



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

ESPECIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

8ª GENERACIÓN

TITULO

**CARACTERÍSTICAS Y PERMANENCIA EN TRATAMIENTO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DE
DROGAS CONDICIONADOS LEGALMENTE A TOMAR TRATAMIENTO EN CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL TLALPAN**

PRESENTA

DRA. CLAUDIA TEJEDA ROMERO

TUTOR

PROF DAVID BRUNO DIAZ NEGRETE

MEXICO, DF. MARZO 2013

INTRODUCCIÓN

El presente reporte es derivado del protocolo de estudio titulado “Modalidades del tratamiento de Consulta Externa en CIJ que favorecen la autopercepción de mejoría en el paciente condicionado legalmente” mismo que por diversas dificultades operativas y de campo, no pudo concluirse con los objetivos propuestos inicialmente. Los resultados del ajuste realizado son reportados en el presente escrito. Consideramos que son de valor para la optimización de los programas de tratamiento ofrecidos a los usuarios condicionados legalmente a recibirlos en Centros de Integración Juvenil, constituyendo un primer nivel de evidencia terapéutica para estructurar programas a la medida y en máximo beneficio de este perfil de usuarios.

Centros de Integración Juvenil emplea un modelo multimodal para el tratamiento de los usuarios que incluye en algunas unidades como es el caso de CIJ Tlalpan un Equipo Médico Técnico (EMT) constituido por médico psiquiatra, 3 psicólogos y 2 trabajadores sociales que en conjunto realizan un diagnóstico de todo paciente que ingresa a tratamiento contra las adicciones a través de una Entrevista inicial (EI), un Estudio Social (ES) y una historia médico psiquiátrica (HC) básicos para iniciar el tratamiento formalmente que consiste en su mayoría de veces en terapias grupales y recibe usuarios enviados para su tratamiento condicionado legalmente principalmente de 3 fuentes importantes como son la Procuraduría General de la República, Juez de 2ª instancia y Procuraduría General de Justicia en calidad de libertad bajo palabra y/o preliberados de reclusorios pudiendo ser cual quiera el caso. Lo cual responde a la obligatoriedad de los tratamientos para las adicciones que el Código Penal Federal establece en México y que con mayor detalle explicaremos más adelante.

Me gustaría comenzar recordando la definición que la OMS (Organización Mundial de la Salud, Institución de la Organización de las Naciones Unidas) dicta para la **Adicción**: Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad . (1)

Pasando así del concepto de culpa de los años 50's –donde los usuarios de drogas se veían como degenerados, viciosos e inmorales- al de vulnerabilidad donde las adicciones constituyen una enfermedad multicausal que disminuye la capacidad de juicio de las personas al dañar la corteza prefrontal, (2) siendo de un curso lento y progresivo, con alteraciones a nivel individual, familiar, y social, generando una problemática difícil de abordar y siendo asociada con frecuencia a conflictos de índole legal.

Dentro de los antecedente en México, tenemos que desde hace 10 años se han desarrollado medidas legales para favorecer el tratamiento y la rehabilitación de usuarios de sustancias psicoactivas con problemática legal fuera del entorno penitenciario. (3)

Dentro de la información histórica tenemos que a partir de la segunda mitad del siglo XX, el fenómeno de las adicciones ha alcanzado proporciones relativamente altas, convirtiéndose en un problema social, de seguridad nacional y de salud pública para los países de la región conformada por México, Centroamérica y El Caribe (4). La experiencia positiva resultante del modelo de intervención y tratamiento Jurídico-Terapéutico instrumentado por las Cortes o Tribunales de Drogas en Estados Unidos, constituye la base de la propuesta impulsada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en torno a establecer tratamientos obligatorios para las personas que han incurrido en conductas tipificadas como delitos, los cuales pueden ser aplicados en condiciones de libertad, semilibertad (preliberados) o en la misma prisión de acuerdo con distintas consideraciones. A partir de esta iniciativa, en algunos de los países centroamericanos se han empezado a analizar y/o a realizar las modificaciones a las leyes para imponer, en

ciertos casos, tratamientos obligatorios a los consumidores de drogas que se han visto involucrados en algún problema legal así como a los adictos procesados y sentenciados por diversos delitos.

Durante los últimos 10 años se ha producido un aumento en el interés por el tratamiento y rehabilitación de usuarios de sustancias psicoactivas con problemática legal fuera del entorno penitenciario, y se han desarrollado medidas legales para favorecer esta posibilidad.(4)

Con base en investigaciones se ha mostrado que la dependencia de droga no es un fracaso de voluntad o fortaleza de carácter; es en sí una condición médica crónica, con recaídas y con una base psicológica y genética que puede afectar a cualquier ser humano. (2)

La evaluación de necesidades en el tratamiento de usuarios de sustancias psicoactivas con problemática legal en ámbitos extra-penitenciarios puede ayudar a mejorar la efectividad de programas ya existentes, identificando los factores que determinan el éxito en la adaptación a los mismos. Entre estos factores, algunos de los considerados más relevantes son la problemática del sujeto en tratamiento, su motivación para el cambio comportamental y el tratamiento del trastorno adictivo y la respuesta y adaptación al programa de tratamiento. (5)

Los individuos que se inscriben en los tratamientos debido a una presión legal tienen resultados tan favorables como los que se inscriben voluntariamente,(6) la mayoría de los delincuentes involucrados con el sistema de justicia criminal no se encuentran encarcelados sino que viven bajo supervisión dentro de la comunidad. En el caso de aquellos delincuentes que tienen un problema de drogas ya conocido se pueden recomendar tratamientos para la drogadicción y se les impone como requisito para otorgarles la libertad condicional.

Dicho esto se vuelve necesario conocer “el tratamiento de las adicciones en la legislación mexicana” y para ello hay que recordar La Convención Única de 1961, donde se establece que tratamientos y terapias son necesarios para la

rehabilitación de los adictos. (6) También en este caso, el espacio para la interpretación es enorme. En nuestro país, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 028, se reconocen cinco modelos de tratamiento: el ambulatorio, el de internamiento, el modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto y otra gran variedad de opciones, denominado: modelos alternativos. (7)

La Norma Oficial establece además, las condiciones mínimas para que un centro de tratamiento opere en consonancia con sus objetivos, brindando servicios de calidad y en un marco de respeto a los derechos humanos.

Basado en el principio que rige a la Ley de Salud, (8) la norma dispone que los tratamientos no puedan ser obligados.

