias asociadas a dicho fenómeno, por ello se plantea la necesidad de llenar vacíos de conocimiento respecto al funcionamiento y dinámica de estos lugares con información basada en la evidencia científica, lo cual se espera, se traduzca en la creación de políticas públicas que permitan la regulación y el monitoreo de dichos centros, así como la implementación de tratamientos cada vez más efectivos y eficaces en el ámbito de las adicciones.

## 7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo anterior se puede observar que ante el crecimiento del abuso de sustancias que rebasa los servicios de tratamiento que ofrece el Estado, la sociedad civil, a través de los años, han creado diversas formas de organizaciones que respondan a la problemática de la dependencia al alcohol y otras drogas haciendo adaptaciones a los “Grupos Tradicionales” creando agrupaciones que ofrecen atención residencial basándose en el Modelo de Ayuda-Mutua de los Doce Pasos sin apearse a las Doce Tradiciones de Alcohólicos Anónimos. Los CRAMAA cumplen una importante función de contención para los usuarios de alcohol y drogas, en particular en las etapas agudas de desintoxicación, por tal motivo un gran número de consumidores son ingresados cotidianamente a estos centros por sus familiares ya que se han convertido en una opción de primera mano para familiares y pacientes que sufren de trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Sin embargo, muchas veces carecen de un equipo profesional de base especializado en el tratamiento de las adicciones desconociendo la comorbilidad psiquiátrica y las necesidades que cada persona requiere.

Muchos de estos Centros han hecho un esfuerzo por apearse a la reglamentación federal que norma la salud y el tratamiento para las adicciones, sin embargo, se sigue reportando el incumplimiento a los derechos humanos y lineamientos de la Ley General de Salud así como de la NOM-028 propone para el tratamiento de las adicciones según la modalidad en la que se cataloguen.

Por último, se cuenta con poca evidencia que describa la experiencia del proceso que se lleva a cabo desde que se hace el primer contacto con el Centro hasta que el usuario es ingresado. Se observa una constante violación de los derechos humanos de los consumidores por el desconocimiento de estrategias y técnicas de intervención menos aversivas que promuevan el cambio del usuario o en casos donde el internamiento es involuntario.<sup>8</sup>

## 8. JUSTIFICACIÓN

El Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones tuvo como objetivo analizar la experiencia de 15 hombres que fueron atendidos en al menos dos (2) CRAMAA, los resultados ayudaron a comprender la dinámica de consumo, la cual se asocia con factores de psicosociales de riesgo como el abandono familiar y el enojo que incrementa la probabilidad de buscar nuevas relaciones sociales que, usualmente, presentan consumo de sustancias. Así mismo, se encontró que el proceso de internamiento es poco común que sea solicitado por el usuario por la evolución natural de la enfermedad en la cual se pierde conciencia de enfermedad, por lo que la solicitud de tratamiento en su mayoría proviene por un familiar y éste es de manera involuntaria en la mayoría de los caso. Aunado a esto, se encontró la experiencia de dos (2) tipos de CRAMAA; el primero se le denominaron “light” los cuales se caracterizan por la estancia voluntaria, mejor usos de servicios y la evitación de violencia como medio de control. Mientras que el segundo tipo se denominaron “fuera de serie” en los cuales, a decir de los entrevistados, existe un abuso físico y psicológico continuo además de condiciones precarias al interior del centro. Por último se encontró que en cuanto al uso de servicios, en general se reporta que las instalaciones dependen del recurso y presupuesto que cuente el CRAMAA así mismo se reportan diferencias en cuanto a la prestación de los servicios que cuentan dependiendo del tipo de CRAMAA donde los “fuera de serie” presentan mayor incumplimiento con lo estipulado por la NOM-028.<sup>8</sup>

Es por ello que, se observó la necesidad de dar continuidad y profundizar en los procedimientos en que funcionan estos centros en virtud de asegurar el respeto de los derechos humanos, así como el cumplimiento de los lineamientos señalados por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Por ello se plantea llevar a cabo un análisis secundario que profundice en el conocimiento y descripción de la experiencia de los procesos de ingreso a estos CRAMAA así como las personas

involucradas en el mismo desde cómo se consigue la información del Centro, método del ingreso al Centro hasta los servicios que recibe el usuario a su ingreso.

## 9. OBJETIVOS

### 9.1. Objetivo General

- Conocer y describir la *experiencia de hombres que han sido ingresados a Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones*.

### 9.2. Objetivo Específico

- Conocer y describir, los *procesos de ingreso a los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones*.

- Conocer y describir, los *roles y funciones de las personas involucradas en el proceso de ingreso a los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones*.

## 10. MÉTODO

### 10.1. Tipo de Estudio

Se trata de un estudio cualitativo que utiliza las entrevistas semi-estructuradas focalizadas<sup>25</sup> como técnica de aproximación a la recolección de datos.

### 10.2. Duración del Estudio

El Estudio contó con un financiamiento por parte la Universidad Iberoamerica Campus Santa Fe y se llevó a cabo en un periodo de 24 meses el cual se dividió en cuatro (4) etapas; la primer etapa se destinó a un trabajo de revisión en la literatura la cual sustentara la necesidad de llevar a cabo una investigación en los CRAMAA de la cual se encontró poca evidencia científica y la mayor parte de la información encontrada fue a través de la literatura gris, por ejemplo notas periodísticas.

La segunda etapa consistió en el diseño y desarrollo de la entrevista semi-estructurada así como en el entrenamiento a los entrevistadores los cuales eran psicólogos egresados de la licenciatura.

