

Acerca de la rehabilitación en adicciones

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Domingo Lenin

RESUMEN

La rehabilitación en adicciones es la cúspide del manejo brindado al paciente a causa de sus trastornos y comorbilidad, esfuerzo sin el cual se desmoronaría el logro alcanzado. Ello es particularmente cierto en la patología derivada del consumo de psicotrópicos, cuya dependencia —a menudo múltiple—, hace imprescindible la meta de alcanzar y mantener la abstinencia productiva, en el marco de un programa de prevención de recaídas. El objetivo rehabilitatorio es ayudar a las personas a desarrollar las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad posible de apoyo por parte de los profesionales de las distintas áreas. Una rehabilitación real y exitosa requiere que los procesos individual y comunitario se integren en un programa activo, gradual con respecto a las necesidades y posibilidades de cada persona. Los problemas de las personas no son sólo individuales o internos y las soluciones residen en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí. Las redes sociales son la descripción de ciertas interacciones que establecen un determinado número de personas. La congruencia entre cualquier ser vivo y su medio es adaptación. Mientras un ecosistema conserve su congruencia, mantiene su adaptación, organización y existencia. La rehabilitación en este campo puede ayudar incluso a los venoadictos, algunos de los cuales están infectados por VIH/SIDA, a entender y manejar su enfermedad, proporcionando simultáneamente, la posibilidad de transformar a la persona-objeto, en persona-sujeto, a través de la mejoría de la autoestima lograda por ellos.

Palabras clave: rehabilitación, adicciones, programa, consumo de sustancias, psicotrópicos, red social.

About the rehabilitation in addictions

ABSTRACT

The rehabilitation addiction is the highest management provided to the patient because of their disorders and comorbidity, effort would fall apart without which the achievement. This is particularly true in the pathology resulting in consumption of psychotropic substances, which often multiple-unit, makes it imperative the goal of achieving and maintaining abstinence productive, as part of a program to prevent relapses. The rehabilitation goal is to help people develop emotional skills, social and intellectual necessary in order to live, learn and work in the community with the least possible amount of support from professionals in different areas. A real and successful rehabilitation requires that individual and community processes are integrated into an active program, phased regarding the needs and potentials of each person. The problems of people not only are individual or internal and solutions lie in interpersonal systems that involve one another. Social networks are a description of certain interactions that set a certain number of people. The congruence between any living being and their environment is adaptation. While an ecosystem retains its consistency, maintains its adaptation, organization and existence. The rehabilitation in this area can help even the addicts, some of whom are infected with HIV/AIDS, to understand and manage their disease, providing simultaneously, the possibility of transforming the person-object-subject in person, through the improvement of self-esteem achieved by them.

Key words: Rehabilitation, addictions, program, drug abuse, psychotropics, social network.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación en adicciones, RA, es una actividad procesal destinada a entender y desarrollar debidamente un grupo de actividades encaminadas a mejorar la condición de los pacientes. Al efecto, se debe contar con la consideración irremplazable a la persona dentro de su contexto ambiental, dado que la conducta humana es invariablemente resultado de la interacción de sus capacidades, personalidad y ambiente en que habita. De modo que bajo una perspectiva total, es la integración concreta de la dialéctica hombre-medio, que influye y determina los distintos aspectos de su contexto familiar, comunitario,

laboral y ecológico. Tal tipo de RA ha de incorporar elementos esenciales para construir una concepción integral de las necesidades específicas de la persona. En consecuencia, identifica los perfiles de la incapacidad/capacidad, así como las exigencias que establece el hábitat y la prestación de los respectivos apoyos. El tratamiento y la rehabilitación de abusadores/adictos debe basarse en una concepción multidimensional que contemple los factores desencadenantes y consecuentes, de manera que conformen un sistema integral de respuestas terapéuticas. No obstante, por sus objetivos contra la patología adictiva, es difícil trazar la línea divisoria entre una y otra, aunque está claro que el manejo tiende a corregir las ma-

* Médico especialista en psiquiatría y psicoanálisis. Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia Médica. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México, UAM-Xochimilco.

nifestaciones de la enfermedad y la RA intenta devolver al paciente a su original papel socio-afectivo. La necesidad de rehabilitar supone alguna disfunción personal/social previa al consumo de drogas, mantenida durante el tratamiento o incluso tras la abstinencia. Tal disfunción, anomalía o pérdida, se encuadra teóricamente mediante los conceptos *discapacidad* (pérdida de una aptitud funcional por desmejora), restricción o pérdida de una o varias habilidades, que representan un déficit funcional. La *minusvalía* (consecuencia social de la discapacidad). De modo que ello traduce una *desventaja social* que impide o limita el desempeño de un papel o tarea social. Esa línea de pensamiento conduce a la descripción de las *Competencias* (conjunto de intervenciones tendentes a disminuir o suprimir la discapacidad y la minusvalía, representadas por los programas diseñados ad hoc), de manera tal, que se espera que los consumidores desarrollen las capacidades necesarias para desenvolverse –de nueva cuenta–, en su entorno social, lo que habilita las metas de la *reinserción social*, RS (proceso que pretende que una persona se incorpore a la vida productiva en una comunidad). La RA es vista como la cúspide del manejo brindado al paciente a causa de sus trastornos y comorbilidad, esfuerzo sin el cual no fructificaría el logro alcanzado. Ello es particularmente cierto en la patología adictiva, cuya patrón de consumo, a menudo múltiple, hace de la dependencia un gran reto, para mantener una abstinencia productiva en el marco de un programa de prevención de recaídas.