También en contra de lo que establece la Ley General de Salud y la Norma 028, respecto de la voluntad para recibir tratamiento por adicciones, el Código Penal Federal (9) establece la obligatoriedad de los tratamientos para las adicciones. Disposiciones similares contienen los Códigos Penales vigentes en los Estados, aunque cabe señalar que algunos no desarrollan particularmente estas medidas, ni precisan casos y circunstancias, lo que vuelve a abrir un espacio para la interpretación y actuación del juez. Los casos contemplados son los siguientes:

1. Personas sorprendidas en posesión de drogas, en cantidad suficiente para presumir que se usará para el consumo personal de acuerdo con las tablas que forman parte del Código Penal (Anexo I).
2. Procesados que consuman alcohol o algún otro tipo de droga, independientemente del tipo de delito cometido.
3. Sentenciados que consuman alcohol o algún otro tipo de droga, independientemente del tipo de delito cometido.

A pesar de que, en la percepción de un gran sector de la población, existe una relación causal entre el consumo de drogas y las conductas tipificadas como delitos, la realidad es que la mayor parte de los delitos que se cometen, son

consecuencia de una gran variedad e interacción de factores personales, circunstanciales, culturales y económicos. (10)

De manera que la presencia del consumo de drogas, constituye un factor, entre muchos otros; sin embargo, también es cierto que no existen suficientes estudios sobre este aspecto.

De acuerdo Alcaraz y Zuazo, en un estudio del Centro Latinoamericano de Investigación Científica, financiado por la Organización de Estados Americanos: 37% de los internos en las cárceles de las capitales de los principales países latinoamericanos, revelan que estuvieron bajo el efecto de alguna droga en el momento de cometer el delito, y el 57% cree que existe mucha relación entre el consumo de drogas y el delito. (11)

El estudio de Azaola y Bergman, realizado en México, consigna que de acuerdo con la información proporcionada por los propios internos en cárceles del Distrito Federal, el 13% consume alcohol y/o drogas, aunque las autoridades penitenciarias reconocieron que la cifra era más elevada, ubicando en 40, el porcentaje de presos que consume habitualmente estas sustancias. (12)

Dichos datos nos permiten observar la problemática de las adicciones dentro del sistema penitenciario por lo que se establecen disposiciones contenidas en el Código Penal Federal y en los códigos de los estados, que definen el tratamiento de las adicciones como el conjunto de medidas laborales, educativas y curativas, necesarias para la readaptación social de la persona.

De acuerdo con la mayor parte de los Códigos Penales revisados, este tratamiento podrá ser realizado en libertad o semilibertad, siempre y cuando la pena de prisión que le correspondería al delito cometido en condiciones de normalidad, no exceda de tres años y bajo estricta supervisión médica y judicial. En los casos en que la pena correspondiente al delito, sea mayor a los tres años, el juez ordenará, además de la prisión y dentro de ella, el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de

aquella. Por lo que toca a esta última disposición, cabe aclarar que desde 2002, México viene reportando ante la CICAD de la OEA, que cuenta con Centros de Readaptación Social en los que se llevan a cabo programas de prevención del consumo de drogas; que en los 32 estados del país opera un “Programa para Adultos Recluidos”, apoyado por los Centros de Integración Juvenil y por la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos; y que tanto las autoridades como el personal técnico de las cárceles reciben capacitación permanente sobre prevención de adicciones, lo cierto es que estamos muy lejos de esta realidad. Apenas en el Distrito Federal y algunas otras entidades empiezan a operarse, y no en todas las cárceles, programas de tratamiento en convenio con alguna institución especializada. Se trata de programas nuevos que no han sido evaluados y de los que se desconoce sus resultados.

El artículo 99 del Código Penal menciona que “ al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193, no se le aplicara pena alguna todo procesado o sentenciado que sea farmacodependiente quedara sujeto a tratamiento (9)

En el artículo 67 del Código Penal del Distrito Federal menciona que “en caso de que el sentenciado tenga el habito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos el juez ordenara el tratamiento que proceda por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo supervisión independiente de la pena impuesta por el delito cometido.

La Ley General de Salud indica, en su artículo 481, que “el ministerio público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente deberá informar de inmediato y en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda. (8)

Lo anterior es lo que dictan las Leyes en México, pero ahora conozcamos el aspecto de salud donde existen múltiples algoritmos y recomendaciones para el tratamiento de las adicciones, éstas se entresacan en una serie de principios

generales que definen el tratamiento efectivo, publicados por NIDA (13) (por sus siglas en inglés, Instituto Nacional del Abuso de Drogas) y recogidos en integridad por la Asociación Psiquiátrica Americana como puede verse en el cuadro 1. En el punto número 10 de dichos principios, se presenta un dato que de forma reiterada ha venido a confirmar la investigación, donde se dice que el tratamiento no necesita que sea voluntario para ser efectivo. Este es un asunto peculiar con notables implicaciones. Por lo general, se ha venido a convenir que el deseo de cambio del paciente es esencial para el éxito de la terapia, de forma que se llega a afirmar que es más importante la motivación del adicto que los propios componentes del tratamiento. Sin embargo en una revisión de estudios, que analizan la eficacia de los tratamientos en los que los sujetos no son voluntarios, (14) se viene a concluir claramente que la obligatoriedad del tratamiento para sujetos no motivados es fundamental para los resultados terapéuticos. Estos hallazgos aparentemente contradictorios sobre la naturaleza de la relación entre éxito terapéutico y motivación del paciente, pueden resumirse en la siguiente afirmación: Si el tratamiento es voluntario, entonces la motivación de cambio del sujeto es esencial, pero si el tratamiento es obligatorio es posible modificar la motivación del sujeto para abandonar las drogas. Como se ha dicho anteriormente, esta idea tiene notables implicaciones sobre todo cuando nos referimos a la oportunidad de canjear tratamiento por penas, en usuarios de sustancias psicoactivas que cumplen condena por delitos vinculados con el consumo de drogas.

En el terreno de las adicciones existen pocos estudios sobre esta problemática, únicamente donde se ha realizado la comparación entre pacientes con y sin problemática judicial asociada,(15) indicando que los usuarios de sustancias psicoactivas con problemática judicial no se distinguen significativamente en ninguna o casi ninguna de las características relevantes para los tratamientos de los pacientes sin problemática judicial (necesidades, procesos y satisfacción de usuarios). Estos resultados sugieren que los programas participantes en dicho estudio son capaces de integrar a los usuarios de sustancias psicoactivas con problemática judicial en sus procesos de tratamiento según sus procedimientos

habituales, y que estos pacientes muestran un perfil de adaptación general al tratamiento semejante a los demás usuarios.