La tercer etapa se destinó para el trabajo de campo donde se llevó a cabo la recolección y transcripción de las 15 entrevistas.

Por último, la cuarta etapa se destinó para el análisis de contenido de las entrevistas y la publicación de un artículo, el cual abrió campos a futuros análisis secundarios.

### **10.3. Descripción de la Población**

La muestra fue conformada por 15 hombres que tenían la experiencia de haber ingresado en al menos dos (2) CRAMAA, que opcionalmente estuvieran recibiendo atención en alguno de estos centros al momento de la entrevista y que accedieran de manera voluntaria a participar en el estudio.

### **10.4. Criterios de inclusión**

- a) Hombres
- b) Entre 18 años a 65 años de edad
- c) Haber estado en al menos 2 CRAMAA
- d) Participación voluntaria

### **10.5. Criterios de exclusión**

- a) Presentar un daño orgánico o deterioro cognitivo que le impida comprender en lo que consiste su participación en el estudio.
- b) Presentar un trastorno psicótico o episodio maniaco agudo.

### **10.6. Procedimiento de reclutamiento**

Los participantes fueron contactados en los centros donde recibían atención para las adicciones y posteriormente se utilizó la estrategia no probabilística de recolección de datos en cadena o también conocida como bola de nieve.

Primero se les proporcionó la explicación de la investigación, enfatizando en el valor científico de su participación y las consideraciones éticas de anonimato. Una vez que el usuario aceptó participar en el estudio, se le solicitó el consentimiento para proceder con la construcción de los datos.

Posteriormente, las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual, en un salón privado, donde fueron audio-grabadas y, finalmente, transcritas y codificadas por un equipo de investigación capacitado para tal efecto.

## 11. INSTRUMENTO

Se utilizó una entrevista semi-estructurada focalizada<sup>25</sup> como técnica de aproximación a la recolección de datos. La cual se dividió en una primera sección donde se obtenían datos sociodemográficos y contexto cotidiano de la persona donde se buscó conocer cómo es la vida del participante cuando no está internado, así como conocer información que permita iniciar la conversación sobre los temas de interés.

Posteriormente, se preguntó e indagó sobre cinco (5) rubros generales:

1. Historia de Consumo, el objetivo fue obtener información sobre la historia de consumo de sustancias, patrón de consumo de cada sustancia así como la(s) que causaron dependencia y búsqueda de atención por primera vez.
2. Trayectoria de Tratamiento, obtener información sobre las figuras y redes de apoyo para buscar atención para el consumo y explorar la trayectoria de los centros a los que han acudido.
3. Experiencia en anexos, obtener información sobre la experiencia de la estancia en un anexo. Interesa conocer cómo fue que entró, quiénes lo/a acompañaron, si fue forzado o voluntario y las emociones que estaban presentes a lo largo de su internamiento.
4. Instalaciones y servicios, el objetivo fue conocer cuáles son los servicios que proporcionaban como las instalaciones, servicios médicos, de enfermería, psicológicos, el trato personal, apoyo de alimentación y otros servicios.
5. Reglas y dinámicas del lugar, conocer la dinámica propia de los centros, más allá de la experiencia subjetiva de cada participante.

## 12. ANÁLISIS DE DATOS

La interpretación de los datos siguió el método utilizado por la Teoría Fundamentada de comparaciones múltiples. Se realizó un conjunto de códigos que se desprenden de la narrativa de cada sujeto, hasta lograr la Saturación Teórica de los 15 participantes. Se utilizó el software ATLAS.ti versión 5.5 con el objetivo de emplear herramientas sofisticadas y poderosas para el análisis del contenido de cada entrevista.

Posteriormente se accedió tanto al Protocolo de investigación como a las transcripciones y codificaciones originales de las quince (15) entrevistas donde se llevó a cabo una selección de aquellos fragmentos donde se detectaba en la narrativa la experiencia y procedimientos asociados con el ingreso a estos centros.

Con la finalidad de generar una “amplitud conceptual” (Hernández, et al.; 2008) sobre la experiencia del ingreso de personas que fueron internadas a CRAMAA se llevó a cabo una comparación entre categorías en cuanto a similitudes y diferencias, seguido de un contraste de categorías por pares para concluir con una relación entre categorías (Hernández, et. al., 2008).

## 13. RESULTADOS

En promedio, los entrevistados tenían 40 años, con una desviación estándar de 12.18 en un rango de edad entre 23 y 58 años. Dos terceras partes contaban con estudios de licenciatura o postgrado y una tercera parte tenía estudios de preparatoria o secundaria. El 60% estaba separado o divorciado, una quinta parte se encontraba en unión libre o en pareja y el resto era soltero.

Se obtuvieron dos (2) grandes categorías de las quince (15) entrevistas, las cuales se dividen en subcategorías las cuales permitieron una visión general y sistematizada del procedimiento de ingreso a los CRAMAA así como conocer los roles y funciones de las personas involucradas.

A continuación se describen las categorías y subcategorías del análisis realizado:

- *Procesos*, donde se trató de sistematizar el proceso desde que se sabe de la existencia del CRAMAA, el método de ingreso que se lleva a cabo para el ingreso y los servicios que se le ofrecen al usuario.
- *Actores*, recolectando información sobre las personas que están involucradas en estos tres (3) procesos así como sus roles y funciones específicas.

Se pretende explicar de manera sistematizada, para su mejor comprensión y descripción puntal, cada proceso identificado con los roles y funciones de los actores en juego.