DESCRIPCIÓN

El tratamiento antiadictivo se dirige contra la sintomatología y su tipificación clínica, en tanto la rehabilitación se centra en la funcionalidad.¹ La Norma Oficial Mexicana, NOM, establece: “La Rehabilitación del Adicto es el proceso por el cual un individuo con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas alcanza un óptimo estado de salud, funcionamiento psicológico y bienestar y reinserción social”.² De ahí deriva el que la filosofía rehabilitatoria se fundamente en estrategias complementarias de intervención: La centrada en el individuo, cuyo objetivo es lograr que el paciente desarrolle las habilidades necesarias para su interacción en un entorno estresante, y la de carácter ecológico, que persigue el desarrollo de los recursos ambientales necesarios para reducir los potenciales factores estresantes que impactan a las personas. Dada la situación de los afectados mental y/o físicamente, a menudo se requiere de la combinación de ambas. El desarrollo rehabilitatorio de trastornos mentales como la patología adictiva, por su gravedad y trascendencia debería ameritar un fácil acceso a cualquiera.¹

No obstante la realidad difiere de la necesidad social. Quienes requieren de acciones rehabilitatorias son precisamente los que sufren trastornos más graves, crónicos y complicados.³ Aunque la RA, en general, no rechaza la existencia del impacto causado por el trastorno (mental) adictivo y su comorbilidad, las prácticas rehabilitatorias han modificado la percepción social de esta patología. La capacitación de las personas que sufren tales por el deseo de llevar una vida normal, influyeron en el desplazamiento del objetivo básico, de un modelo centrado en la enfermedad antaño habilitado y activo en la actualidad, hacia un modelo más realista y centrado en la discapacidad funcional.⁴ Ello hace relevante la presencia de otros parámetros de evolución, distintos de los indicadores del estado clínico. En particular entre los individuos con TM primarios o derivados de otras patologías no cerebrales, que adquieren interés especial el desempeño del papel social, incluyendo las relaciones sociolaborales, el ocio, habitualmente no planeado, y de manera más importante, la calidad de vida y la carga soportada por la familia de cada paciente. Las consecuencias que traen a largo plazo los TM graves se describen en la reciente revisión de la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS,⁵ que sustituye las descripciones negativas de la deficiencia, discapacidad e incapacidad por descripciones neutras de las estructuras y funciones corporales. El abordaje global de esta visión del TM crónico es útil en todas sus dimensiones: aspectos biológicos (alteraciones corporales estructurales y funcionales); psíquicos (limitaciones personales de la actividad) y sociales (restricciones en la participación social). Cada dimensión presenta fundamentos teóricos para la intervención rehabilitatoria de los casos destinados a su mejoría funcional. Así, la naturaleza de una intervención se define por el objetivo a alcanzar, debido al reconocimiento de la importancia de los factores ambientales para facilitar el funcionamiento de las personas que sufren TM transitorio o permanente. Los factores ambientales interactúan con un estado de salud determinado, creando o aumentando, incluso, la discapacidad existente, o bien, restableciendo el funcionamiento, según el factor ambiental de facilitación o barrera. Otros grupos de pacientes que también han de ser abordados por la RA, son aquellos cuya comorbilidad los hace ser más graves, como los abusadores/adictos con síntomas persistentes, acusada inestabilidad caracterizada por recidivas frecuentes y falta de adaptación social.⁶ La mayoría de las personas con TM crónicos sin esquizofrenia son vistas como psicóticas, por compartir el diagnóstico de TM, una duración prolongada e incapacidad para el desempeño de su productividad,⁷ se sabe que 50% de las personas con TM grave reúne los criterios diagnósticos de abuso de sustancias.⁸

Asimismo, los pacientes crónicos, adultos jóvenes, constituyen una categoría con gran dificultad diagnóstica,⁹ pues muestran patrones complejos de síntomas, difíciles de categorizar dentro de los sistemas de diagnóstico y clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR. Muchos de ellos tienen antecedentes de intento suicida debido a trastornos simultáneos del talante de severidad variable. De ahí que el desarrollo de una consideración rehabilitatoria adecuada y sus alcances, sea su aceptación de que se dirija a una persona en el contexto de un ambiente específico. Por tanto, se realiza en condiciones de vida real. El personal de salud, PS, debe considerar las circunstancias vitales reales a las que posiblemente se enfrentará en su vida cotidiana la persona afectada.¹⁰ Además es necesario ayudar a los pacientes a identificar sus objetivos y necesidades personales, a efecto de poder satisfacerlas. Las entrevistas motivacionales representan un abordaje útil destinado a definir el costo/beneficio personal asociado a las necesidades identificadas.^{11,12} En sintonía con este análisis se evalúa la disposición del individuo al cambio y el reconocimiento de la *Etapa de Cambio* en que se encuentre.^{12,13} Más adelante, el proceso de planificación de la rehabilitación se centrará en las fortalezas del paciente.¹⁰ A un lado de la gravedad sintomática de cada paciente, el PS debe trabajar “los aspectos sanos del Yo”, que siempre existen y a los que se dirigen los esfuerzos terapéutico-rehabilitatorios,¹⁴ con la finalidad de restablecer la esperanza y elevar su autoestima, afectadas por la enfermedad, complicaciones y concomites adictivas. La esperanza surge tras aprender y aceptar el hecho de padecer una enfermedad y sufrir limitaciones en consecuencia, y aprender a actuar en función de sus características. Sin embargo, la rehabilitación puede ser dirigida mas no impuesta; se centra en la consideración del paciente como individuo cuyos derechos deben respetarse, con énfasis en la autodeterminación personal y en su responsabilidad respecto de todos los aspectos del proceso terapéutico-rehabilitatorio (concepto de re-superación).¹⁵ La alianza terapéutica es clave para conseguir que el paciente participe en la planificación de su asistencia. Deviene esencial, por tanto, que el paciente confíe en los conocimientos y responsabilidad del terapeuta o equipo que lo atiende,¹⁶ teniendo en cuenta que las personas con TM crónicos y discapacidades pierden sus relaciones íntimas y estables con otras personas en el curso de su problema,¹⁷ e incluso antes, al desencadenarse la fisiopatología que induce el trastorno. Investigaciones recientes sugieren que el apoyo social se asocia a la recuperación de la patología crónica, a una mayor satisfacción vital y a la potenciación de la capacidad para superar los factores estresantes,¹⁸ lo cual da cuerpo y esperanza a la labor rehabilitatoria. Muchos autores estiman que el factor más destacado para