<p>CUADRO 1.</p> <p>PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO EFECTIVO</p> <p>(TRADUCIDO DEL TEXTO PUBLICADO EN NIDA, 1999)</p> <ol style="list-style-type: none">1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.2. El tratamiento debe tener acceso fácil.3. El tratamiento eficaz atiende las distintas necesidades de la persona, no solamente su drogadicción.4. La permanencia en el tratamiento durante un periodo adecuado de tiempo es esencial para su eficacia.5. La consejería –individual o de grupo– y otras terapias conductuales son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.6. Los medicamentos constituyen un componente importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se ofrecen en conjunto con consejería y otras terapias conductuales.7. Se debe evaluar frecuentemente el tratamiento y los servicios que recibe cada persona, modificándolos cuando sea necesario para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades.8. Muchos drogadictos también presentan otros trastornos mentales.9. El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser eficaz.11. Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas durante el tratamiento.12. Los programas de tratamiento deben proporcionar una evaluación para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. Asimismo deben proporcionar consejería para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que hacen que corran riesgo de contraer o propagar enfermedades infecciosas.

En la práctica diaria los servicios de atención a consumidores de sustancias psicoactivas se encuentran con casos que son condicionados legalmente o por orden judicial a recibir tratamiento para las adicciones, observando características comunes entre este tipo de población como son el pobre apego al tratamiento y a la consulta externa, observándose la atención a este grupo de usuarios como una atención y tratamiento de manera obligatoria según sus propias palabras.

Sin embargo también se ha señalado que “el tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo” como lo sostiene el NIDA en su guía antes mencionada. La voluntariedad no es un factor determinante para el éxito del tratamiento. (16) Lejos de ello, las estadísticas de servicio comprueban que los pacientes que ingresan a tratamiento involuntariamente al ser referidos por el

sistema judicial tienen un por ciento más alto de retención en tratamiento: esto es, en comparación con los pacientes que ingresan voluntariamente, un número mayor de pacientes referidos a servicios por sistema judicial se mantienen en tratamiento hasta completar exitosamente el mismo. (17) Las estadísticas de servicio también son sugestivas de que a mayor supervisión judicial, siempre que ésta esté fundamentada en un enfoque de justicia terapéutica, mayores probabilidades hay de que el paciente se rehabilite.

En la literatura se hace referencia al tratamiento obligatorio en trastornos mentales graves, como un tema controversial ya que modalidades de tratamiento como es el internamiento o intervenciones terapéuticas de manera obligada no reducen los riesgos. Según una revisión realizada por Kisely y cols.; (18) las órdenes de tratamiento en la comunidad pueden no constituir una alternativa efectiva de la atención estándar. Parece que el tratamiento obligatorio en la comunidad no presenta ninguna diferencia significativa en el uso de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención estándar. Actualmente no hay pruebas acerca del coste-efectividad. Las personas que recibieron tratamiento obligatorio en la comunidad tuvieron, sin embargo, menor probabilidad de ser víctimas de delitos violentos o no-violentos. No obstante, es difícil concebir cualquier otro grupo en la sociedad en el que se restringiera la libertad de 85 personas para evitar un ingreso al hospital, o de 238 personas para evitar una detención. Se requieren estudios consolidar los hallazgos y establecer si es la intensidad del tratamiento obligatorio en la comunidad o su naturaleza obligatoria lo que afecta el resultado.

Por otra parte dentro la experiencia clínica con el trato de pacientes en el tratamiento de pacientes condicionados legalmente, se ha observado la modificación de su disposición así como el apego a las diversas modalidades de tratamiento a lo largo del paso del tiempo bajo tratamiento, sin haberse relacionado la percepción de mejoría del usuario y los programas actuales de tratamiento.

Desafortunadamente no se encontró mayor información documentada en población mexicana acerca de los resultados de los tratamientos condicionados legalmente en drogodependientes.

Abordemos ahora esta problemática desde una perspectiva adyacente, la de la adherencia a los tratamientos, problema que en sí mismo representa dificultad para la población general al recibirlo, y que para los usuarios condicionados legalmente se duplica; (19) desde el hecho de que se tiene el principio de que un tratamiento parte de la “demanda de un paciente” pero en este caso no es así, pues no existe la conciencia de esta necesidad ni la demanda de recibirlo pues no es voluntario ni consciente, entendiéndose esto último como el no reconocimiento de que les es perjudicial el consumo de sustancias psicoactivas.

En este contexto el presente estudio pretende aportar elementos para la explicación de la permanencia en tratamiento de un grupo de pacientes condicionados legalmente a tomarlo.

La falta de apego al tratamiento constituye un problema al que frecuentemente se enfrentan los profesionales de la salud y, en este sentido, representa un factor asociado al fracaso terapéutico. “La baja adherencia al tratamiento afecta a todo tipo de usuarios de servicios terapéuticos y de salud, ya se trate de quienes fallan en volver a una cita programada, de quienes rechazan expresamente el tratamiento o son dados de baja por falta de cooperación o de respuesta terapéutica o, incluso, de aquellos que son expulsados por infringir alguna normatividad”. (20)

La investigación señala que el abandono del tratamiento puede oscilar entre 20% y 80% y que principalmente se asocia a factores que dependen de las características del usuario o del tratamiento. Entre las primeras se encuentran la gravedad del consumo, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, así como la inestabilidad emocional y el desajuste afectivo y social. Un bajo nivel educativo y la inasistencia a la escuela influyen también en el abandono del tratamiento (21)

En relación a la variable inespecífica “disposición personal”, han observado que los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtienen resultados pobres. Así, la disposición positiva al tratamiento y al cambio favorecería el logro de resultados exitosos. (22)

La motivación, las expectativas y las necesidades del consultante, son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los involucrados en el proceso terapéutico; señaladas además por muchos autores como una de las fuerzas de cambio en la psicoterapia.

Además, debido a que la psicoterapia es idealmente un proceso voluntario, se ha observado que cuando las personas son forzadas a consultar, ya sea en forma abierta o sutil, a ser pacientes, rara vez se benefician de la experiencia (23) o bien abandonan su tratamiento.

Sin embargo, debe existir un respeto por parte del terapeuta en relación a las expectativas y necesidades del consultante, (24) ya que de no respetarse esto, se pone en riesgo la relación terapéutica con el consecuente fracaso de la terapia.