## INFORMACIÓN

En cuanto a cómo se conoce a cerca de los CRAMAA se encontró que, como se reporta en el Estudio inicial, los familiares o el otro significativo son aquellos que se percatan de la problemática del usuario y son los que buscan principalmente la ayuda.

*“... casi siempre fue mi mamá... mi pareja era la que me llevaba al doctor... en eso se levanta mi sobrino y dice pues yo lo acompañe tío, si quiere voy y lo dejo y me regreso o si no me quedo con usted” (Alfonso, 45 años).*

La mayoría de ellos acuden a éstos Centros por recomendación de otras personas que han estado internados, por líneas públicas de orientación telefónica, campañas de prevención televisiva o bien por los mismos profesionales médicos de atención primaria. Así mismo, se observa que en su mayoría, los familiares desconocen los sitios recomendados, sin embargo existen otros que acuden a las instalaciones.

*“... mi familia no sabía y me metió al primero que le dijeron o que escucho o que le dieron el papelito.” (Tío, 45 años).*

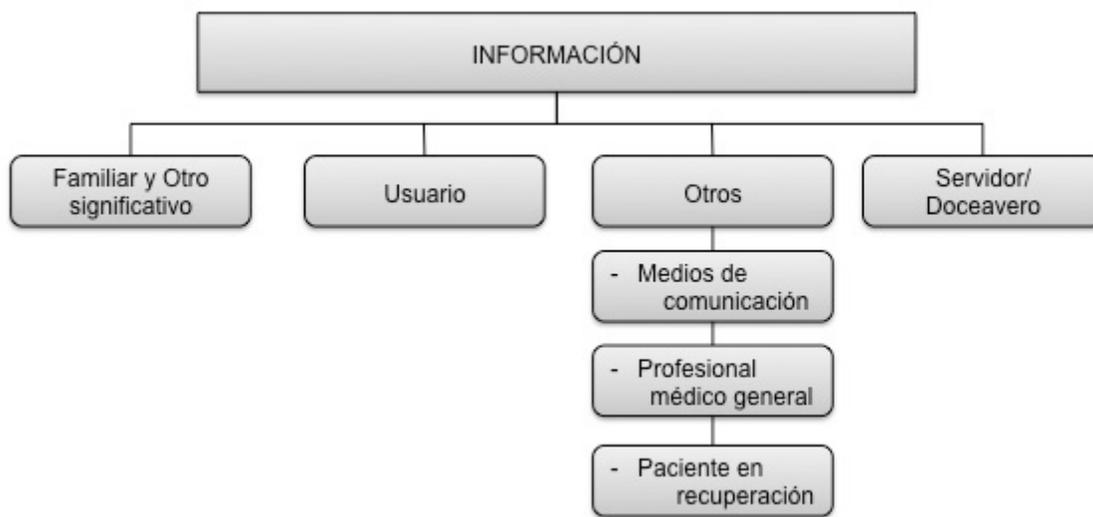
*“... hasta que le dijo un compañero que también es de doble AA, mire vecina (a mi mamá) ya no pague, yo tengo un lugar en el cual pues la estancia es gratis, ahí nada más lleva de vez en cuando cualquier cosa y y a sus tres meses lo sacan...” (Gaby, 31 años).*

*“... el doctor me dice es usted alcohólico, necesita ir a alcohólicos anónimos y le da dos tarjetas a mi mamá de dos grupos, uno donde los internan y otro a donde van a algunas pláticas en la tarde o en la noche, nada más van un rato, ustedes deciden.” (Alfonso, 45 años).*

*“...habló a locatel, vive sin drogas obviamente que pues le dieron primero Oceánica y luego otras opciones, pero estaban cara..., le dijeron mire hay una casa así como para lo que usted busca, no es muy caro. Si quiere puede ir a ver las instalaciones y todo, le dieron los teléfonos y mi mamá marco al Centro y le dijeron si señora puede venir este el día que usted guste a conocer las instalaciones.” (Gaby, 31 años).*

O bien son los mismos Servidores quienes se encarga de la promoción y difusión del CRAMAA.

*“(Los Doceaveros) les entregan una tarjeta. O sino lo buscan por internet y todo eso, no ps les enseñan la casa y todo eso, como han venido aquí varias, este... empresas y todo eso, han venido a enseñarles la casa y todo eso.” (Carrasco, 45 años).*



**Figura 1.** Información

## MÉTODO DE INGRESO

Los usuarios pueden ser ingresados al CRAMAA por diversas formas, principalmente son ingresados por un familiar y/o persona significativa o por un servidor/doceavero del mismo Centro, ya que, como la evidencia reporta, en la evolución natural de la enfermedad, la conciencia de enfermedad es de escasa a nula lo que lleva a una falta notoria de auto-ayuda, es decir en muy pocos casos la persona que consume es capaz de reconocer los efectos y deterioro biopsicosocial que su consumo le ha ocasionado y solicitar ayuda para sí mismo por lo que el familiar y/o persona significativa es quien promueve y busca el tratamiento donde muchas veces requiere de un internamiento ya que la persona no es capaz por sí sola de lograr la abstinencia haciendo que en mucho de los casos el ingreso sea de carácter involuntario.

*“...siempre atrás con mi mujer... obligarla a pedir ayuda que fue que llegó aquí.” (José Ramón, 51 años).*

*“Tu familia habla, compañeros que están aquí van por ti y te traen, pero así de que yo dijera llévenme, no. nunca. Siempre era a fuerza ¿no? yo nunca pedía la ayuda.” (Gabriel, 39 años).*

En los casos en que se observa que el usuario solicita la ayuda, se detecta una experiencia previa la cual pudiera facilitarle al usuario la solicitud de ayuda para su próximo periodo de tratamiento.