potenciar la recuperación es el apoyo al paciente por su entorno social.¹⁹ Así, la RA deviene un ejercicio de construcción de redes sociales.²⁰ Los afectados de TM y sus cuidadores prefieren considerarse consumidores de los servicios de adicciones, con interés activo en el aprendizaje de todo lo relativo a ellos y a la selección de abordajes terapéuticos. De hecho, un abordaje de defensa de los pacientes usuarios de sustancias permite la adopción de la perspectiva de los afectados y la consideración seria de las acciones que les son más benéficas.²¹ El PS involucrado debe reconocer que el desacuerdo existente entre ellos y los pacientes respecto a la patología, manifestaciones clínicas, comportamiento, adherencia terapéutica, etc., no siempre es resultado del proceso patológico *per se*.²² Como regla general, los afectados de TM tienden a manifestar en su grupo sociocultural las mismas aspiraciones vitales que las personas sin patología.²³ Quieren ser individuos autónomos y respetados, y desean llevar adelante una vida lo más normal posible y sus prioridades son: poseer su propia vivienda; conseguir un nivel educativo adecuado y un trabajo o una carrera profesional significativos; mantener relaciones sociales y personales satisfactorias y participar en la vida comunitaria como individuos en su pleno derecho. Las reformas psiquiátricas iniciadas a mediados del siglo pasado restauraron en el contexto comunitario a los pacientes mentales crónicos de internados y hospitales psiquiátricos. El proceso de desinstitucionalización proveyó de viviendas en la comunidad a los pacientes crónicos que procedían de residencias psiquiátricas. Hoy, la mayoría de ellos puede abandonar sin problemas el hospital psiquiátrico y residir en la comunidad.²⁴ Aunque idealmente se debería ofrecer un adecuado espectro de opciones residenciales.²⁵ Pero las críticas actuales a este abordaje señalan que es muy raro encontrar en una comunidad un espectro de opciones de alojamiento; que tal espectro no aborda las necesidades variables y fluctuantes de las personas con TM graves ni contemplan las preferencias y decisiones del individuo. En consecuencia, se introdujeron hogares protegidos, viviendas independientes con servicios de protección o apoyo,²⁶ en los años 80 como alternativa a las necesidades planteadas. Investigaciones sobre RA demuestran que las viviendas protegidas constituyen un objetivo realista para la mayoría de los pacientes mentales.²⁷ Una vez en ella, la mayoría de ellos permanece y reduce sus posibilidades de ser hospitalizada. Otras propuestas que no han dado resultados aceptables son los efectos benéficos del trabajo sobre la salud mental, conocidos desde hace siglos.²⁸ La rehabilitación laboral, RL, siempre ha constituido un elemento rehabilitatorio clave de estos pacientes. Se fundamenta en el supuesto de que el trabajo no solamente mejora la actividad, los contactos sociales, etc., sino que

produce beneficios en áreas personales relacionadas (autoestima y calidad de vida), dado que el trabajo y el permanecer en un empleo representan avance, desde la dependencia hacia la integración social. A su vez, el incremento de la autoestima —y esto es muy importante—, mejora el cumplimiento de la RA, en especial en quien tiene déficit de comprensión u otros.²⁹ Es así que la RL se distancia de su historia, originada en la institución psiquiátrica en la que la falta de actividad y estimulación produjo cuadros de apatía y retraimiento a sus internos. Mucho tiempo antes del advenimiento de la medicación, la terapia ocupacional y laboral contribuyeron a la mejoría sostenible en los pacientes de instituciones para TM crónicos. Hoy, la terapéutica laboral y ocupacional ya no se realiza en hospitales, pero representan el inicio para la aplicación de una amplia gama de técnicas rehabilitatorias dirigidas hacia la enseñanza de habilidades laborales.⁶ De hecho, los programas rehabilitatorios laborales aplicados en el contexto comunitario ofrecen una serie de pasos graduales para el ingreso o reingreso al mundo laboral. En el caso de las personas con menor grado de discapacidad, se utilizan técnicas breves y centradas en objetivos concretos, para enseñarles a encontrar trabajo, elaborar solicitudes de empleo y asistir a entrevistas de trabajo.³⁰ Una consecuencia de las dificultades que conlleva la integración de los individuos afectados en el mercado laboral convencional, es el encarecimiento de las cooperativas, en términos de igualdad y de gestión compartida.