En este contexto, con este trabajo pretendemos ofrecer evidencia para apoyar el desarrollo de programas de atención más efectivos en el caso de la población condicionada a recibir tratamiento, a través de la identificación de factores estadísticamente asociados a una mayor permanencia.

MÉTODO

OBJETIVOS

A partir del ajuste señalado al principio, el presente estudio tuvo como primer objetivo describir algunas de las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de usuarios de drogas condicionados legalmente a recibir tratamiento en el Centro de Integración Juvenil Tlalpan.

Asimismo, se persigue el objetivo de determinar algunos factores asociados con una mayor permanencia en tratamiento en el caso del grupo señalado, a través de probar si existen diferencias significativas en términos de la permanencia en el tratamiento medida por el total de sesiones asistidas en función de: recibir consulta médica psiquiátrica, involucrar a la familia en el tratamiento; recibir terapia individual además de la grupal indicada en este caso; recibir farmacoterapia; tener una condición activa de estudiante; y ser dependiente a una o más sustancias.

HIPOTESIS

De acuerdo con los objetivos anteriores, las hipótesis de trabajo propuestas fueron que los pacientes cuya familia participa en el tratamiento (en consejería y psicoeducación a través de grupos de familiares); reciban terapia individual además de la terapia de grupo; consulta médica psiquiátrica y farmacoterapia; y, finalmente, que se encuentren cursando estudios activamente; tendrán una mayor permanencia en el tratamiento, comparados con los pacientes que no cumplan estas condiciones.

MUESTRA

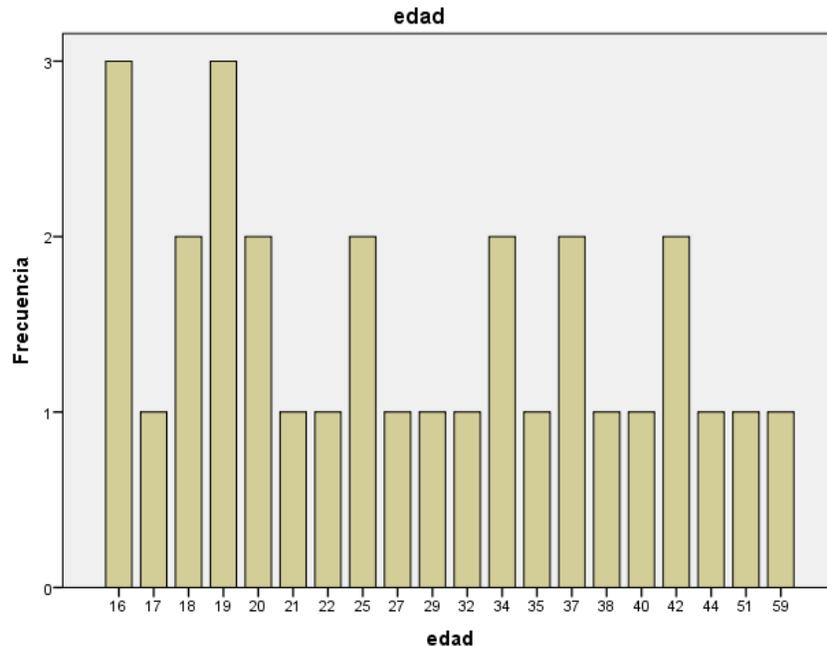
Se realizó un muestreo no probabilístico, cuyos criterios fueron: pacientes usuarios de drogas ilegales, con tratamiento condicionado, no psicóticos, no agitados, que firmaran consentimiento informado aceptando participar en el estudio.

Se reunió una muestra de 30 pacientes, de los cuales dos fueron mujeres y 28 hombres; 17 fueron derivados a tratamiento por la Procuraduría General de la República por delitos contra la salud (narcomenudeo), cuatro derivados por el Centro nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud, y nueve directamente por un juez de segunda instancia.

Las características sociodemográficas de estos casos indican, en cuanto a distribución por edad, una edad mínima de 16 años y máxima de 59 años, con una

media de 29 y una desviación estándar de 11.6, observándose la siguiente distribución:

Gráfica 1. Distribución de la muestra por edad



El estado civil dominante fue el de soltero con un 66.7% de la muestra estudiada; 20% estaban separados, 2% vivían en unión libre y 2% estaban casados.

En cuestión de desempeño laboral, la mayoría era comerciante informal (40%), seguidos por empleados (20%), estudiantes de tiempo completo (23.3%), desempleado (10%) y estudiantes con actividad laboral (6.7%).

INSTRUMENTOS Y MEDICIONES

La Información fue levantada mediante la aplicación de una cédula con seis secciones diseñada para los efectos de la presente investigación y que incluyó ficha de identificación, condición legal del paciente, mejoría percibida (seis reactivos con opciones de respuesta categóricas y referidos a mejoría en el uso de sustancias, el estado de ánimo y de salud, las relaciones familiares e interpersonales, desempeño laboral o escolar), disposición al tratamiento,

conciencia de enfermedad y servicios de tratamiento recibidos (ver Anexo). Adicionalmente, se recuperó información clínica del expediente de los casos estudiados, incluyendo aspectos como diagnóstico de dependencia de acuerdo con los criterios establecidos por la CIE 10 y con base en valoración clínico-psiquiátrica, y tipo y asistencia a servicios de tratamiento.

El proceso de recolección de datos inició en enero de 2012 y finalizó en enero de 2013. Para el levantamiento de información se diseñó y aplicó un formato de consentimiento informado específico para la presente investigación.

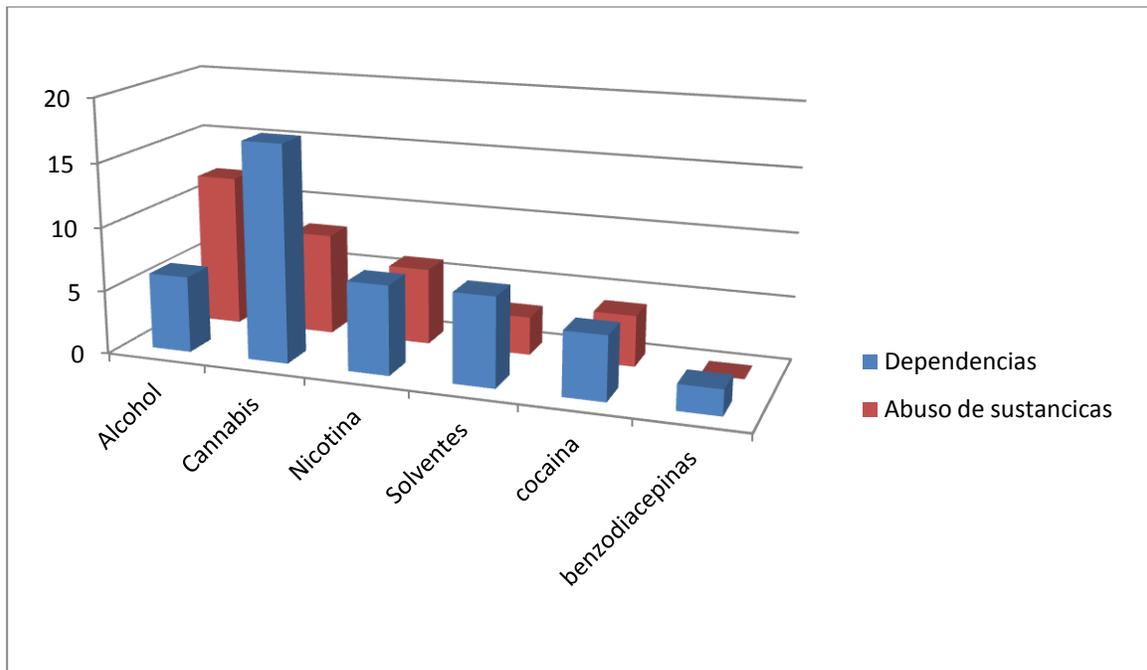
ANÁLISIS

Para el análisis de datos se realizó un conteo de frecuencias con fines descriptivos y se conformaron, para efectos del estudio de factores asociados a una mayor permanencia en tratamiento, grupos de comparación con base en las variables de estudio (haber recibido consulta médica psiquiátrica, terapia individual o farmacoterapia; haber tenido participación de la familia en el tratamiento; tener una condición activa de estudiante; y diagnóstico de dependencia para una o más sustancias); esto para determinar diferencias de medias entre grupos (prueba t para medidas independientes) a fin de probar las hipótesis de estudio.

RESULTADOS

El diagnóstico por abuso de sustancias fue determinado en base a los criterios establecidos por la CIE 10 y de los 30 usuarios estudiados encontramos que el abuso más frecuentemente presentado por los casos fue el de abuso de alcohol presentado en 12 pacientes, seguido por el abuso de cannabis presentado en 8 pacientes, abuso de nicotina en 6 pacientes, abuso de cocaína en 4 pacientes, y finalmente el abuso de disolventes volátiles en 3 pacientes (un mismo caso puede haber registrado dos o más diagnósticos).

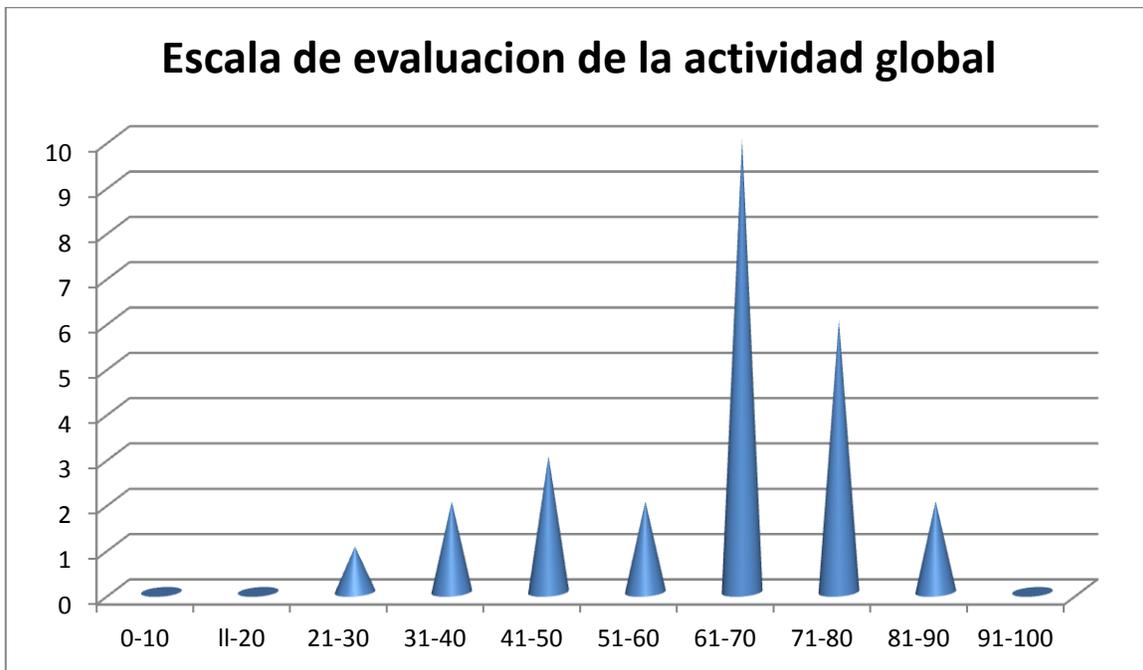
Diagnóstico de abuso y dependencia a sustancias, según CIE 10



En cuanto a las dependencias identificadas fueron distribuidas de la siguiente manera 17 con dependencia a cannabis, 7 para nicotina y disolventes, 5 para cocaína, dos para sedantes y 6 para alcohol (nuevamente, cada caso puede presentar dos o más diagnósticos de dependencia).

La funcionalidad se estableció de acuerdo a la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) descrita en el DSM IV en su correspondiente eje V con la siguiente distribución 14 casos puntuaron para el código 61-71 de la EEAG estableciendo así la moda en un nivel de alteraciones leves (ver Anexo 2), el mínimo obtenido fue de 21-30 en la EEAG, en un caso (alteraciones graves con deterioro importante en la comunicación y el juicio o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas de ajuste) y máximo 81-90 de la EEAG en dos casos (sin síntomas o con sintomatología mínima).

Funcionamiento global del sujeto, según escala EEAG del DSM IV, eje V



Por otro lado, el 98% señaló estar dispuesto a seguir el tratamiento, como indicador de la disposición al cambio, mientras que 73% reflejó conciencia de enfermedad, habiendo aceptado tener problemas con el consumo. En estos casos, no se puede descartar una respuesta por deseabilidad social inducida por el propio condicionamiento legal al que se encuentran expuestos, aunque destaca la menor proporción de casos que reconocen tener un problema con relación al consumo.

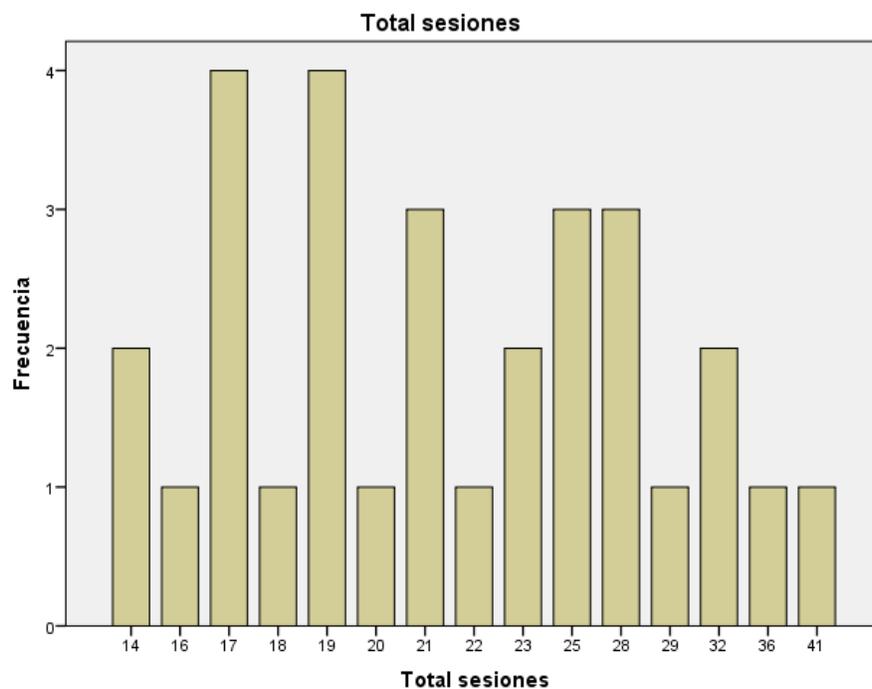
Por lo que hace a la mejoría percibida, se observaron porcentajes altos y medios que la reportaron. Estos porcentajes se observan ya incluso desde la primera medición practicada en la fase de diagnóstico antes del inicio del tratamiento propiamente dicho. En el área de salud, 70%, en el área de estado afectivo, 57%, en la de ajuste escolar o laboral, 43%, en la familiar, 63%, en la de relaciones interpersonales, 50%, y en la del consumo, 70%. Con estos porcentajes, se puede hipotetizar que influye la deseabilidad social o bien que la sola referencia al

tratamiento puede tener un impacto positivo, dado que no se apreciaron diferencias significativas en la segunda medición.

El tiempo de permanencia en tratamiento medido en meses registró una moda de 3 meses (27% de los casos) y una mediana de 5 meses.

En cuanto al tipo de servicio que recibieron los sujetos de la muestra, 23 de los 30 (77%) recibieron terapia grupal, 9 (30%) terapia individual y 15 (50%) tanto consulta médico-psiquiátrica como terapia familiar. En cuanto al número total de sesiones o consultas a las que asistieron, la moda fue de 3 sesiones (17%) correspondientes a la fase diagnóstica, mientras que la mediana se ubicó en 8, distribuyéndose de la siguiente forma:

Asistencia a tratamiento, en número de sesiones



En lo que se refiere a la comparación de la permanencia en tratamiento en función de participación de la familia y educación activa, dependencia única o múltiple, toma de medicamentos, terapia individual y consulta médico-psiquiátrica, se registraron algunas diferencias. Éstas fueron significativas en el caso la

participación familiar, la intervención médico psiquiátrica, la condición de actividad escolar y la participación en terapia individual. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la administración de farmacoterapia, ni con respecto a la dependencia de una o más sustancias. Estos hallazgos se muestran en la siguiente tabla:

Comparativo de permanencia en tratamiento según variables seleccionadas

Variable	N	Sesiones asistidas (media)	T	P
Asisten a consulta médica psiquiátrica	15	18.6	3.86	0.001
No asisten a consulta médica psiquiátrica	15	6.3		
La familia participa en el tratamiento	15	19.3	4.57	0.000
La familia no participa en el tratamiento	15	5.7		
Casos con dependencia a una sustancia	8	10.6	0.58	0.570
Casos con dependencia a dos o más sustancias	22	13.1		
Reciben terapia individual	9	20.8	3.25	0.003
No reciben terapia individual	21	8.9		
Estudiantes activos	9	20.8	2.63	0.025
No estudian	21	8.9		
Reciben Farmacoterapia	8	15	0.933	0.368
No reciben farmacoterapia	13	9.9		

En base a la t, la mayor diferencia se observa en la intervención familiar y en el caso de la participación en consulta médico-psiquiátrica y terapia individual.

DISCUSION

Los resultados de este estudio indican que la población de referencia tiene una permanencia relativamente baja en el tratamiento (25). Esto coincide con diversos estudios que describen una reducida adherencia,(26,27,28) como son los estudios

realizados en Europa y Latinoamérica (Alcázar, 2007; Jo & Almas, 2001), que señalan que la deserción terapéutica, tres meses después de iniciado el tratamiento, alcanza un 63% del total de casos atendidos, y que la frecuencia del fenómeno de la deserción está ubicada entre el 25 y el 50% de casos atendidos.

Sin embargo a pesar de esta tendencia hay que destacar que algunos casos de la muestra registraron permanencia más elevada del promedio. Esto en favor de los estudios que señalan que el tratamiento a pesar de ser condicionado puede resultar efectivo. (14,)

Por otro lado los hallazgos también reflejan, a pesar de la dificultad para consolidar el diagnóstico clínico, la existencia de trastornos de ajuste en la actividad social, laboral o escolar, aunque se observa la existencia de relaciones interpersonales significativas.

Finalmente por lo que se refiere a los factores asociados a una mayor permanencia en tratamiento, cabe destacar que la intervención familiar mostró un mayor impacto seguida de la participación de los pacientes en consulta médico-psiquiátrica y terapia individual.

¿Qué nos dicen estos hallazgos? Primero, respecto a la discusión si el tratamiento es efectivo o no en esta población, este estudio no nos muestra resultados definitivos pues apoya la baja adherencia pero también hubo casos de alta permanencia y una favorable percepción de mejoría.

En cuanto a otros hallazgos encontramos que los pacientes cuentan con recursos que pudieran permitir una mayor permanencia en el tratamiento, así como áreas problemáticas que podrían motivar su interés en el tratamiento.

Por último, podríamos recomendar en base a estos resultados que es idóneo fomentar tempranamente la participación familiar en los procesos de tratamiento de los usuarios condicionados legalmente, así como promover su actividad o reinserción escolar y su inserción en otras modalidades de tratamiento que

reforzarían la terapia grupal, como la terapia individual y consulta médico-psiquiátrica.

No obstante los anteriores comentarios, habría que mencionar las limitaciones del presente estudio consistentes en un reducido tamaño de la muestra, la no existencia de un grupo de comparación, la existencia de posibles sesgos de atrición (perdida de casos por la intervención de factores extraños) y el carácter transversal de los datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117, 1957.
2. Aron AR, Fletcher PC, Bullmore ET, Sahakian BJ et al. Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nat Neurosci* 2003; 6:115-116.
3. De San Jorge – Cárdenas X. Los tratamientos de las adicciones obligados por orden Judicial, en México: Un análisis de la percepción de jueces y encargados de centros de tratamiento. *Rev Med UV*, 2008; 8(2):26-34.
4. De San Jorge – Cárdenas X. Los tratamientos obligados por orden judicial en Centroamérica: análisis de la percepción de jueces y encargados de centros de tratamiento de adicciones. *Liberadd*, 2010; 106.
5. Condelli WS, et al. Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *J Subst Abuse Treat*, 1993; 10(1):11-16.
6. Nizama M, Brush JM. Aspectos médico legales y éticos del internamiento involuntario de pacientes adictos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"*. 2004; V(1): 49-56.
7. Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. 1999. CONADIC
8. Ley General de Salud vigente en el Distrito Federal.
9. Código penal del Distrito federal

10. Haro G, *et al.* Aspectos éticos de la asistencia clínica de trastornos adictivos. *Trast Adict*, 2002; (4):109-114.
11. Alcaraz F, Zuazo J. Violencia, crimen y drogas. Centro Latinoamericano de Investigaciones Científicas. Bolivia, 2005.
12. Azaola E, Bergman M. El deterioro en las condiciones de vida en las cárceles mexicanas. Ecuador: FLACSO; 2007.
13. www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODATIndex.html
14. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide. 2012; **NIH Pub Number:** 06-5316.
15. Fernández C. Una evaluación de necesidades, procesos y satisfacción de drogodependientes con y sin problemática judicial tratados en comunidades terapéuticas. *Adicciones*, 2005; 17(4):301-305.
16. Miller, WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull*, 1985; 98(1):84-107.
17. Miller NS, Flaherty JA. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences). *J Subst Abuse Treat*, 2000;18(1):9-16.
18. Kisely SR, *et al.* Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005 ; (3) : 213-26.
19. Brogly S, *et al.* Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Subst Use Misuse*, 2003; 38(7):965-992
20. Secades, R., y Fernández, J.R. . Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 2000;12(3): 353-363.
21. Beutler, L. Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 2000; 3(27): 345-52.

22. Santibáñez-Fernández P, et al. Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 2008; 26 (1): 89-98.
23. Rondón P, Otálora L, Salamanca. Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2009; 2(2): 137-147.
24. Fernández C. Una evaluación de necesidades, procesos y satisfacción de drogodependientes con y sin problemática judicial tratados en comunidades terapéuticas. *ADICCIONES*, 2005; 17 (4): 301-305.
25. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med*. 2005; 35:1655-65.
26. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2005; 14:1-3.
27. DeLeon, G. Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos. *ADICCIONES*, 2006; 18 (4): 359-370.
28. Díaz , DB, Gutiérrez, A, y Jiménez K, Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento, Consulta Externa, Segundo Informe: Análisis de la Permanencia en Tratamiento, Centros de Integración Juvenil, Informe de Investigación 10-05, México, 2010.

ANEXOS

Anexo I

Ley General de Salud

Art 479. CAP. VII - Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato

Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato
Opio	2 gr.
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.
Cannabis Sativa o Mariguana	5 gr.
Cocaína	500 mg.
Lisergida (LSD)	0.015 mg.

Polvo, granulado o cristal Tabletas o cápsulas MDA, una unidad con peso no mayor a Metilendioxianfetamina 40 mg. 200 mg. MDMA, dl-34-metilendioxi-n- Una unidad con peso no mayor a 40 mg. dimetilfeniletilamina 200 mg. Una unidad con peso no mayor a Metanfetamina 40 mg. 200 mg

ANEXO II

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
91	Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41	
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
21	
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
11	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

ANEXO III

“MODALIDADES DEL TRATAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN C.I.J. QUE FAVORECEN LA AUTOPERCEPCIÓN DE MEJORÍA EN EL PACIENTE CONDICIONADO LEGALMENTE”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. **Propósito:** Le solicito tomar parte en un estudio de investigación para evaluar Modalidades del tratamiento de consulta externa que favorecen la autopercepción de mejoría en el paciente condicionado legalmente en esta institución. Cuyo propósito será evaluar la relación entre las modalidades de tratamiento, la disposición y la procedencia del usuario con su percepción de mejoría así como con su permanencia en el tratamiento dentro de Centro de Integración Juvenil; para poder ofrecer mejores opciones en el tratamiento en estas situaciones. El estar en este estudio no afectará o modificará su tratamiento médico de ninguna forma.
2. **Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán tan solo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
 - Se realizará, en una entrevista al inicio de su tratamiento con una duración aproximada de 30 minutos, la aplicación de un cuestionario diseñado por los investigadores sobre su percepción en torno al tratamiento, así como algunas razones sobre dicho tema, de la misma manera solicitaremos datos generales como la institución que lo refiere.
 - Los datos proporcionados como su nombre, edad, estado civil, institución de procedencia, etc; se anotaran en hojas preparadas para tal fin y su manejo será completamente confidencial.
 - Posteriormente y durante los siguientes 3 meses de tratamiento se programaran citas subsecuentes para la aplicación del mismo cuestionario cada quince días tras haber iniciado su tratamiento en Centro de Integración Juvenil.

El investigador a cargo de este protocolo de estudio y con acceso a estos datos, podría obtener un beneficio académico. No existen planes para dar compensación alguna a usted o sus familiares a partir de estos estudios.

3. **Riesgos e incomodidades:** Los riesgos de participar en este estudio incluyen el inconveniente de la entrevista, su duración y revelar información personal. No está demás recalcar que las entrevistas serán conducidas de forma privada y que la información que nos proporcione no será compartida con otros miembros de su familia, sin autorización previa. La entrevista será realizada por personas con entrenamiento en psicología, medicina y psiquiatría, los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y para evitar inconvenientes o factores de incomodidad.
4. **Beneficios potenciales:** La participación en este estudio no le traerá beneficios personales. Es posible que este estudio nos lleve a un mayor conocimiento acerca de los factores relacionados con el tratamiento dentro de Centro de Integración Juvenil. No se les proporcionará a los participantes de este estudio ninguna información concerniente a los resultados. No se le garantiza que obtenga algún beneficio por participar en este estudio.
5. **Derecho a retirarse del estudio:** La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Si decide no tomar parte o retirarse, esto no afectará su futuro cuidado médico en Centros Integración Juvenil.
6. **En caso de lesión:** Debido al tipo y a las características del estudio no se prevé que usted pueda salir lesionado.
7. **Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. La información de identificación será asegurada en la oficina del proyecto y tan solo los investigadores tendrán acceso a ella. Esto significa que su nombre, edad, tratamiento actual o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de este estudio aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones. La clave que relaciona su código de información de su identidad será asegurada en la oficina de investigación de este lugar.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informar acerca de un problema médico que pueda estar relacionado con este estudio, la investigadora, Dra. Claudia Tejeda pueden ser localizada por vía e-mail en la dirección: edelstein9@hotmail.com

Se le proporcionará una copia firmada de esta forma para que la guarde.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION Y QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

Anexo IV

INSTRUMENTO DE MEDICION

CUESTIONARIO UNO

FOLIO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: __/__/__

FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): ____ SEXO (1. HOMBRE 2. MUJER): ____ NoExp _____

OCUPACION (1. EMPLEADO ASALARIADO 2. EMPLEADO INDEPENDIENTE 3. DESEMPLEADO
4. ESTUDIANTE 5. HOGAR 6. OTRO): _____

ESTADO CIVIL (1. SOLTERO 2. CASADO 3. UNION LIBRE 4. SEPARADO 5. DIVORCIADO 6. OTRO):

LUGAR DE APLICACIÓN: __ CIJ MIGUEL HIDALGO __ CIJ ALVARO OBREGON __ CIJ TLALPAN

DIAGNOSTICO SEGÚN EXPEDIENTE (CODIGO CIE-10): _____

SITUACIÓN LEGAL

1. ¿Su tratamiento en CIJ le fue sugerido o indicado por algún representante del sistema judicial (Juez, agente del ministerio publico, etc)?
1. Si 2. No
2. ¿Esta en libertad condicional o bajo palabra?
1. Si 2. No
3. ¿Alguna vez ha cometido algún delito?
1. Si 2. No
- En caso de contestar Si. ¿Especifique cual?
 - a. Contra la Seguridad publica
 - b. Contra la Salud
 - c. Contra el libre desarrollo de la personalidad
 - d. Delitos de falsedad
 - e. Contra la libertad y el desarrollo psicosexual
 - f. Contra la paz y seguridad de las personas
 - g. Contra la vida e integridad de las personas
 - h. Privación ilegal de la libertad y de otras garantías
 - i. Contra el patrimonio de las personas
 - j. Otros

MEJORIA PERCIBIDA

Comparado con su situación antes de iniciar tratamiento en CIJ:

4.- Su estado de salud

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

5.- Sus problemas psicológicos o emocionales

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

6.- Su situación escolar y/o laboral

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

7.- Sus relaciones con su familia

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

8.- Sus relaciones con otras personas

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

9.- Sus problemas con el uso de sustancias.

- a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

DISPOSICION AL TRATAMIENTO

10.- ¿Estas dispuesto a acudir al tratamiento?

- a) Si b) No

En caso de contestar NO, especificar su razón principal:

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

11.- ¿Considera usted tener algún problema de consumo de drogas?

- a) Si b) No

En caso de contestar NO, especificar su razón principal:

12.- SERVICIOS A LOS QUE ACUDE EL USUARIO (MARQUE SI ACUDE AL SERVICIO):

___ TERAPIA INDIVIDUAL ___ TERAPIA FAMILIAR

___ TERAPIA DE GRUPO ___ CONSULTA MEDICA/FARMACOTERAPIA

___ TRATAMIENTO PARA DEJAR FUMAR ___ TRATAMIENTO PARA BEBEDORES PROBLEMA

___ ACTIVIDADES DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL ESPECIFICAR CUAL _____

___ PREVENCIÓN DE RECAIDAS ___ GRUPO DE FAMILIARES

___ ACUPUNTURA AURICULAR ___ OTROS

13.- NUMERO TOTAL DE SESIONES A LAS QUE ACUDE EL PACIENTE _____

EXAMINADOR: _____

FECHA DE PROXIMA APLICACIÓN: _____

CUESTIONARIO DOS

FOLIO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: __/__/__

MEJORIA PERCIBIDA

Comparado con su situación antes de iniciar tratamiento en CIJ:

1. Su estado de salud

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

2. Sus problemas psicológicos o emocionales

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

3. Su situación escolar y/o laboral

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

4. Sus relaciones con su familia

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

5. Sus relaciones con otras personas

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

6. Sus problemas con el uso de sustancias.

a) Ha mejorado b) Sigue igual c) Ha empeorado

DISPOSICION AL TRATAMIENTO

1. ¿Estas dispuesto a acudir al tratamiento?

a) Si b) No

En caso de contestar NO, especificar su razón principal: _____

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

1. ¿Considera usted tener algún problema de consumo de drogas?

a) Si b) No

En caso de contestar NO, especificar su razón principal: _____

SERVICIOS A LOS QUE ACUDE EL USUARIO (MARQUE SI ACUDE AL SERVICIO):

INTERVENCIONES TEMPRANAS TERAPIA INDIVIDUAL TERAPIA FAMILIAR
 TERAPIA DE GRUPO CONSULTA MEDICA/FARMACOTERAPIA
 TRATAMIENTO PARA DEJAR FUMAR TRATAMIENTO PARA BEBEDORES PROBLEMA
 ACTIVIDADES DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL ESPECIFICAR CUAL _____
 PREVENCIÓN DE RECAIDAS GRUPO DE FAMILIARES
 ACUPUNTURA AURICULAR OTROS

NUMERO TOTAL DE SESIONES A LAS QUE ACUDE EL PACIENTE _____

El tratamiento era lo que imaginabas? Si, no Porque?

Te ha sido de utilidad el tratamiento? Si, no Porque?

En algún momento cambiaste de opinión con respecto al tratamiento? Si, no Porque??

Recomendarías a los que van llegando quedarse al tratamiento? Si, no Porque?

EXAMINADOR: _____

FECHA DE PROXIMA APLICACIÓN: _____