*“...la segunda vez que yo llegué aquí yo vine solito a tocar la puerta.” (Tío, 45 años).*

*“... pedí ayuda y me internaron en una clínica pero... pues deje de beber pero pues un año, un año meses y volví a beber. En la clínica llamé por teléfono, supe del costo, tenía el dinero necesario, pedí por favor que me llevaran, llegué pagué, y estuve tres días en desintoxicación, pues llegué con una intoxicación muy severa.” (Ricardo, 53 años).*

Así mismo, se encontró que los Servidores/Doceaveros son personas que se involucran activamente en el método de ingreso, son personas, hombres principalmente, que se encuentran internadas en el Centro haciendo su servicio, el cual implica ir por el usuario hasta el lugar dónde éste se encuentre a petición de un familiar o de algún conocido que solicita los servicios ingresándolo de manera involuntaria al CRAMAA.

*“... los doceaveros son los que van a donde tu estés, ya sea que estés en tu casa, en el fumadero, donde estés van por ti y te traen. Sí, ese es su servicio, te vuelvo a decir por lo regular son muchachos jóvenes, fuertes, valientes.” (Tío, 54 años).*

*“Doceaveros (significa). Ir por las personas.” (Carrasco, 45 años).*

El reconocimiento de enfermedad no es una característica común entre los usuarios de drogas y alcohol incluso se identificó que en muchas ocasiones, los familiares solicitan los servicios de “los doceaveros”, lo cual, a decir de los

entrevistados, significa que los problemas psicosociales se han exacerbado y la persona requiere de una atención urgente ya que el usuario representa un riesgo para la familia y para sí mismo. Sin embargo se desconoce si el Centro se apega a lo que la NOM-028 solicita sobre notificar al Ministerio Público el internamiento involuntario en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.

*“... por requerimiento de un familiar... y a petición de ellos vamos al domicilio a transportar al compañero, de su domicilio a aquí, la gran mayoría el 99.9% de las veces que nosotros tenemos que acudir al domicilio es porque la situación se ha salido de control.... A petición de la familia vamos al domicilio y nos lo traemos, vienen en contra de su voluntad, vienen en esa fase de negación en donde es un reto para nosotros hoy moverlos a la aceptación del problema no, y en donde obviamente a través del trato, a través de ser amables y respetuosos con ellos, a través de darles sus alimentos bien preparados, bien completos y bien sazonados este, y tratarlos con respeto los mueves” (José Ramón, 51 años).*

*“...la mamá de mi amigo con la que vivía les habló para que fueran por mí, como aquí. Tu familia habla, y los compañeros que están aquí van por ti y te traen, pero así de que yo dijera llévenme, no. Nunca. Siempre era a fuerza yo nunca pedía la ayuda.” (Carrasco, 45 años).*

El riesgo continuo al que se exponen “los doceaveros” es evidente, ya que si bien la evidencia científica nos señala la prevalencia de defunciones bajo los efectos de sustancias psicotrópicas, “los doceaveros” en su servicio acuden a donde esté la persona y en la mayoría de los casos ésta se encuentra en estado de intoxicación.

*“...a veces vas por alguien y cuando no te sacan una punta, te sacan una pistola, ó te salen con toda la banda cuando no, los mismos familiares se ponen bien al pedo y hay que ir por ellos, entonces este es el servicio, ir por ellos.” (Tío, 45 años).*

*“...cuando nosotros tenemos que acudir al domicilio es porque la situación se ha salido de control, es cuando la familia ha agotado todos los recursos, cuando de alguna manera el paciente está con un consumo crónico y está sumamente mal poniendo en riesgo la vida de ellos y de sus*

familiares y es donde nosotros actuamos y lo trasladamos a esta casa y el método tal vez sigue siendo el mismo que se ocupó antes.” (José Ramón, 51 años).

Por último, se encontró que en la mayoría de los casos el método de ingreso por parte de “los doceaveros” se presenta violencia física y engaños aumentando la probabilidad de generar resistencia y mal apego a la intervención y ayuda que se les brinda.

“...fueron por mí... yo estaba dormido ya llevaba yo como 15 días tomando, nada más recuerdo que me agarraron dos muchachos, me subieron a un carro y ya llegué a ese grupo, me acostaron y me dormí...” (Jerónimo, 55 años).

“...fueron por mí igual... tocaron la puerta y pues yo abrí. Y cuando, me agarraron, al principio abrí porque me agarran y me dicen policía judicial y yo pues porque vi un carro último del año y todo pues si lo creí... me subieron al carro a la fuerza porque yo no me dejaba, pues si yo no vendo droga. Y me subieron al carro... me dijo uno de los que iban ahí que le echara humildad, que te calles... ahí supe son de un anexo.” (Pablo, 39 años).



**Figura 2.** Método de ingreso

## SERVICIOS

En cuanto a los servicios, se identificaron 3 grupos u ofertas de servicios. El primero de ellos, es la *atención inicial* la cual en su mayoría es de carácter urgente ya que las personas ingresan al CRAMAA en estado de intoxicación aguda lo que implica que el Centro deberá ofrecer servicios médicos de desintoxicación donde en algunos de los casos no se cuenta con el personal suficiente y capacitado para el tratamiento de urgencias médicas, que no es el caso para todos ya que otros reportan una atención inmediata y de calidad.