DISCUSIÓN

La participación del PS en este asunto no sólo es necesaria, sino relevante por su papel de apoyo y experiencia.⁴ La función del psiquiatra es conseguir una curación fisiológica y psíquica; es un profesional formado en ambas áreas y ofrece la combinación necesaria de abordajes terapéuticos para conseguir el efecto benéfico máximo al paciente. El modelo actual de RL más prometedor es el del empleo protegido o subvencionado, donde los pacientes son colocados lo antes posible en un puesto de trabajo competitivo adaptado a sus preferencias y reciben el apoyo necesario para mantenerlo de manera indefinida.^{31,32} Estos programas han dado lugar a un incremento de la capacidad para encontrar y mantener un empleo;^{33,34} vinculación entre el desempeño en un puesto y la mejoría en parámetros aparentemente no vinculados con lo laboral (autoestima, integración social, relaciones interpersonales y control del consumo de sustancias).^{32,35,36} Quien conserva un trabajo estable a través de un programa, muestra un incremento de su capacidad cognitiva, su calidad de vida y mayor control sintomático,^{32,36} que a los

abusadores/adictos les permite mantenerse abstinentes, aunque no sea fácil detectar por ahora, qué tipo de persona beneficiará más.³⁷ Es necesario reconocer que la integración en el mercado laboral no depende clínicamente de la capacidad de los afectados para desempeñar un papel laboral, ni de la provisión de una formación laboral sofisticada que aplique técnicas de apoyo, sino también y en buena medida, de la voluntad de la sociedad para integrar a sus miembros más afectados. Los resultados obtenidos de programas de formación de habilidades indican que las personas con problemas graves de salud psicofísica aprenden una amplia gama de habilidades sociales. Las actividades social y comunitaria mejoran cuando las habilidades aprendidas son pertinentes para la cotidianidad del paciente y cuando el ambiente lo percibe y refuerza la modificación de su conducta. A diferencia de lo que ocurre con los efectos medicamentosos, los beneficios de la formación en habilidades aparecen lentamente. Además, para que se produzcan efectos positivos es necesaria la formación a largo plazo,³⁸ que redundará en la vida comunitaria.³⁹⁻⁴¹ Lograda la desinstitucionalización, la carga asistencial se ha desplazado con una frecuencia e intensidad cada vez mayores hacia los familiares de los enfermos. Los cuidados informales contribuyen a la mejora de la rehabilitación y a la salud.⁴² Se estima que entre 50 y 90% de tales pacientes vive con sus familias tras el control psiquiátrico agudo.⁴³ Sin embargo, ésta es una tarea que muchas familias no realizan en forma voluntaria. El cuidado de tales personas representa una carga familiar significativa. Además, las personas que ofrecen cuidados informales se enfrentan a efectos adversos sobre su salud (estrés, depresión, disminución de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia).⁴⁴ A un lado de que no todas las familias tienen la misma capacidad para cuidar a los pacientes, ni poseen la voluntad necesaria para sustituir los sistemas asistenciales insuficientes. Los cuidadores por su parte, viven una gran carga cuando sus recursos de superación son escasos y el apoyo social es reducido. Pero las familias son sistemas de apoyo, que constituyen el ámbito natural para el aprendizaje dependiente del contexto, que permite la recuperación de la actividad en los pacientes.⁴⁵ Siempre ha habido un interés creciente por la ayuda a las familias afectadas;⁴⁶ pues con mucha frecuencia los familiares se sienten ignorados, despreciados y mal informados por los profesionales. También sienten que su contribución no es apreciada y que serán acusados de cualquier problema relacionado con el paciente cuando algo no se logre o salga mal. Teniendo en cuenta las cargas físicas, económicas y emocionales que soporta la familia, no es sorprendente que entre los familiares se observe gran frustración y resentimiento. Afortunadamente, los programas de intervención familiar han producido

buenos resultados; reducción del índice de recidiva y mejoría de los indicadores de evolución del funcionamiento psicosocial;⁴⁷ los avances conseguidos con el manejo son bastante estables.⁴⁸ Según informan las investigaciones, el PS enfrenta a menudo los efectos negativos del estigma y la discriminación en la vida de quienes sufren trastornos adictivos.⁴⁹⁻⁵¹ En los últimos años también se ha incrementado el interés científico por la perspectiva de los individuos estigmatizados y se ha documentado la consecuencia negativa del estigma y la estigmatización percibida (desmoralización, disminución de la calidad de vida, falta de trabajo y reducción de las redes sociales).⁵²⁻⁵⁴ Una vez aplicada la etiqueta de “enfermo mental” o “adicto” los pacientes involuntariamente asumen estereotipos negativos: esperan ser rechazados, despreciados o discriminados. Tal círculo vicioso disminuye las posibilidades de recuperación y mantenimiento de una vida normal. Por otra parte, los pacientes adecuadamente integrados muestran resultados mejores tanto en sus síntomas como en su calidad de vida.⁵⁵ La importancia de la integración social es incluso más evidente si consideramos la disponibilidad subjetiva de apoyo: el apoyo social percibido es un factor predictivo de la evolución en términos de recuperación de los cuadros de TM,⁵⁶ integración en la comunidad⁵⁷ y calidad de vida.^{58,59} En la lucha contra el estigma y la discriminación se han diseñado distintas estrategias,⁶⁰⁻⁶² que contribuyen a que las personas que mantienen contacto con individuos con TM muestran una actitud más positiva. El contacto con tales pacientes también reduce la distancia social,⁵² lo que representa un sólido argumento a favor de la acción comunitaria de la especialidad. La RA eficaz requiere un manejo individual y especializado, aplicado en el contexto de un sistema global y coordinado de servicios rehabilitatorios. Sin embargo, incluso en las situaciones en las que se dispone de una cierta variedad de servicios, en muchos casos éstos están deficientemente relacionados entre sí, produciendo una ineficaz e inadmisiblemente duplicación de costos.⁶³ El tratamiento y la rehabilitación de pacientes usuarios de sustancias reproducen la misma situación de desacuerdos conceptuales, y su consecuente variedad de planteamientos metodológicos acerca de la RA, por lo que sus elementos clave son: valoración de las necesidades del paciente, desarrollo de planes globales de servicio para los pacientes y estructuración de la provisión de los servicios asistenciales. Dado que la patología adictiva se describe como: condición de vulnerabilidad innata o adquirida; problema de disfunción bioquímica cerebral; enfermedad; síntoma; resultado de una interacción patológica familiar o problema de comportamiento antisocial, entre otros, los objetivos, metas y aproximaciones metodológicas difieren entre sí. Las posturas que enfatizan la adicción como disfunción cerebral,

pretenden revertir o compensar dicha disfunción a través de la medicación o tratamientos conductuales. Las que la conciben como enfermedad, persiguen un propósito terapéutico, disminuir o suprimir el consumo de sustancias, ya sea mediante la psicoterapia o por el reemplazo de una sustancia por otra. Los modelos derivados de sendas posturas establecen acciones diferenciadas en cuanto al manejo y la RA, pero no otorgan igual importancia, ni la integración deseable. Los profesionales, en general, dan mayor importancia a las acciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas, en menoscabo de las rehabilitatorias. De modo que en muchos de los casos donde se intenta la reintegración a una actividad laboral o escolar, se observa que no se logra de manera automática, puesto que su foco de atención se centra en los síntomas o la conducta problemática, excluyendo el desarrollo mínimo de habilidades que pudieran ayudar a enfrentar las exigencias del contexto laboral o social, por lo que se propicia la reaparición del consumo de sustancias –de suyo reiterativo por naturaleza–. En cambio, los modelos que comparten esta misma concepción, reconocen la participación de los factores conductuales y sociales. El trastorno cerebral subyacente no es el único factor que debe ser tratado, sino, además, se debe enfatizar los componentes conductuales y psicosociales desencadenantes. Los modelos que entienden la adicción como síntoma, tratan la patología que sustenta la conducta adictiva, sea al interior del sujeto o una familia, asumiendo que los logros terapéuticos como cambio individual/familiar permiten la reintegración de habilidades y la RS. Asimismo, el marco que da relevancia a las conductas problemáticas asociadas al abuso de sustancias, considera que la RA está implícita en sus acciones terapéuticas. Se establece como meta que el individuo desaprenda la conducta adictiva, en una situación concreta asociada, reemplazándola con otro comportamiento.⁶⁴ A lo largo de la historia del tratamiento de la patología adictiva los modelos de tratamiento y rehabilitación de abusadores/adictos que han tenido buen nivel de éxito, incluyen a la Comunidad Terapéutica, derivada de los proyectos pioneros Synanon, Daytop y Phoenix House establecidos en EUA a finales de los años 60. Tal enfoque asignó poco reconocimiento al mundo externo de los pacientes y condujo al desarrollo de una amplia gama de proyectos residenciales mixtos. En la actualidad el paciente puede salir a un empleo y continuar asistiendo a la comunidad terapéutica por la tarde y/o fines de semana; a modo de Casa de Medio Camino. A partir de esta experiencia, se generaron otras tendencias en busca de ambientes con características menos residenciales, instalaciones más cercanas a su medio natural y estrategias de atención combinadas. Dichas tendencias impulsaron con su novedosidad y eficacia el desarrollo de programas

ambulatorios, los que hoy de hecho, se prefieren en la mayor parte de los países por su efectividad y relativamente bajo costo, si se comparan con los costos derivados del manejo residencial de pacientes graves y complicados. Tales programas ofrecen un marco combinado de estrategias terapéuticas que van desde la terapia individual, grupal, familiar y farmacoterapia, hasta el entrenamiento específico de capacidades y mecanismos de apoyo en la resolución de problemas psicosociales asociados o no, al consumo de psicotrópicos. En estos programas se estimula a los pacientes a que participen con otras instituciones o grupos de la comunidad. Tal concepto considera que el medio social es elemento terapéutico para que el abusador/adicto cambie y desempeñe nuevas conductas, promoviendo, a su vez, que el propio medio modifique su esquema vincular hacia éstos. Cabe señalar que ninguno de los modelos por sí mismo es capaz de explicar ni abordar el fenómeno adictivo en su totalidad. Los métodos de terapéutico-rehabilitatorios para estos pacientes están alcanzando en la actualidad su madurez, no sólo en el alivio de los efectos, sino en lograr la abstinencia y la atención de las disfunciones provocadas así como en considerar las exigencias que establece el contexto social, los recursos y apoyos específicos que éste posee, para promover el bienestar físico, psicológico y social requerido. El tratamiento y la RA son parte de un continuo donde no es factible la existencia del uno sin la otra.⁶⁵ Se ha descrito en la literatura científica de los últimos años, la importancia y efectividad de los tratamientos antiadictivos, los cuales son, en general, efectivos para reducir los problemas médico-psiquiátricos y psicosociales de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias:⁶⁶ *derivados de su consumo* –aislado, episódico o consuetudinario (dependencia y abuso)– de estimulantes, sedantes o psicodislépticos, solos o combinados y los *inducidos por ellos* (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias).^{66,67} Asimismo, son efectivos para contener o resolver a una amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad (disfuncionalidad familiar conductas delictivas, violencia psicofísica o sexual) u otras problemáticas.⁶⁷⁻⁶⁹ Sin embargo, ningún tratamiento es efectivo por sí mismo; menos aún si se utiliza uno sólo de los variados recursos correctivos de la terapéutica actual.^{70,71} La gravedad, complejidad y extensión de esta patología se refleja en el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues aún con la participación de un equipo multi, trans e interdisciplinario, puede, en ocasiones, no consolidarse un resultado favorable, sin menoscabo de que su manejo demanda a la mayoría de los pacientes, mucho tiempo, gastado en forma constante