*“No pues enseguida de que yo llegue me dieron comida caliente, me revisó un médico general este pues todo lo que tenía, los golpes y todo lo que yo traía; de hecho hasta compraron un gel y me lo aplicaron porque venía yo... de esa casa para acá me trasladaron; y este se me subió a bañar y me dieron agua caliente, no allá ni idea de lo que era agua caliente.” (Tío, 45 años).*

*“... aquí pus se pasa a un enfermería y después de una enfermería llega el médico y te valora y es cuando te manda con los compañeros como a un tipo piso y allá no, así como llegue luego este a escuchar junta.” (Gaby, 31 años).*

*“...estaba intoxicado... usted me acompaña... Y me pasaron a una sala de desintoxicación, una sala de observación... en aquel tiempo creo que se llamaba mortería.” (Efraín, 39 años).*

Es un riesgo latente la falta de personal profesional médico para atender, valorar y dar los cuidados pertinentes a éstos estados de urgencia ya que se pone en riesgo la vida de estas personas. Lo cual refleja el segundo grupo, *cuidados en el estado de intoxicación*.

*“Vi mucha gente morir en los anexos, estuve en el servicio de enfermería en muchos anexos, se me quedaron varios cuates en los brazos, aprendí mucho de cómo tratar una convulsión o un cuate endelirado pero no siempre tienen los recursos para hacerlo, y desafortunadamente vi a muchos que se murieron por la falta de atención.” (Ricardo, 53 años).*

Muchas veces a falta del personal capacitado son los servidores quienes asisten y cuidan estas urgencias médicas desconociendo el procedimiento profesional cometiendo cierta iatrogenésis por el desconocimiento del proceso.

*“... era llegar intoxicado, estar encamado, no poderse mover para nada, no poderse parar, muchas veces me endeliré, te dan las famosas generosos que es té con alcohol o una cucaracha que es lo mismo nada más que flameado y te van reduciendo la dosis más o menos o sea te la van bajando de manera gradual pero no siempre funciona o sea la obsesión por beber, la compulsión física se queda ahí no y aunque ya no tienes el riesgo de endelirar sigues generando el deseo, sigues deseando el alcohol, sigues deseando la dosis y muchas veces este, pues hasta fingía para seguir en enfermería y que me siguieran dando alcohol no.” (Ricardo, 53 años).*

Por último cabe mencionar que la temporalidad en que una persona esté en sala de observación depende del estado de intoxicación que llega la persona la sin embargo es aproximadamente de 72 horas.

*“ (al ingreso) ...se me mantuvo 72 horas en observación allá abajo, buenas comidas, todo limpio y personas que estaban ahí vigilándonos las 24 horas.” (Tío, 45 años).*

*“...me quede ahí (enfermería) como tres días y estando ahí en sala de, bueno aquí en casa carrasco es sala de recuperación pero ahí se les dice morterías, me bajaron a las juntas y yo desesperado por qué yo no quería estar ahí y vi a los muchachos que fueron por mí, porque ellos me dijeron.” (Jerónimo, 55 años).*



**Figura 3.** Servicios

A manera de conclusión se muestra un cuadro donde se resume el intento de sistematización del proceso de ingreso a los CRAMAA identificando las personas involucradas en cada una de ellos.

Proceso		Actores involucrados	Descripción
1	INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar y otro significativo</li> <li>- Usuario</li> <li>- Otros (<i>Medios de comunicación, Profesional médico general, Paciente en recuperación</i>)</li> <li>- Servidores/Doceaveros</li> </ul>	La difusión y promoción de los CRAMAA proviene principalmente de medios de comunicación o de otras personas que conocen estos lugares principalmente quien hace la labor de buscar la información es el familiar principalmente la madre y/ o esposa o bien el otro significativo.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar y otro significativo</li> <li>- Usuario</li> <li>- Servidores/Doceaveros</li> </ul>	El método de ingreso en su mayoría proviene de un tercero por la evolución natural de la enfermedad sin embargo se observa que se hace uso de violencia física y mentiras por parte de las personas involucradas lo que posiblemente aumenta y genera resistencia a iniciar un proceso de recuperación
3	SERVICIOS	Atención inicial	Los usuarios llegan, en su mayoría, en estados de intoxicación aguda a los CRAMAA por lo que pasan por un periodo de desintoxicación en la cual, en algunos casos reciben atención profesional pero no es el caso para todos los usuarios.
		Cuidado en estado de intoxicación aguda	
		Tiempo de estancia en sala de observación	

**Figura 4.** Tabla general de resultados

## 14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los investigadores se comprometieron, por escrito, a guardar la confidencialidad y asegurar que la identidad de los participantes se mantendría resguardada. Así mismo, se les informó que su participación no tendría ninguna consecuencia positiva o negativa en el tratamiento o estancia en los centros, por lo que su consentimiento era completamente voluntario sin riesgo a que la negación del mismo provocara consecuencia negativa de ningún orden.

Asimismo, se les informó que tenían derecho, si así lo deseaban, a interrumpir la entrevista en cualquier momento sin necesidad de dar explicación alguna. Sin embargo, se indicó que una vez iniciado el análisis de datos, ya no sería posible retirar el consentimiento de participación, ya que resultaría imposible separar su entrevista de las demás.

Finalmente, el entrevistador recibió entrenamiento en la guía de la entrevista, en la cual, se enfatizó el cuidado en la creación de falsas expectativas en los participantes. En el caso de aquellos entrevistados a los que se detectó algún tipo de trastorno mental severo en fase activa se les orientó y/o canalizó a instituciones especializadas.