y una adherencia terapéutica especial.⁷² En tal sentido, el desarrollo de un sistema nacional de tratamiento para las adicciones se hace imprescindible en el país para contener este grave problema,³³ que representa al menos un tercio de los casos atendidos en urgencias, que se suman a las varias decenas de miles de consultas (ambulatorias, hospitalarias y residenciales) por año, otorgadas por nuestras distintas organizaciones e instituciones.⁷³ No obstante la eficacia disponible de la terapéutica actual, los diferentes tipos de programas no recurren a igual metodología, y su varianza máxima, tratándose de enfoques, contenidos y efectividad, aún no se consideran de rutina, las características individuales de cada paciente.⁷⁴ La reducida eficacia de ciertos abordajes requiere mejor selección metodológica y sobretodo, de la evaluación de la indicación correspondiente, para emplear así, bajo evaluación supervisada, los más adecuados procedimientos a cada caso.⁷⁵ Frente a la multifacética etiopatogenia y curso de la dependencia, deben seguirse las recomendaciones de los expertos⁷⁵ que indican que el mejor tratamiento es la combinación de recursos, medicación y seguimiento continuados con bases psicoterapéuticas.^{75,76} La buena evolución de los casos en el postratamiento depende de distintos factores de significación personal, que influyen en su adherencia al manejo, involucran la motivación y el desempeño en las actividades programadas. En adicciones es frecuente encontrar generalizaciones y sobre simplificaciones relacionadas con las descripciones que aportan las personas en su afán de entender o clarificar el problema en su causa, manejo o rehabilitación.⁷⁷ Al efecto, se señala la participación de diversos factores:

- a) *Institución* (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc.; características del personal y organización y recursos destinados al manejo).
- b) *Tratamiento* (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad de la condición clínica a tratar y sus resultados).
- c) *Paciente* (grado de afectación, conciencia de TM, motivación y recursos disponibles).
- d) *Familia* (grado de participación, abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adherencia).
- e) *Socioculturales* (estigma grado de aceptación y simpatía a la labor y esfuerzo de los afectados, etc.).⁷⁸

En todo caso, la labor terapéutica que reciban los pacientes, extra a las maniobras rehabilitatorias que el caso requiera, debe enriquecerse con un desempeño empático, orientador, de apoyo informativo-correctivo que ofrece la modalidad psicoterapéutica, vinculada con la detección y

combate del D-NIC y su conducta de búsqueda de sustancia.⁷⁹ Todo lo cual tiende a eliminar la recaída, permite reforzar la permanencia en el manejo y la toma de conciencia de TM, así como la participación activa de los afectados para disminuir las dificultades naturales del manejo de este tipo de proceso crónico-reiterativo de la patología adictiva. El diseño de estrategias de abordaje en RA debe articular los ámbitos individual e interpersonal del paciente con el contexto social. Es decir, debe tender a integrar un proceso de rehabilitación y otro complementario, aunque implícito, de Reinserción Social. De ahí que se espera que la RA, reduzca o suprima la discapacidad de los pacientes mediante el desarrollo de nuevas capacidades y reforzamiento de las capacidades disminuidas, poco desarrolladas o conservadas, que les permitan estructurar un sistema de vida autosuficiente y satisfactorio sin consumo de sustancias. La RS tiene como meta la reincorporación, activa y permanente en sus papeles y ambiente comunitario, a través de la participación social, que le permita a los afectados, contar con un ambiente favorable, a fin de que pueda usar sus “nuevas capacidades” y recursos personales que lo lleven a asumir sus responsabilidades y enfrentar las situaciones de la vida diaria. Por tanto, son trascendentes los elementos de la RS (grupos, redes, asociaciones y organizaciones) que coadyuven al logro de los últimos objetivos rehabilitatorios.⁸⁰ Sus acciones están representadas por todas aquellas actividades que llevan al ejercicio; las funciones sanas que ofrecen elementos para un contacto activo con la realidad y que conducen al paciente a plantear y practicar una vida sin drogas. El papel que juegue esta labor será parte decisiva de la rehabilitación integral, en tanto es indispensable para la mejora y mantenimiento de la autoestima y la confianza de los pacientes. Ello incluye el dirigir y estimular al paciente a la conquista de una nueva capacidad productiva.

CONCLUSIÓN

La rehabilitación en adicciones es un proceso activo y amplio donde el paciente abandona su papel pasivo (enfermo) y asume —en el mejor de los casos— su responsabilidad en el esfuerzo colectivo destinado al mejoramiento y superación de su persona. Las áreas biológica, psicológica y social y sus capacidades no mermadas o desarrolladas, se enfocan a partir de una evaluación, a fin de determinar las discapacidades y su impacto, o bien la influencia en las otras y de esa manera estructurar una vía factible e individualizada para la recuperación. Al efecto, debe elaborarse con el paciente una estructura-compromiso propositiva y realista, con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, lo más objetivo y sencillo posible. Cuanto más activa

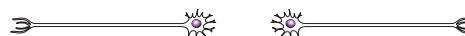
sea su participación y más profundo el entendimiento de su problemática y beneficios que obtendrá con la RA, será mayor la posibilidad de progreso. La experiencia indica que de no considerarse la aportación concreta de la comunidad en la rehabilitación, ésta no será concretada. Se investigan, asimismo, los vínculos del paciente establecidos en su contexto ambiental y los recursos materiales y medios útiles en el desarrollo de los programas rehabilitatorios.⁸¹ Una RA real y exitosa requiere de la conjunción operacional de los procesos individual y comunitario, pues su integración es capital para el programa activo, el cual ha de ser gradual y claro con respecto a las necesidades y posibilidades de cada caso. Los problemas de los pacientes no son individuales o internos; las soluciones residen en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí. Las redes sociales, son la descripción de las interacciones entre las personas, representan la *adaptación*: congruencia en cualquier ser vivo y su medio, lo que precisa de que el ecosistema conserve su congruencia, mantenga su adaptación, organización y existencia. Como la construcción de intercambio entre seres vivos se constituye en el medio y en su realización, los problemas de las personas no pueden ser vistos sólo como individuales o internos. Las redes sociales deben entenderse en términos de un ente dinámico en constante evolución en tiempo y circunstancia, según sea que se modifiquen sus características y funciones. De ahí que sus características estructurales son interactuantes, representadas por el tamaño o número de personas y su distribución, según se trate de un sector u otro en el que se ubican, la densidad o conexión entre los miembros, la homogeneidad-heterogeneidad demográfica y sociocultural, la dispersión y distancia geográfica. Las funciones o tipos de relación son la compañía social que impele a la realización de hacer cosas en conjunto, el apoyo emocional (clima de comprensión) y la guía cognitiva asesora. Al efecto, el Modelo de Papeles (Roles), permite compartir información, realizar aclaración de expectativas correspondiente, así como la regulación social, la reafirmación de papeles y su responsabilidad, el control de las desviaciones y la ayuda material y servicios correspondientes para lograr las metas. Una vez que ocurre la intervención de la red en el individuo/familia, éstos tienden a mejorar la conexión, apoyo y solidaridad de sus miembros, entre sí y con los demás individuos o familias en problema. Su premisa integrativa y unificadora: *restablecerse en y restablecer la red*, se centra en la movilización de la red, como sistema de apoyo cooperativo y vía de acceso al crecimiento de la capacidad de autoafirmación e independencia. Ello brinda la posibilidad de transformar a la persona-objeto, en persona-sujeto, a través de la autoestima lograda por acciones propias que

dan sentido individual/grupal y a su vez, lo protege de la patología, dignifica y devuelve en la medida posible, su papel socio-afectivo.