## 15. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Queda claro que el problema del consumo de alcohol y drogas tanto en México como en cualquier otro país es una enfermedad multifactorial que afecta tanto a nivel personal, familiar y social; donde la persona que presenta la enfermedad carece del reconocimiento de los daños que su consumo le ha generado impidiendo mostrar una iniciativa de búsqueda de tratamiento. Sin embargo la familia, principalmente la madre y/o esposa o en el otro significativo es en quien recae los estragos del consumo del familiar que consume alguna sustancia por lo que son quienes solicitan la ayuda y atención. La cual aparentemente resulta ser insuficiente tanto en su promoción y difusión así como en el acceso al mismo. Es por ello que los CRAMAA siguen siendo la principal opción de atención principalmente en niveles socio-económicos bajos.

Como se señaló en el presente trabajo los CRAMAA son organizaciones que siguen el Modelo de Ayuda-Mutua de los 12 Pasos, sin embargo distan de los Grupos Tradicionales ya que no se apegan en su totalidad al cumplimiento del Modelo ofreciendo un intento de tratamiento residencial, por lo que se puede concluir que los CRAMAA son una tergiversación de los Grupos Tradicional que cubren las necesidades de la población en cuanto al consumo de alcohol y drogas. Sin embargo resulta muy arriesgado poder asegurar que ofrecen tratamientos de rehabilitación integral cubriendo las necesidades específicas de cada persona, pero que cubren una necesidad de contención para aquellas personas que su problema de sustancias requiere de un tratamiento residencial para mantener la abstinencia.

Por otro lado no solamente se observa la tergiversación en la oferta de tratamiento sino que también en el proceso de ingreso se observa que “los doceaveros” fungen un rol primordial en el primer contacto que tiene el usuario con el primer acercamiento de ayuda el cual se sigue viviendo de una forma violenta donde se incrementa los riesgos tanto del “doceavero” como del usuario ya que el usuario se encuentra, en su mayoría, en estado de intoxicación. Sin embargo cabe

señalar y reconocer el intento que muchos de estos CRAMAA han realizado para ofrecer servicios profesionales y de calidad sin embargo queda mucho por hacer ya que al llegar en periodos de intoxicación aguda y ante el desconocimiento del manejo médico se ponen en juego muchas vidas. Por ello la necesidad e insistencia en el cumplimiento, en su totalidad, de los lineamientos propuestos por la NOM-028 con la finalidad de regular en la medida de lo posible una realidad existente en nuestro país donde los CRAMAA siguen siendo la primer oferta de atención para muchas personas.

## 16. REFERENCIAS

1. Rosovsky, H. Salud pública, disponibilidad y consumo de Alcohol. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno, 1994.
2. Medina-Mora, ME., Robles, R., Corina, D., Real, T. Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud, 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Consultado en noviembre 2013. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/mex.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/mex.pdf?ua=1)
4. Medina-Mora, ME., Real, T., Villatoro, J., Natera, G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 2013; 55:1.
5. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Gonzalo Rio Arronte. México, 2012.
6. Medina-Mora, M.E. Las adicciones: su situación actual. En L. Berruecos y L. Diaz-Leal (Eds.) *Curso básico sobre adicciones*. CENCA, 1994; 9-52.
7. Rojas, E., Real, T., García, S., & Medina-Mora, M. E. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 2010; 34: 351-365.
8. Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B., Tena-Suck, A. Estudio sobre la Experiencia de Hombres que han sido Atendidos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 2013; 36:393-402.
9. Rosovsky, H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos* 2009; 29:13-30.
10. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Gonzalo Rio Arronte. México, 2010.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: Diario Oficial de la Federación

12. Instituto Nacional de Abuso de Drogas. Principios para el tratamiento de adicciones. Guía basada en evidencia. Bethesda, MD: Instituto Nacional de Salud. 1999.
13. Instituto Nacional de Abuso de Drogas. Principios para el tratamiento de adicciones. Guía basada en evidencia. Bethesda, MD: Instituto Nacional de Salud. 2010.
14. Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Lim KO, Pfefferbaum A. Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: Relationships to changes in brain structure. *Neuropsychology*. 2000;14:178-88.
15. Katz, A. H.; Bender, E. Self Help and Mutual Aid. *American Review of Sociology*. 1976; 7:129-155.
16. Levine, H., 1978, "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 39, núm. 1, pp. 143–174.
17. Gusfield, J., 1957, "The Problem of Generations in an Organizational Structure", *Social Forces*, núm. 35, pp. 323–330.
18. Nurco DN, Makofsky A. The self-help movement and narcotic adults. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1981;8(2):139-51. PubMed PMID: 7331972. 14: Peyrot M.
19. Mäkelä, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I. Helmersson, K., Kurube, N., Mariolini, N., Ólafsdóttir, H., Peterson, J., Phillips, M., Rehm, J., Room, R., Rosenqvist, P., Rosovsky, H., Stenius, K., Swiatkiewicz, G., Woeonowicz, B., Zielinski, A. *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement. A study in eight societies*. London: The University of Wisconsin Press, 1996.
20. Sánchez, A. Qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 2008; 9(1):97-104.
21. Kurtz, E., 1982, "Why AA Works: The Intellectual Significance of Alcoholics Anonymous", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 43, núm. 1, pp. 38–80.
22. Bateson, G. The cybernetics of "Self": A theory of alcoholism", en G. Bateson, *Steps to an Ecology of Mind*, Ballantine Books, Nueva York, 1985: 309-337.

23. Kennedy, M. y K. Humphreys, 1994, "Understanding Worldview Transformation in Members of Mutual Help Groups", *Prevention in Human Services*, núm. 11, pp. 181–198.
24. Pulido, M.A., Meyers, M. y Martínez, A. Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2009; 1: 85-97.
25. Merton, R.K., Fiske, M., Kendall, P.L. The focused interview. Glencoe Ill. Free Press. 1956.
30. Hernández- Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw-Hill. México, 2008: 524-672.
31. Borges, G., Wang, P.S., Medina-Mora, M.E., Lara, C. y Tat Chiu, W. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 2007; 97(9):1638-1643.
32. Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones: Perfil del Recurso Humano vinculado al Tratamiento de Personas con Problemas Relacionados al Abuso y Dependencia de Drogas y Perfil del Usuario. México, Consejo Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2011.
33. Fowler, J.C., Groat, M., Ulanday, M. Attachment Style and Treatment Completion among Psychiatric Inpatients with Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*. 2013; 22:14-17.
34. Medina-Mora, ME., Real, T., Villatoro, J., Natera, G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 2013; 55:1.
35. Miller, NS., Flaherty, JA. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *J Subst Abuse Treat*, 2000; 18:9-16.
36. Monteiro, ME. Alcohol and public health in the Americas. A case for action. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, 2007.

37. Drug Abuse (n. d.) Consultado el 20 de enero de 2014:  
<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

38. Drug Abuse (n. d.) Consultado el 20 de enero de 2014:  
<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>

39. Librería Cornell (n. d.) Consultado el 20 de enero de 2014:  
<http://www.library.cornell.edu/resrch/citmanage/apa>

## 17. ANEXOS

En esta sección se localiza el documento Consentimiento Informado así como el guión de la entrevista semi-estructurada la cual se utilizó para la recolección de datos.

## 16.1. Consentimiento Informado



### Estudio de investigación sobre la experiencia de personas que han sido atendidas en centro residenciales de ayuda mutua para las adicciones. Carta de Consentimiento informado

Investigadores principales Dr. Rodrigo Alonzo Marín Navarrete y Dr. Jair Hernández Hernández.

Se le invita a participar en una investigación para recuperar la experiencia sobre su adicción (en uso de alcohol y/o drogas) y su proceso de rehabilitación cuando ha estado internado/a en Centros Residenciales de Ayuda Mutua (Anexos).

Su participación será la de asistir a una entrevista. Durante la entrevista se le preguntará sobre su historia de consumo y el tipo de tratamientos que usted ha recibido. Tendrá la posibilidad de expresar en forma abierta todas las experiencias, sentimientos y opiniones acerca de su experiencia y de la atención que haya recibido anteriormente, centrándonos en su estancia en los centros de ayuda mutua. La duración de la entrevista es variable, de aproximadamente una hora treinta minutos.

Si usted accede participar, accede a que la entrevista sea audio-grabada. Cualquier información que usted revele durante la entrevista que permite identificarle, será cambiado u omitida por los/as investigadores/as. Ya que la información es anónima, puede expresar lo que desee, además sólo los investigadores presentes en la entrevista tendrán acceso a las grabaciones. Para garantizarle la confidencialidad, quien le entrevista se referirá a usted con un seudónimo, mismo que usted puede escoger, si así lo desea. De lo contrario, se le será asignado. Este seudónimo se usará a lo largo de la entrevista, en las transcripciones y futuros análisis de la información que proporcione.

Todo lo que comparta sobre su experiencia en los centros residenciales de ayuda mutua es muy valioso para los fines de esta investigación. Es importante que usted recuerde que este no es un proceso terapéutico, sino que es una entrevista con fines de investigación.

Por último, su participación en este estudio no tendrá consecuencias (ya sea positivas o negativas) en su tratamiento o en la institución a la que pertenece (en caso de seguir llevando un tratamiento). Así mismo está en completa libertad de retirarse del estudio en el momento en que lo desee, sin consecuencia alguna. Sin embargo, una vez iniciado el análisis de datos, no será retirada su información, ya que no será posible separarla de las demás entrevistas.

**Este estudio me fue explicado por:** \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

La persona que firma este estudio fue informada, voluntariamente expresa su conformidad, entendiendo que está participando en este estudio.

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

## 16.2. Guión de la entrevista

### Guión de Entrevista

Entrevistador \_\_\_\_\_  
Entrevistado \_\_\_\_\_  
Lugar \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Hora de Inicio \_\_\_\_\_  
Hora de Terminación \_\_\_\_\_

Una vez que sea revisado el consentimiento informado y quede claro en qué consiste la participación de cada sujeto en esta investigación, se recomienda recordar en la audiograbación que el participante está de acuerdo en la audiograbación de la entrevista.

#### Datos generales

**Objetivo:** contar con datos sociodemográficos precisos para encuadrar al/a participante en el tema y para que el/la entrevistador/a tenga datos importantes frescos y presentes durante la entrevista.

Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nivel educativo: \_\_\_\_\_  
Último lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_  
Con quien vive: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Número y edad de hijos/as (si los tiene): \_\_\_\_\_  
Sustancias preferidas: \_\_\_\_\_  
Número de veces que ha sido ingresado a un anexo: \_\_\_\_\_  
Tiempo de haber ingresado a este anexo: \_\_\_\_\_

#### Contexto y cotidianidad

**Objetivo:** conocer cómo es la vida del/a participante cuando no está internado, así como conocer información que permita iniciar la conversación sobre los temas de interés.

Me gustaría mucho saber cómo es tu vida fuera de este lugar, plátame cómo es un día normal en tu vida.

¿Qué actividades realizas cotidianamente? ¿Cuáles te agradan más? ¿Cuáles menos? ¿Por qué?

#### HISTORIA DE CONSUMO

**Objetivo:** obtener información sobre la historia de consumo de sustancias, patrón de consumo de cada sustancia así como la(s) que causaron dependencia y búsqueda de atención por primera vez.

Platícame de cómo fue la primera vez que probaste alguna droga. ¿En dónde fue? ¿Con quiénes? ¿Qué probaste? ¿Cómo te hizo sentir?

¿Qué pasó después?

¿Cómo fue que empezaste a consumir más y más seguido?

¿Qué tan **frecuente** era **tu consumo**?

¿Qué **tipos de drogas** has **probado**? (**fumado, tomado o inyectado**)

¿Qué tan **frecuente consumías cada una**?

De todas las que has probado dime ¿**Cuál fue la que preferías o consumías por más tiempo o consumías con más frecuencia**?

¿Qué tipo de **problemas** empezaste a tener **debido a tu consumo (familia, red de amigos o trabajo)**?

## TRAYECTORIA DE TRATAMIENTO

**Objetivo:** obtener información sobre las figuras y redes de apoyo para buscar atención para el consumo y explorar la trayectoria de los centros a los que han acudido.

¿Recurriste a alguien a partir de tu consumo de drogas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

¿A **quién/quienes recurriste** por primera vez para pedir ayuda para dejar de consumir?

¿Cuál fue el **primer lugar** al que acudiste **para recibir atención** para tu consumo? ¿Cómo fue este tratamiento? ¿En qué consistía?

¿A cuántos lugares diferentes fuiste?

¿Cuánto tiempo **duró el tratamiento**?

Dime, en cada lugar al que fuiste ¿Qué te **motivo a continuar** el tratamiento? Si no ¿Qué te **desmotivó**?

## EXPERIENCIA EN ANEXOS

**Objetivo:** obtener información sobre la experiencia de la estancia en un anexo. Interesa conocer cómo fue que entró, quiénes lo/a acompañaron, si fue forzado o voluntario y las emociones que estaban presentes a lo largo de su internamiento.

¿**Cómo llegaste al primer anexo?**

¿En **cuántos** lugares de estos **has estado?**

¿Me los puedes mencionar?

¿Cómo es el **procedimiento para ingresar y permanecer** en el anexo?

¿**Cuánto tiempo** estuviste en cada uno?

¿Fuiste **voluntariamente?** Si no ¿**Quién/quienes te** acompañaron o **llevaron a** buscar tratamiento?

¿Cómo te sentiste en cada uno?

¿Cómo te trataban los/as p/madrinas/os?-

¿Los/as demás compañeros/as?

¿Qué actividades realizabas ahí?

En tu opinión, ¿cuáles fueron las experiencias positivas?

En tu opinión ¿cuáles fueron las experiencias negativas?

¿Cómo te sentías ahí?

¿**Quiénes te apoyaron** mientras estabas ahí? (familiares, amigos u otras personas)

¿**Cómo te apoyaron?**

¿Cómo te llevabas/llevas con la gente que trabaja/ba ahí? ¿Con las demás personas que están en tratamiento? ¿Cómo evalúas esas relaciones? ¿Alguna vez te sentiste agredido/a? ¿Por qué?

¿Consideras que era la **forma adecuada** para **recuperarte** del consumo? Sí, No ¿Por qué?

Después de haber vivido esa experiencia en los anexos, ¿Crees que **fue suficiente para tu rehabilitación?**

Sí, No ¿Por qué? ¿Te hubiera gustado recibir otro tipo de tratamiento? ¿Cómo cual?

En la actualidad, ¿qué tipo de contacto mantienes con los anexos o cualquier otro tipo de tratamiento en otros lugares?

**Objetivo:** Conocer cuáles son los servicios que proporcionaban como las instalaciones, servicios médicos, de enfermería, psicológicos, el trato personal, apoyo de alimentación y otros servicios.

**Describe las instalaciones de los anexos** donde estuviste. ¿Cómo han sido los dormitorios, los espacios comunes, los baños?

¿Era una casa habitación?

¿Qué otros espacios había/hay? ¿Qué actividades se realizaban/realizan en cada uno?

¿Qué tan limpio estaba/ba el lugar? ¿Quiénes se encargaban de la limpieza?

¿Tú cómo te mantenías limpio/a y cuidado/a?

¿Cuál es tu opinión en cuanto a las instalaciones de los lugares? ¿Qué cosas no te gustaban, o si te gustaban?

## **SERVICIOS**

En los lugares en los que has estado internado, contaban con médico/s, enfermeras/os, psicólogos, terapeutas, psiquiatras? ¿Había personas encargadas de limpieza, de preparar la comida, servirla?

¿Qué servicios tenían los centros?

¿Cuál era el rol de cada una de esas personas?

¿Alguna vez necesitaste los servicios mientras estuviste ahí? ¿Cómo fue que lo llegaste a necesitar? ¿Cómo evalúas ese servicio?

¿Consideras que tenían todo lo necesario para dar los servicios ahí? ¿Por qué sí?

¿Por qué no?

## **REGLAS Y DINÁMICA DEL LUGAR**

**Objetivo:** conocer la dinámica propia de los centros, más allá de la experiencia subjetiva de cada participante.

**Describe qué reglas** había dentro de cada anexo. ¿Qué pasaba si **NO** cumplían con las reglas?

¿Cómo es la **dinámica** dentro de los centros? Es decir, ¿qué actividades y funciones tenían las personas encargadas? ¿Cómo las llevaban a cabo?

¿Sabes alguna forma de clasificar los anexos? o ¿Podrías clasificar a los anexos de alguna forma?