REFERENCIAS

- Rossler W. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry* 2006; 4: 151-7.
- Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *Diario Oficial. Ciudad de México*, viernes 18 de agosto de 2000.
- Anthony W, Cohen M, Farkas M. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd. Ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2002.
- Grove B. Reform of mental health care in Europe. Progress and change in the last decade. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 431-3.
- World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. World Health Organization. Geneva: 1980.
- Royal College of Psychiatrists. *Psychiatric rehabilitation*. Revised. London: Gaskell; 1996.
- Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Commun Psychiatry J* 1981; 32: 21-7.
- Cuffel B. Comorbid substances use disorder: prevalence. Patterns of use and course. In: Drake R, Mueser K (eds.). *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: recent research and clinical implications*. San Francisco: Jossey-Bass; 1996, p. 93-105.
- Schwartz S, Goldfinger S, Ratener M. The young adult patient and the care system: fragmentation prototypes. San Francisco: Jossey-Bass; 1983.
- Farkas M, Cohen MR, Anthony WA. *Rehabilitation in Psychiatric*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2004.
- Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. *Commun Ment Health J* 2001; 37: 113-22.
- Rogers ES, Martin R, Anthony W, et al. Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Commun Ment Health J* 2001; 37: 97-112.
- Liberman RP, Wallace CJ, Hassell L. Rehab rounds: predicting readiness and responsiveness to skills training: the Micro-Module Learning Test. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 764-6.
- Lamb HR. *Treating the long-term mentally ill: beyond deinstitutionalization*. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Commun Ment Health J* 2005; 41: 141-58.
- Tutman S. Protecting the therapeutic alliance in this time of changing health-care delivery systems. *Int J Group Psychother* 1997; 47: 3-16.
- Barbato A, Monzani E, Schiavi T. Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: a survey in northern Italy. *Qual Life Res* 2004; 13: 969-73.
- Rogers ES, Anthony W, Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J* 2004; 40: 437-50.
- Corrigan PW, Slopen N, Gracia G. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Commun Ment Health J* 2005; 41: 721-35.
- Cutler DL. Clinical care update. The chronically mentally ill. *Commun Ment Health J* 1985; 21: 3-13.
- Brown M, Brown G, Sharma S. *Evidence based to value based medicine*. Chicago: American Medical Association Press; 2005.
- Bebbington PE. Content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 (Suppl. 5): 41-50.
- Onken SJ, Dumont JM, Ridgway PI. Mental health recovery: what helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. www.rfmh.org/csipmh/projects/rc1O.shtm.
- Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 67-70.
- Ridgway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approaches. *Psychosoc Rehabil J* 1990; 13: 11-32.
- Carling PJ. Housing, community support, and homelessness: emerging policy in mental health systems. *N Engl J Publ Policy* 1992; 8: 281-95.
- Rog DL. The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 334-44.
- Wallace CL, Liberman RP. Supplementing supported employment with the Workplace Fundamentals Module. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 513-5.
- McElroy EM. Sources of distress among families of the hospitalized mentally ill. *New Dir Ment Health Serv* 1987; 34: 61-72.
- Jacobs H, Kardashian S, Kreinbring R. A skills-oriented model for facilitating employment in psychiatrically disabled persons. *Rehabil Counsel Bull* 1988; 27: 96-7.
- Wallace CL. Social skills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. *Int Rev Psychiatry* 1998; 199-19.
- Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 345-59.
- Baronet AM, Gerber GJ. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 189-228.
- Cook JA, Lehman AF, Drake R. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1948-56.
- Farkas M, Sullivan Soydan A, Gagne C. *Introduction to rehabilitation readiness*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. 2000.
- Salysers MP, Becker DR, Drake RE. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 302-8. 32.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24: 37-74.
- Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 375-91.
- Liberman RP, Kopelowicz A. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1377-9.
- Cohen M, Forbess R, Farkas M. *Psychiatric rehabilitation training technology: developing readiness for rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2001.
- Farkas M. *Readaptation psychiatrique: une approche et un processus*. Sante Mentale 2006; 106: 51-8.
- Schulze B, Rossler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement. Findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 684-91.
- Shern DL, Tsembaris S. Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Publ Health* 2000; 90: 1873-8.
- Hirst M. Care distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med* 2005; 61: 697-708.
- Farkas M, Gagne C, Anthony WA. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Commun Ment Health J* 2005; 41: 141-58.
- Wallace CL, Liberman RP. *Psychiatric rehabilitation*. In: Gabbard GO (ed.). *Treatments of psychiatric disorders*. 2nd. Ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 1996, p.19-38.
- Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving continuity of care. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1313-6.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763-82.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-40.
- Lauber C, Nordt C, Falcato L. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 553-6.
- Reger F, Wong-McDonald A, Liberman RP. Psychiatric rehabilitation in a community mental health center. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1457-9.

52. Lauber C, Nordt C, Falcato L. Factors Influencing social distance toward people with mental illness. *Commun Ment Health J* 2004; 40: 265-74.
53. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Soc Rev* 1997; 62: 660-72.
54. Graf J, Lauber C, Nordt C. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 542-7.
55. Becker T, Leese M, Clarkson P. Links between social network and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in south London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 229-304.
56. George LK, Blazer DG, Hughes DC. Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 478-85.
57. Hall GB, Nelson G. Social networks, social support, personal empowerment and adaptation of psychiatric consumers/survivors: path analytic models. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1743-54.
58. Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Commun Ment Health J* 2001; 37: 405-19.
59. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:165-72.
60. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 529-39.
61. Torrey WC, Mueser KT, McHugo GH. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2000 51: 229-33.
62. Pinfold V, Huxley P, Thomicroft G. Reducing psychiatric stigma and discrimination evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 337.
63. Rossler W, Lomel W, Fatkenheuer B. Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 445-9.
64. Souza y MM, Cruz MDL. Seminario de Rehabilitación en Adicciones. Maestría en psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, D.F. Mayo 25, 2008.
65. American Psychiatric Association, APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington: 2000.
66. Booth BM, Blow FC, Cook CA. Persistence of impaired functioning and psychosocial distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance abuse disorders. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 57-65.
67. Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D. *ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders*. Washington, DC: Am Soc Addiction Medicine; 1991.
68. Carroll KM. Manual guided psychosocial treatment: a new virtual requirement for pharmacotherapy trials? *Arch Gen Psychiatry* 2002; 23: 43-51.
69. Souza y MM. *Adicciones: clínica y terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007.
70. Souza y MM. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
71. Gastfriend DR, McLellan AT. Treatment matching. *Theoretic Basis and Practical Implications*. *Med Clin North Am* 1997; 81(4): 945-67.
72. Souza y MM. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 52-66.
73. Souza y MM, Guisa CVM, Díaz Barriga SL. *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil A. C. México: 2005.
74. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. *ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. ONU. NY., 2003.
75. Díaz BSL; Souza y MM, Romero RR, Quijano BE, Guisa CVM. Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos. Dirección General Adjunta Normativa. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México: 2005.
76. Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Psiquiatría* 2003 época 2 19(3): 16-19.
77. Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2002; 2(1): 25-7.
78. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría* 2004 época 2; 20(3): 25-37.
79. Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. *Craving, adicción ética y terapéutica*. México. Archivos de Neurociencias 2000; 5(4): 201-4.
80. Mueser KT, Corrigan P, Hilton D. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1272-84.
81. Currie JC. *Best practices treatment and rehabilitation of youth with problems of drug use*. Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division Health Canada. Canadian Strategy against Drugs. Publications, Health Canada. Ottawa, Ontario; 2001.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
 Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx.