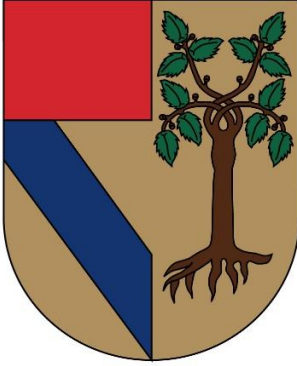


UNIVERSIDAD PANAMERICANA



MAESTRÍA EN BIOÉTICA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA SEP RVOE 20100494

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE BIOÉTICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

***ANÁLISIS DE LA COERCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE, USUARIO DE
SUSTANCIAS ADICTIVAS, QUE INGRESA A TRATAMIENTO RESIDENCIAL:
UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA***

Tesis para obtener el grado de:

Maestría en Bioética

Autor:

Juan Andrés Pineda Morales

Tutor:

Dra. Dora Ma. Sierra Madero

Ciudad de México

Agosto, 2018

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Dora María Sierra, por darme la orientación académica para la realización de este proyecto.

Al Dr. Gerardo González Torres, por compartirme gran parte de sus conocimientos y experiencias sobre la ciencia de la adicción, pero sobre todo por ser un gran amigo.

DEDICATORIA

*Primeramente a Jesucristo, nuestro Señor, por darme los dones
de la fortaleza y el entendimiento.*

*A nuestra madre Santísima, la Virgen de Guadalupe,
por llenarme de bendiciones y acompañarme siempre en todo momento.*

*A mi familia, por todo el apoyo y comprensión que
me han brindado durante este tiempo.*

*A toda la población mexicana por darme la gran oportunidad de poder visualizar
el maravilloso mundo de los conocimientos de la Ética y la Bioética.*

RESUMEN

La presente investigación tiene como objeto de estudio el tratamiento residencial bajo coerción indicado para pacientes adictos que se niegan a entrar a un centro de rehabilitación. Con el objetivo de plantear los factores y puntos a considerar, se exponen los conceptos teóricos imprescindibles en la materia, así como los antecedentes nacionales e internacionales sobre el tratamiento coercitivo, esto desde las visiones de la ética, bioética, jurisprudencia y salud pública en relación con la prevención y tratamiento de la adicción.

Asimismo, la reflexión se acompaña de los hallazgos principales que derivaron de la aplicación de un instrumento de medición de coerción en 51 pacientes de la Ciudad de México que ingresaron a tratamiento residencial en una clínica privada. A partir de la información desarrollada, se reflexiona en torno a cuán aceptable resulta el ejercicio de un cierto grado de coerción para que las personas ingresen a un tratamiento residencial, a pesar de que no tengan la intención o disposición de hacerlo.

Así, desde la perspectiva bioética, el presente proyecto de investigación espera sumarse a los esfuerzos por coordinar los lineamientos de traslado e internamiento involuntario de personas que necesitan ser atendidas en establecimientos residenciales para superar su adicción a sustancias nocivas. Asimismo, espera contribuir al análisis y oportuna atención de las irregularidades presentadas en centros de rehabilitación que no cumplen con las condiciones mínimas para la atención adecuada y oportuna de personas dependientes a sustancias adictivas.

Palabras clave: *adicción, tratamiento obligado, coerción, principio de autonomía, beneficencia, tratamiento residencial, salud pública.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 <i>General</i>	6
1.3.2 <i>Específicos</i>	6
1.4 HIPÓTESIS	7
1.5 JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO II. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL TRATAMIENTO COERCITIVO: ASPECTOS Y ANTECEDENTES A CONSIDERAR	9
2.1 EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DESDE LA PERSPECTIVA BIOÉTICA	9
2.2 LA COERCIÓN: APROXIMACIONES CONCEPTUALES	10
2.2.1 <i>Consentimiento informado</i>	13
2.3 LAS ADICCIONES Y EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL BAJO COERCIÓN	16
2.3.1 <i>Las adicciones un problema de salud a intervenir</i>	16
2.3.2 <i>Aspectos bioéticos en materia de adicciones</i>	17
2.3.3 <i>Antecedentes del tratamiento coercitivo</i>	21
2.3.4 <i>Antecedentes internacionales sobre el tratamiento coercitivo</i>	24
2.3.5 <i>Tratamiento residencial bajo coerción</i>	26
2.3.6 <i>Otros tipos de tratamiento contra las adicciones</i>	28
2.4 MARCO REGULATORIO DEL TRATAMIENTO DE ADICCIONES	30
2.4.1 <i>Normatividad mexicana en materia de tratamiento residencial coercitivo</i>	30
2.4.2 <i>Condiciones hospitalarias para el tratamiento residencial bajo coerción</i>	33
2.4.3 <i>Aspectos jurídicos en adicciones</i>	37
2.5 GLOSARIO	39

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	42
3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.2 DEBATE BIOÉTICO.....	43
3.3 ESTUDIO DE CAMPO.....	45
3.3.1 <i>Universo de estudio</i>	46
3.3.2 <i>Selección de muestra</i>	47
3.3.3 <i>Análisis estadístico</i>	48
3.3.4 <i>Criterio de inclusión</i>	48
3.3.5 <i>Criterios de exclusión</i>	48
3.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: CUESTIONARIO DE COERCIÓN PERCIBIDA AL INGRESO A UN TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIA.....	48
3.3.1 <i>Desarrollo y composición del instrumento de medición y coerción</i>	49
3.3.2 <i>Prueba piloto</i>	50
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	54
4.1 PRINCIPALES HALLAZGOS DEL CUESTIONARIO DE COERCIÓN PERCIBIDA.....	54
4.1.1 <i>Prueba de distribución normal y consistencia interna</i>	54
4.1.2 <i>Características generales de la muestra</i>	56
4.1.3 <i>Percepción de coerción personal</i>	59
4.1.4 <i>Percepción de coerción familiar</i>	62
4.1.5 <i>Percepción de coerción económica</i>	65
4.1.6 <i>Percepción de coerción en salud</i>	68
4.1.7 <i>Percepción de coerción en el trabajo</i>	71
4.1.8 <i>Análisis global sobre la coerción percibida</i>	73
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	75
4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EMPÍRICA.....	75
4.3 POSTURAS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA COERCIÓN: UNA DISCUSIÓN BIOÉTICA.....	79
CONCLUSIONES.....	83
REFERENCIAS.....	86
ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS.....	93

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de tesis surgió a partir de la necesidad de aumentar el conocimiento sobre la atención que reciben los pacientes usuarios de sustancias adictivas, sobre todo, cuando son ingresados a tratamiento residencial para el control de su adicción —aun si presentan una negativa para aceptar dicho internamiento—. En consecuencia, se recurrió a los principios de la Bioética con el fin de determinar qué es *hacer el bien* cuando surge una problemática de estas características; especialmente, se pone énfasis en orientar al paciente para evitar riesgos o daños que incidan en su integridad.

El conocimiento de las medidas coercitivas empleadas para que los pacientes ingresen a un tratamiento residencial puede aumentar significativamente las probabilidades de éxito del proceso de rehabilitación. En principio, resulta esencial que cualquier modelo de internamiento residencial se base y ejecute con pleno respeto a los derechos humanos, la ética médica y la evidencia global dentro de un enfoque de salud pública.

Así, cuando se identifique a un paciente adicto con deterioro físico y cognitivo, la familia y el personal de salud deberán asumir la responsabilidad de persuadir al paciente para iniciar un programa de tratamiento, ya sea residencial o ambulatorio; siempre haciendo valer sus derechos y procurando su integridad. Por lo tanto, es de suma importancia tratar de convencer al paciente de recibir la ayuda de manera voluntaria, sin presiones ni maltratos. Asimismo, se debe dar un enfoque especial a la retención del paciente como una medida que permite hacer más eficaz el tratamiento, pues esta situación hace factible la evaluación de distintos factores de recuperación.

En relación con lo antes planteado, la investigación desarrollada se presenta en cinco apartados, cuyo contenido se orienta a la resolución de la pregunta central de este trabajo: *¿desde el punto de vista bioético, es aceptable internar a pacientes dependientes de sustancias adictivas ejerciendo cierto grado de coerción para ingresar a un tratamiento residencial?*

De manera específica, en el primer capítulo se introduce al problema que dio lugar a la presente tesis y, en consecuencia, se desglosa la estructura metodológica que sustenta su argumento. Posteriormente, en el segundo capítulo se hace una revisión teórica y conceptual de los aspectos bioéticos y jurídicos que engloban el debate sobre la pertinencia de implementar medidas coercitivas para que los pacientes adictos ingresen a tratamiento residencial.

Con el propósito de complementar los principios filosóficos, bioéticos y normativos en la materia, en el tercer capítulo se exponen los criterios bajo los cuales se incluyó al trabajo documental una investigación de campo de corte cuantitativo: la aplicación del Cuestionario de Coerción Percibida a pacientes de una clínica de tratamiento contra las adicciones ubicada en la Ciudad de México.

Así, en el cuarto capítulo, se presentan los principales hallazgos de la información derivada de los cuestionarios, la cual fue procesada y analizada desde una perspectiva estadística. En este acápite se identifican las tendencias relevantes en términos de coerción personal, familiar, económica, en salud y en el trabajo. De esta manera, se esboza el panorama de la coerción que se ejerce en las instancias mexicanas para internar a personas con problemas de adicción y, sobre todo, se da cuenta de la percepción que tienen éstas sobre el tratamiento coercitivo.

Finalmente, en el quinto capítulo, se da lugar al debate bioético que conlleva la implementación de prácticas coercitivas en los tratamientos residencias para pacientes usuarios de sustancias adictivas. La finalidad última es indagar en la pertinencia de la coerción en el proceso de rehabilitación y los criterios para su aceptación. Asimismo, se plantea la importancia del consentimiento informado y el convencimiento no coercitivo para que los pacientes ingresen a una clínica.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de estupefacientes resulta una práctica común en diversas partes del mundo, pero también representa un problema social que ha sido estudiado desde varias disciplinas. A nivel mundial, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC por sus siglas en inglés (2016, p. ix), estimó que alrededor de 250 millones de personas entre los 15 y 65 años, por lo menos, consumieron una droga en 2014. De esta población, cerca de 29 millones padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, sin embargo, únicamente 1 de cada 6 personas recibe tratamiento.

Sobre esto último, la UNODC (2016, p. xi) identificó que las personas más jóvenes son quienes buscan ayuda profesional debido a los trastornos causados, con mayor frecuencia, por el consumo de anfetaminas y cannabis. No obstante, las consecuencias del consumo de drogas en la salud de la población mundial continúan por encima de los esfuerzos para atender de manera oportuna y adecuada los estragos que ocasionan.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, el 10.3% de la población entre 12 y 65 años ha consumido alguna vez en su vida un tipo de droga. Respecto a los casos más severos, el estudio revela que de las personas que presentan una posible dependencia¹ a las

¹ En el documento realizado por la Secretaría de Salud et al. (2016, p. 4), se entiende por *posible dependencia* al “conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir drogas o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.”

sustancias adictivas, un 20.3% ha asistido a tratamiento (Secretaría de Salud et al., 2016). Esto significa que sólo una de cada cinco personas recibe ayuda especializada.

Respecto de las medidas para su atención, en 2012, se registró en el país la existencia de mil 658 centros no gubernamentales para el tratamiento y la rehabilitación en materia de adicciones, donde cerca de 48 mil 378 mexicanos recibieron algún tipo de ayuda especializada (Secretaría de Salud, 2015, p. 47). En efecto, para combatir los malestares que causan la adicción, asociaciones e instituciones han implementado programas de tratamiento cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a superar su dependencia a sustancias adictivas.

Sin embargo, algunos de estos tratamientos implican procedimientos de internamiento físico que involucran prácticas coercitivas para asegurar el traslado y la estancia de los adictos. Por esta razón, en ocasiones, los pacientes se encuentran bajo tratamiento en contra de su voluntad. En los últimos años, los programas de rehabilitación han incrementado el uso de la fuerza con el objetivo de que las personas ingresen a sus instalaciones y se sometan a los medios que consideran adecuados para su mejora.

A primera vista, los lineamientos y procedimientos para el internamiento involuntario o forzoso en establecimientos de rehabilitación residencial es violatorio del principio de autonomía de una persona. En otras palabras, se pasa por alto el derecho que tienen las personas a que sean respetadas las decisiones que toman en relación con su salud (Costa, 2005).

Si bien este tipo de intervenciones son aceptadas por algunos miembros e instancias del sector salud², su ejercicio trae consigo una serie de cuestionamientos que necesitan ser resueltos desde el punto de vista bioético; el primero de ellos: *¿es aceptable internar a pacientes dependientes de sustancias adictivas ejerciendo cierto grado de coerción para ingresar a un tratamiento residencial?*

² En México, la Secretaría de Salud en colaboración con el Consejo Nacional contra las Adicciones (2016, p. 1) emitieron lineamientos nacionales para trasladar e internar involuntariamente a las personas en establecimientos residenciales de tratamientos y rehabilitación de las adicciones. Dichos documentos surgieron con el propósito de implementar protocolos coordinados que permitan la actuación especializada sin que esto implique la violación a los derechos humanos de las personas que requieran de sus servicios.

Con relación a los establecimientos residenciales, en 2014, la Secretaría de Salud solicitó a la Cámara de diputados impulsar la regulación de sus tratamientos y procedimientos, ya que de acuerdo con cifras de dicha instancia, de los 770 centros residenciales para la atención de las adicciones que se visitaron a nivel nacional, sólo 433 contaban con el reconocimiento de las autoridades en la materia (Cámara de Diputados, 2014). En la mayoría de los casos, los centros, albergues o clínicas de rehabilitación, también conocidos como “granjas” o “anexos”, se establecen de manera precaria y, por lo tanto, no cumplen con los requerimientos de seguridad, higiene, atención médica y seguimiento clínico.

Ante esta problemática, el empleo de medidas coercitivas se ha puesto aún más en duda, ya que no hay una garantía de que el internamiento involuntario ofrezca posibilidades reales de recuperación. Por el contrario, en ocasiones resulta una experiencia desagradable que repercute en el bienestar psicológico y emocional de las personas. Dado que el tratamiento residencial tiene efectos positivos en la recuperación de las personas con problemas de adicción, en algunos casos, se justifica el ejercicio de la coerción, siempre y cuando, se considere el estado de vulnerabilidad del paciente y se asegure el respeto a su dignidad e integridad física y emocional.

Debido a su importancia, la Bioética se ha interesado por conocer a profundidad el internamiento forzoso y los problemas que trae consigo el hecho de que viole el principio de autonomía de las personas con problemas de adicción. Dado que el problema de adicción en el país está en aumento y cada día son más las personas internadas para su rehabilitación, resulta necesario analizar las características bioéticas de estas prácticas. Partiendo de esta realidad, es factible argumentar, desde el punto de vista bioético, si debe ejercerse —y bajo qué criterios— cierto grado de coerción en un paciente dependiente de sustancias adictivas para que reciba un tratamiento residencial que lo ayude en la rehabilitación de su adicción, a pesar de mostrar una negativa para llevarlo a cabo.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Desde el punto de vista bioético, es aceptable internar a pacientes dependientes de sustancias adictivas ejerciendo cierto grado de coerción para ingresar a un tratamiento residencial?

1.3 OBJETIVOS

Es necesario analizar y mejorar el conocimiento sobre los aspectos bioéticos en el ámbito de las adicciones. Un área de oportunidad es el ingreso a rehabilitación para recibir un tratamiento residencial en el manejo de la dependencia, donde se concilien los principios bioéticos de *autonomía*, *beneficencia* y *no maleficencia* a fin de evitar situaciones de conflicto entre pacientes usuarios, familiares y el personal de atención a las adicciones.

1.3.1 *General*

Determinar desde la bioética si es aceptable el uso de la coerción y la violación de la autonomía en el tratamiento residencial de pacientes con problemas de adicciones.

1.3.2 *Específicos*

1. Describir la coerción y sus implicaciones morales desde la bioética.
2. Explorar las condiciones bajo las cuales se realiza el tratamiento residencial bajo coerción para personas con problemas de adicciones.

3. Analizar la violación de la autonomía y el uso de la coerción en el tratamiento residencial.
4. Proponer modificaciones a los modelos utilizados dentro del tratamiento de personas con problemas de adicciones.

1.4 HIPÓTESIS

El tratamiento residencial bajo coerción es aceptable bajo condiciones específicas y según la situación del paciente. Asimismo, desde la bioética puede ser visto como un sacrificio para la consecución de un bien mayor: la rehabilitación.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Los casos de adicción en la población mexicana es un problema de salud que está en aumento y afecta a miles de familias en el país. Con la finalidad de contrarrestar sus efectos negativos en el desarrollo integral de las personas, las autoridades en la materia han unido esfuerzos con organizaciones, instituciones y la sociedad civil para implementar programas que vayan acordes a las necesidades de la población afectada, pero también que atiendan de manera puntual los lineamientos estandarizados y aprobados por la comunidad médica o profesional en el tratamiento y la prevención de las adicciones.

Por su presencia en las preocupaciones actuales del sector salud, el análisis de los procedimientos o tratamientos para atender las adicciones resulta un estudio pertinente que puede contribuir a la homologación de los procedimientos, medidas o actividades a realizar para que los pacientes adictos tengan posibilidades reales de rehabilitarse en establecimientos residenciales. Debido a que existen personas dependientes a sustancias nocivas que se rehúsan a recibir algún tipo de ayuda

profesional, en algunos centros de rehabilitación, el personal se vale de acciones coercitivas para trasladar e internar a las personas que necesitan de sus servicios.

Sin embargo, la falta de supervisión en la aplicación de medidas coercitivas en establecimientos residenciales del país, trae consigo una serie de cuestionamientos que ponen en duda la necesidad de tratar a los pacientes adictos en contra de su voluntad. En medio de este dilema, el conocimiento de la Bioética podría contribuir al esclarecimiento de la pertinencia de los tratamientos coercitivos, así como de los elementos para su mejora y oportuna aplicación.

Analizar y explicar los aspectos bioéticos en el ámbito de las adicciones ampliaría el conocimiento en el área. Asimismo, contribuiría al diseño e implementación de un tratamiento residencial que concilie los principios bioéticos de *autonomía*, *beneficencia* y *no maleficencia* a fin de evitar situaciones de conflicto entre pacientes usuarios, familiares y el personal de atención a las adicciones. Por lo antes expuesto, el presente trabajo de investigación explorará los pormenores del ingreso involuntario a rehabilitación, cuya problemática representa un área de oportunidad para la Bioética.

CAPÍTULO II. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL TRATAMIENTO COERCITIVO: ASPECTOS Y ANTECEDENTES A CONSIDERAR

2.1 EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DESDE LA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Para entender el concepto de coerción, primero, resulta preciso conocer que existe un principio universal que aboga por que toda persona sea respetada por el simple hecho de ser humano. En este sentido, se reivindica la condición donde una persona es capaz de deliberar sobre sus metas personales y de actuar con sentido a ellas. En bioética, el principio de autonomía se expresa como el respeto a las decisiones que puede tomar un paciente respecto a las cuestiones relativas a su salud (Costa, 2005).

Asimismo, el principio de autonomía es un concepto relativamente reciente en bioética. En general, supone que todo individuo sea libre de diseñar un proyecto de vida, fijar sus fines y objetivos, y pueda desarrollarse con plenitud (Universidad de Barcelona, 2017). En términos etimológicos, autonomía proviene de *autos* (por sí mismo) y *nomos* (ley), cuyo preceptos radican en que toda persona tiene facultad de darse sus propias normas (Valencia, 2017, p. 2).

Los primeros textos que abordan el concepto de autonomía provienen de visiones medievales cuyos tratados teológicos sostienen que el ser humano tiene la facultad de elegir dentro de las limitaciones ontológicas de la persona humana. Posteriormente, los discursos desde la ciencia política, la psicológica y la ética desarrollan percepciones sobre la autonomía humana y debaten en torno al libre albedrío y la libertad.

Con el tiempo, la autonomía se ha convertido en una percepción moral y a partir de ella se han desarrollado conceptos más complejos, tales como los derechos individuales, la libertad de coerción, la privacidad y la independencia. Sin embargo, no todas las percepciones que se han desarrollado en otras disciplinas, corresponden al ámbito de la bioética ni concuerdan con sus valores. Asimismo,

vale decir, Immanuel Kant desarrolló parte de su filosofía en torno a la autonomía y argumentó que ésta —en términos morales— “es una sumisión a las leyes que el individuo ha hecho para sí” (Kottow, 2007, p. 22).

Así pues, desde el ámbito bioético, el principio de autonomía refiere al respeto de la libre determinación de una persona. Dicho en otras palabras, alude a la capacidad de un paciente de decidir sobre sí mismo, sabedor de las consecuencias positivas y negativas de un tratamiento médico (Morales et al., 2011, p. 74). Desde luego, diversas perspectivas critican la autonomía absoluta porque puede resultar un tipo de “libertad negativa” (Gayling y Jennings, 1996, citado en Cambridge University Press, 2013, p.159).

El argumento de esta perspectiva es que no siempre la decisión de un paciente es la más conveniente para su salud. Precisamente, la bioética sugiere que ese punto es sustancial en el dilema que conlleva, pues, desde sus preceptos, el respeto a la decisión de un paciente es más importante aunque pueda suponer consecuencias negativas para la salud del mismo.

Sobre esto último, cabe mencionar que en muchas ocasiones no se respeta la decisión del paciente y, en contra de su voluntad, se le somete a tratamientos de salud bajo el argumento o la justificación de que ese método resulta benéfico para su recuperación o bienestar. En este sentido, la implementación de medidas coercitivas en la prevención o el tratamiento de las adicciones, a primera vista, viola el principio de autonomía ya expuesto; hecho que representa un asunto de interés y análisis para los especialistas en bioética, pues surge el siguiente cuestionamiento: ¿bajo qué circunstancias médicas se puede omitir o ignorar el principio de autonomía de un paciente?

2.2 LA COERCIÓN: APROXIMACIONES CONCEPTUALES

En dicho contexto, el concepto de *coerción* cobra un sentido trascendente, ya que éste se entiende como el impedimento de la libertad de otra persona bajo cualquier método. Particularmente, refiere a la obstaculización del derecho a la libertad, y bajo esta lógica, la coerción puede manifestarse de dos formas: como una regulación jurídica específica y como circunstancias encubiertas. En la primera, la ley permite este tipo de prácticas o métodos; mientras que en la segunda, la legislación lo prohíbe, o no existe un aspecto jurídico que lo regule (Herreros et al., 2015, p. 753).

En concordancia con lo anterior, la coerción puede concebirse como una actividad legalmente justificada, ya que consiste en usar la fuerza para impedir una acción, cuyo carácter principal es la privación de la libertad. Por naturaleza, la coerción se opone a la voluntad del individuo. Cabe destacar que el concepto se aplica a términos médicos para referir que

se aplica generalmente bajo forma de ingreso involuntario con pacientes hospitalarios, aunque en algunos países se ha regulado un tratamiento ambulatorio involuntario con pacientes extrahospitalarios, iniciativa muy usada en el contexto anglosajón (Bonnie y Monahan, 2005, citados en Herreros et al., 2015, p.755).

Por lo tanto, la coerción en el ámbito médico significa someter a un individuo a un tratamiento en contra de su voluntad. En otras palabras, el involuntario se ve obligado a ingresar a un recinto hospitalario para recibir atención médica y generalmente son personas que consumen con frecuencia estupefacientes, aunque también pueden ser individuos con otras enfermedades.

No obstante, la coerción médica es un método utilizado como fin último de intervención, pues Benjamín Herreros et al. (2015) plantea que antes de ello se utiliza la persuasión, el apalancamiento, la inducción y la amenaza para convencer al que padece la enfermedad, de someterse a tratamiento médico. En sentido, se considera que la recuperación del paciente depende en gran medida de su disposición para corregir sus acciones o comportamientos nocivos

Al respecto, en México, la coerción se especifica como una práctica donde la libertad de una persona se obstaculiza. Por ejemplo, se puede presentar una circunstancia donde un individuo es obligado a participar en algún tratamiento

médico. Así pues, el término de coerción refiere a las relaciones entre personas bajo ciertas circunstancias, y, desde la visión médica, se piensa como una intervención necesaria para mejorar la salud del enfermo

Evidentemente, la coerción se opone al principio de autonomía porque desemboca una situación donde la decisión de un paciente no es respetada; incluso, existen casos donde no se le informa debidamente sobre su situación y las alternativas médicas de tratamiento que tiene a su alcance. En este sentido, la voluntad del paciente y sus posibles decisiones son transgredidas. Porque precisamente, el acuerdo y la aceptación de un tratamiento, por ambas partes, es raíz de lo que se denomina consentimiento informado (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013).

De manera particular, Wertheimer (1987) postula que la coerción es una noción moral vinculada con un sentimiento de restricción, lo cual implica una alteración en la autonomía; incluso si sólo existiera esta alternativa, la decisión podría ser tomada o no por la persona. El uso de la coerción puede percibirse a primera vista como un mal moral; sin embargo, es moralmente aceptable que se tomen medidas de prevención temprana en los procesos de salud-enfermedad del paciente adicto.

Por otra parte, algunos autores consideran que el reclutamiento o el convencimiento para participar en un estudio clínico a través de engaños también es una forma de coerción. El argumento principal de esta versión radica en que muchas veces estas prácticas se realizan en condiciones desiguales, donde el persuadido, en realidad, carece de conocimiento o elementos para decidir, de tal forma que se ve sometido o a expensas de la voluntad del otro. En efecto, se trata de una relación asimétrica donde la interpretación médica del asunto se sobrepone a cualquier indicio de voluntad del paciente, el cual tiene derecho a negarse a recibir tratamiento, incluso aunque eso conlleve la muerte.

Un ejemplo representativo de la coerción son los experimentos científicos que los nazis realizaron durante la Segunda Guerra Mundial para el desarrollo de nuevas tecnologías militares. En este contexto histórico, personas de diversos países y religiones —incluyendo niños, mujeres y ancianos— fueron sometidas a experiencias médicas hasta el cese (Morales, 2011, p. 22).

Entonces, la coerción se posiciona como un tema de interés para las instituciones médicas internacionales por los dilemas éticos y los cuestionamientos en materia de derechos humanos que involucra. Ante el debate originado, desarrollaron el protocolo de consentimiento informado como medida para garantizar que el paciente tenga a su alcance toda la información sobre la duración, el propósito, las desventajas y los beneficios de las pruebas. Además, en él se manifiesta que no debe hacerse ningún tipo de presión para persuadir al paciente a recibir el tratamiento. En suma, estos preceptos sentaron las bases para la praxis de una ética médica particular en los años venideros (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014).

2.2.1 *Consentimiento informado*

Cabe recalcar que el derecho de autonomía conjuga con el consentimiento informado, el cual es un acuerdo entre médico-paciente que tiene como fin informar sobre los pormenores a los que un paciente se somete cuando recibe tratamiento o es participe de un ensayo o experimento clínico. En palabras de Miguel Kottow (2007, p. 9), puede entenderse de la siguiente forma: “la noción de consentimiento informado es un principio fundamental de la ética médica basado en el concepto de autonomía de la persona”.

De acuerdo con Morales (2011, p.22), el consentimiento informado se crea después de que en la Segunda Guerra Mundial los nazis realizaron experimentos con personas y transgredieron de diversas formas su voluntad. El consentimiento voluntario o consentimiento informado fue emitido por vez primera en el Código de Nürember en 1947, como medida para evitar nuevas transgresiones realizadas mediante el conocimiento científico.

Para la bioética, el consentimiento informado es un aspecto jurídico-ético que en ninguna circunstancia debe pasar inadvertido, porque supone que el paciente es sabedor de las consecuencias médicas que trae consigo cierta intervención médica y se atañe a los malestares que puedan devenir. En tal situación, aunque el médico

está protegido legalmente, su acción también es indicio de que no ejerce ninguna actividad que vaya en contra de la voluntad del que padece la adicción.

El argumento central del consentimiento informado se fundamenta en el derecho a la autonomía, es decir, en que todo individuo debe estar en posición de elegir sobre su devenir y, asimismo, puede considerar si debe o no recibir el tratamiento. Además, el consentimiento informado se realiza bajo preceptos axiológicos, pues demanda la aceptación de los valores, intereses y preferencias del individuo a tratar, de forma que el acuerdo resultante sea lo más íntegro posible (Universidad de Barcelona, 2017, p. 127).

Por tales razones, cabe acotar que el consentimiento informado es un mecanismo para garantizar el libre albedrío de un individuo en circunstancias médicas precarias. Su origen también tiene raíz en la pugna y la determinación de los derechos civiles, en el concepto filosófico del yo individual y autónomo, y en el auge del cristianismo cuyo precepto es la sobreposición de la elección individual (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014, p. 304).

De manera precisa, el consentimiento informado establece los fundamentos para que un paciente conozca las consecuencias de una intervención, los riesgos, las contradicciones y los efectos secundarios que podrían devenir. Una vez expuestos los pormenores del tratamiento, el paciente debe considerar si acepta o no las implicaciones. De no realizarse el consentimiento informado, se estaría violentando el derecho de autonomía, el cual en el marco jurídico es un derecho fundamental.

En relación con lo antes expuesto, se puede decir que la trascendencia del consentimiento informado radica en que

plantea un reto ético de primer orden a todos los profesionales de la salud. Con frecuencia los médicos, y también las enfermeras y técnicos, tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y su práctica clínica están imbuidas, hasta hace bien poco, por los principios y modos del paternalismo tradicional (Lugones, 2005, citado en Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014, p. 307).

Lo anterior sugiere que a lo largo del tiempo los médicos se han inclinado por sobreponerse a la voluntad del paciente y tomar decisiones sobre su futuro sin considerar sus deseos o intenciones. En este sentido, los médicos toman el papel de decisor sobre una autonomía que no les corresponde.

Ante este contexto, el consentimiento informado se desarrolla sobre dos ejes fundamentales: los motivos éticos y los motivos legales. En términos éticos, se argumenta la importancia de reconocer la autonomía del paciente y de garantizar que los hechos médicos siempre sean en favor de él. Por otra parte, los términos legales refieren a las consecuencias de daños que puede traer consigo la medicina defensiva.

Asimismo, queda por acotar que no en todas las situaciones el consentimiento informado procede según los parámetros establecidos; la autonomía se invalida cuando las competencias y facultades mentales del paciente no son apropiadas para la toma de decisiones relativas a su salud. Además, cabe destacar que el consentimiento informado es una contribución moral al desarrollo de la autonomía, aunque no es suficiente.

2.3 LAS ADICCIONES Y EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL BAJO COERCIÓN

2.3.1 *Las adicciones un problema de salud a intervenir*

A grandes rasgos, la adicción a las drogas es una enfermedad que deriva del consumo sistémico de estupefacientes. Las drogas o sustancias tóxicas alteran la estructura y la función del cerebro e intervienen en procesos cognitivos, así como en la memoria. Cabe mencionar que se considera una enfermedad debido a que, al pasar el tiempo, la persona pierde la autonomía de decidir si continúa o no con el consumo de drogas. Por ello, se considera un problema de salud cuya consecuencia última es la muerte.

La drogadicción en general causa en el sujeto adicto problemas de carácter psicológico, social y fisiológico, lo que ocasiona a su vez enfermedades mentales y físicas. Por su impacto en la vida de quienes las consumen con frecuencia y sin control, las drogas se relacionan con problemas amplios y diversos. Debido a esto, los tratamientos para hacerles frente también son de índole variada.

El punto crítico de la drogadicción radica en que los adictos creen tener la facultad de decidir, por cuenta propia, la interrupción del consumo de drogas. Si bien en ocasiones esto resulta cierto o factible, en la mayoría de los casos los adictos pierden esta capacidad. Que las personas desarrollen un mayor grado de adicción que otras, depende principalmente del tipo de droga y de los genomas biológicos que posean; asimismo, se vincula con el contexto o ambiente donde se desenvuelven y realizar proyectos sociales e individuales. De tal forma que la abstinencia puede volverse un proceso relativamente fácil, o muy complejo en sí (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001).

Para contrarrestar sus efectos nocivos, la drogodependencia exige tratamientos con internamiento a corto, mediano y largo plazo, según sea la necesidad y las circunstancias del sujeto. Por ejemplo, en Estados Unidos existen diversos enfoques para el combate de las adicciones, comúnmente, estas prácticas se desempeñan en entornos residenciales de carácter comunitario, pues se cree que

el control del entorno garantiza, en cierta medida, comenzar con el proceso de desintoxicación que es obligatorio para la rehabilitación (Naciones Unidas, 2003).

El *tratamiento* se define como una intervención médica estructurada que trata problemas de salud y de otra índole. El tratamiento para combatir la drogadicción se inicia cuando un consumidor se acerca a un proveedor de servicios de salud, o a un servicio comunitario con el propósito de alcanzar un nivel óptimo de salud, mediante intervenciones consecuentes (Naciones Unidas, 2003).

De manera específica, se denomina *tratamiento residencial* a la intervención que consiste en internar en un centro de salud —por un periodo determinado— a una persona que padece algún tipo de adicción. Principalmente, el objetivo del internamiento es controlar el entorno donde se desenvuelve el paciente las 24 horas del día, así como ayudarlo en su proceso de desintoxicación. Además, este tipo de intervención permite que la persona tratada omita las distracciones en su proceso de recuperación y, por ende, se concentre en enfrentar su adicción (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001).

Para llevar a cabo el tratamiento, en algunos centros de salud, los médicos suministran medicamentos para mitigar los malestares de la abstinencia, pues en ocasiones se producen efectos fisiológicos agudos que pueden ser fatales para el paciente. En general, los medicamentos ayudan a combatir la abstinencia de opioides, benzodiazepinas, alcohol, nicotina, barbitúricos y otros sedantes. La provisión de estos recursos farmacológicos debe ser evaluada por un médico o profesional en el área de la salud, y debe acompañarse de diagnósticos formales y continuos.

2.3.2 Aspectos bioéticos en materia de adicciones

En la atención a los pacientes adictos existen cuestiones éticas complejas. La comprensión de estos conflictos requiere de un análisis filosófico acerca de los límites en que un paciente adicto puede considerarse agente moral y autónomo. Al

respecto, Janssens (2004) plantea dos perspectivas antropológicas para abordar el tema de la adicción:

- *Antropología médica.* El consumo de drogas es visto como un problema individual que puede ocurrirle a cualquier persona. Por tanto, se reconoce la adicción como una enfermedad, especialmente psiquiátrica, que implica la reducción parcial de la competencia.
- *Antropología legal.* Considera al individuo como un agente moral y autónomo, donde la adicción se percibe como un problema de la sociedad que es autoinfligido, es decir, se trata de “un vicio”.

Desde la perspectiva de Janssens (2004), la relación entre estas dos disciplinas se encuentra en la competencia del paciente. Por un lado, la antropología médica considera necesario un tratamiento profesionalizado o especializado para restaurar la autonomía; por el otro, la antropología legal estima que el estilo de vida elegido por la persona lo hace responsable de sus actos.

Bajo este tono, a manera de consenso se piensa que cada persona es responsable de sus actos; sin embargo, de existir una acción que pueda afectar a los demás, es necesario responder a sus consecuencias. Según los escritos de Stuart Mill (1975 citado en Janssens, 2004), se deben dejar solos a los adictos competentes que se niegan a recibir atención, a menos que sus acciones representen un riesgo grave para ellos mismos o hacia terceros.

A partir de las observaciones anteriores, es posible decir que la autonomía es un derecho con dos perspectivas: una negativa, debido a que se establecen límites sobre aquello que los otros no permiten hacer; la segunda tiene un sentido positivo en función de su importancia para formar la vida de una persona en compañía de los demás. De tal modo, se percibe que este concepto es de carácter dinámico, pues debe ser desarrollado en función de las circunstancias siempre cambiantes del contexto.

A manera de complemento, las ideas de Dworkin (1988) sobre la autonomía distinguen entre dos tipos de deseos: los de primer orden hacen referencia a lo

impulsivo, es decir, las preferencias a corto plazo; en los de segundo orden, la autonomía se considera autocrítica al realizar una reflexión sobre el primer grupo.

Otros autores —tales como Frankfurt (1971)— mencionan que la reflexión racional no es el medio por el cual una persona puede distinguir sus deseos de primer orden, sino que se lleva a cabo a través de la voluntad.

Las dos propuestas teóricas que han sido esbozadas justificarían que los pacientes adictos no son totalmente autónomos, pues de acuerdo con sus deseos de segundo orden, es posible que no aspiren tener un problema de adicción. No obstante, paralelamente, el grupo de primer orden se mantiene dominante al querer satisfacer sus deseos inmediatos de consumo. En consecuencia, la autonomía de la persona se altera una vez que es impulsada por deseos contrarios.

Por su parte, la teoría de la autodeterminación de Richard Ryan y Edward Deci apoya la idea de que la percepción sobre la coerción y las amenazas a la autonomía, en lugar de su presencia objetiva, tienen implicaciones en la motivación y el cambio de comportamiento de los pacientes drogodependientes. Cabe mencionar que esta aportación es la única, dentro de los modelos psicosociales, que considera a la autonomía como aspecto central (Deci y Ryan, 2008).

Adicionalmente, dicha teoría hace una distinción entre formas autónomas y controladas de motivación, con base en factores como las razones para iniciar el comportamiento, su valor adaptativo dentro del medio ambiente, entre otros. Esto quiere decir que las actividades aprobadas por un sentido de necesidad personal están motivadas de manera autónoma.

De acuerdo a un análisis multivariable sobre los factores predictivos de interés del paciente al inicio del tratamiento, así como de su compromiso para llevar a cabo una rehabilitación (Wild, Cunningham y Ryan, 2006), se indica que la motivación interna experimentada por el paciente es la causante de actitudes más positivas hacia el tratamiento, lejos de las presiones legales o las informales. La idea anterior significa que las cuestiones personales fueron más importantes para llevar al paciente a ingresar a un internamiento, a comparación de las medidas coercitivas ejercidas por presiones sociales.

Los resultados de dicho estudio ponen de relieve que no se puede suponer que las presiones externas siempre se encuentran ligadas a la decisión de entrar a un internamiento residencial; por ejemplo, un individuo que se involucra en una actividad a causa de la percepción social, no se diferencia en el nivel de motivación que otros poseen cuando se dedican a una actividad debido a un sentido de compromiso personal.

Un punto fundamental para abordar el debate bioético sobre el tratamiento coercitivo, es el que resulta de analizar los conflictos entre los derechos individuales y los derechos de la comunidad. Al respecto, Wu (2013) argumenta que las sociedades orientales dan una mayor importancia a los segundos, mientras que las comunidades occidentales valoran más los primeros.

Algunos autores mencionan que la cuestión ética de un tratamiento precede a su eficacia. Este es el caso de Stevens (2012, p. 8) quien comenta que “si un tratamiento no es ético, no debe administrarse aun cuando se ha comprobado que éste sea eficaz”. Bajo el mismo tono, Hall, Babor, Edwards, Laranjeira, Marsden, Miller, Obot, Petry, Thamarangsi y West (2012, p. 1) sostienen que “la detención Obligatoria de los consumidores de drogas no es ético, ni es una forma eficaz de hacer frente al problema de la adicción.”

Ahora bien, la ambigüedad entre la coerción y el abandono terapéuticos genera un conflicto entre la prevención del daño y el respeto a la autonomía. Por ello, no todas las medidas coercitivas tienen que ser interpretadas como una violación a la autonomía; sino como una forma de ofrecer una adecuada atención (Janssens, 2004).

En otro orden de ideas, las personas que consumen drogas son catalogadas como una población vulnerable en la medida que su adicción está asociada con problemas económicos, trastornos psiquiátricos o cognitivos, discriminación social y la fuerza de la acción legal (Dugosh, 2010). No obstante, según la filosofía de Mill, “los individuos tienen soberanía sobre sí mismos a menos que otros se vean perjudicados” (1975, citado en Janssens, 2004, p. 453). La idea anterior sugiere que a pesar de su vulnerabilidad, las personas con problemas de drogadicción deben

tomar responsabilidad de las acciones que realizan, sobre todo cuando éstas afectan a terceros.

2.3.3 *Antecedentes del tratamiento coercitivo*

Las actuales concepciones sobre la libertad tienen una relación estrecha entre la autonomía, la coerción y el daño hacia los demás. Es por esto que si no se quiere abandonar a los pacientes que necesitan una atención, pero rechazan los tratamientos de rehabilitación, se deben indicar medidas coercitivas encaminadas a su cuidado (Janssens, 2004). Al respecto, Wild (2006) ofrece una distinción entre el tratamiento voluntario y el tratamiento coaccionado. Mientras que la primera propuesta se lleva a cabo a través de la libre decisión del paciente, la segunda se basa en el término de la *coerción*, la cual refiere a una imposición y violación a la autonomía e independencia de la persona; en otras palabras, lo que imposibilita la toma de decisión para entrar al tratamiento.

Al mismo tiempo, Will (2006) propone el concepto de *Tratamiento bajo control social*, cuyo origen puede ser legal (compromiso civil o tratamiento ordenado por la Corte), formal (instituciones o sistemas no judiciales, tal es el caso de empleadores y escuelas) e informal (persuaciones interpersonales, amenazas de familiares y amigos).

En lo particular, se considera que las construcciones de los controles sociales y la coerción están relacionadas; además, al mismo tiempo, los aspectos formales e informales interfieren en la coerción percibida por el paciente usuario de drogas al tomar su decisión para ingresar a un centro de rehabilitación residencial.

Las personas que acuden a rehabilitación experimentan múltiples presiones tanto internas como externas; la importancia de cualquiera de ellas depende de una serie de factores individuales y contextuales. De igual manera, muchos de los pacientes, inicialmente, buscan ayuda fuera de los centros de tratamiento residencial en función de cómo definen ellos mismos sus problemas y posibilidades.

En una revisión acerca del control social y las medidas coercitivas para el tratamiento de la adicción, Wild (2006) crítica exhaustivamente las pruebas de la efectividad de una rehabilitación bajo estas condiciones. En primer lugar, el autor antepone las medidas coercitivas legales con respecto a otras formas de coerción, tomando en cuenta la perspectiva sobre la coerción de los involucrados, es decir, el paciente y el proveedor de servicios.

Cabe destacar que la mayoría de los estudios relacionados con un tratamiento coercitivo para problemas de adicción concluyen que no se ha demostrado mayor éxito en la recuperación de pacientes ingresados de manera forzada.

Según la IDPC (2014), los centros de tratamiento residencial obligatorio connotan situaciones en las que un individuo usuario de drogas es ingresado sin una evaluación médica ni un consentimiento informado. Asimismo, el procedimiento no está basado en evidencias científicas, sino en la disciplina, el trabajo forzado o la creencia en una religión.

El éxito de una rehabilitación puede apreciarse desde dos aristas. La primera se fundamenta en la evaluación de la reducción o eliminación del consumo de drogas, así como la disminución de los daños a la salud asociados con la adicción (infecciones por VIH, hepatitis, sobredosis). La segunda acotación parte de una menor incidencia en los daños ocasionados por parte del paciente contra la sociedad (robo, violencia, accidentes, homicidios, violaciones, secuestros). Sin embargo, pese a que demuestra un éxito en el tratamiento de internamiento, los límites de la coerción no están bien establecidos (Stevens, 2012).

De acuerdo con la UNODC, la dependencia hacia las drogas es catalogada como un “desorden de salud multifactorial que frecuentemente sigue un curso de una enfermedad crónica con recaídas y remisiones” (2008, p. 1). A partir de esta definición es muy probable que los pacientes que ingresan a tratamiento por primera vez no puedan llegar a una remisión total.

Bajo la idea anterior, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha propuesto recomendaciones éticas para los pacientes adictos que cometieron algún delito y requieren ingresar a internamiento. Entre ellas se encuentran:

- Que a la persona se le ofrezca la opción de no ingresar al tratamiento sin ser castigado, pero de ser así enfrentará una pena más grave por el delito cometido.
- Que se le disponga de más de una opción de tratamiento adecuado y proporcional a sus necesidades.
- Que la persona no sea castigada por no terminar el tratamiento, o bien, en caso de presentar una recaída, en cuyo caso tampoco debe utilizarse como justificación para el castigo, sino como una oportunidad para iniciar un tratamiento distinto.
- Que el tratamiento se lleve a cabo con la menor restricción de la libertad necesaria para cumplir los objetivos de la rehabilitación.
- Que el periodo para permanecer en el tratamiento sea limitado, sujeto a revisiones clínicas y no mayor a lo que sería el castigo habitual del delito.

Ahora bien, el contraargumento de lo antes expuesto, sostiene que la aplicación del tratamiento contra adicciones bajo coerción no tiene efecto sobre el bien social, ni en la salud del individuo, porque el proceso se realiza en contra de la voluntad del paciente. Y como se mencionó antes, para que un tratamiento sea eficaz, el individuo debe tener voluntad de rehabilitarse. Por lo tanto, un paciente sometido a trato, en contra de su voluntad, difícilmente se rehabilitará y, así pues, no habrá ni salud en él y tampoco bien social.

El argumento precedente es resultado, efectivamente, del mismo concepto de coerción, el cuál es en esencia una negación a la voluntad del individuo, con aparente causa de mejorar la salud del mismo. Además, el ámbito de aplicación, sus ámbitos y dominios implicados, proporcionan el conocimiento para llegar a esta conclusión, de la cual, es (Urbanoski, 2010).

Asimismo, es pertinente mencionar que otros estudios (Brecht, 2005, Copeland, 2007, y Burke 2007 citados por Urbanoski, 2010) han reportado que los pacientes que entran a tratamiento bajo presiones legales muestran iguales o mejores respuestas a corto plazo a comparación de los pacientes en internamiento.

Uno de los argumentos más sobresalientes a favor del tratamiento obligatorio es que las personas que consumen drogas no disponen de autonomía ni capacidad para tomar decisiones previamente informadas. Por consiguiente, el Estado debe intervenir y obligar a los pacientes a tratarse. Empero, existe un conjunto de normas éticas que deben considerarse para proceder a un tratamiento coercitivo (Tabla 1).

Tabla 1. Normas éticas para el tratamiento coercitivo de pacientes usuarios de drogas

Códigos de ética médica y el juramento hipocrático	Evitan la imposición de daño contra la persona que está siendo tratada en rehabilitación.
Códigos de ética médica y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Fomentan el consentimiento informado de los procesos a los cuales será intervenido el paciente.
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Prohíbe el trato inhumano o degradante hacia los seres humanos.
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Promueve el derecho a no sufrir detención arbitraria.
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Protege el derecho a la libertad individual a través de la libertad de movimiento.

Fuente: elaboración propia con información de Stevens (2012).

En suma, los argumentos a favor del uso de la fuerza coercitiva, en ocasiones, ignoran las normas éticas de carácter internacional. Sin embargo, el fin último de esta práctica es velar por la salud y rehabilitación del consumidor, aunque no garantice la mejora del adicto. Por el contrario, el tratamiento voluntario es difícil de llevarse a cabo, pues presupone la disposición del adicto a recibir atención, lo que rara vez sucede. No obstante, esta última vía respeta las normas éticas internacionales que rigen la actividad médica y, por ello, se considera ideal.

2.3.4 *Antecedentes internacionales sobre el tratamiento coercitivo*

Los antecedentes sobre el primer centro de tratamiento coercitivo datan del año 1930, cuando la Oficina de Prisiones y Servicios de Salud Pública de los Estados

Unidos llevó a cabo en *Kentucky* este tipo de procedimientos para usuarios de drogas. Posteriormente, a finales de la década de los 80, los tribunales enviaron a personas adictas a la heroína a tratamiento obligatorio en los hospitales de salud pública de los estados de Lexington, Kentucky y Texas, durante un periodo de seis meses (Leukefeld, 1988).

Desde entonces, los tratamientos de este tipo se convirtieron en un referente para las personas que buscan combatir sus adicciones, y se implementaron establecimientos para internar a los pacientes, se convocó a personal capacitado y se regularon algunas prácticas. Estas implementaciones resultaron desde entonces una opción para ayudar a los adictos a combatir su enfermedad, ante el creciente número de consumidores en ese país.

En este contexto, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2006) registró que el 38% de los ingresos a programas de tratamiento de adicción durante el 2006 fueron remitidos por el sistema de justicia penal. Porque en efecto, las políticas estadounidenses abogaron por la coerción para garantizar la convivencia sana y resolver un problema de salud social, con la idea de que esta medida contrarresta el índice de consumidores.

Por su parte, Wolfe (2010) comenta que los países más desarrollados han optado por dejar en desuso la detención obligatoria de personas adictas debido a dos motivos: primero, el tratamiento no es del todo eficaz, ya que la mayoría de las personas detenidas regresa al consumo de drogas; segundo, al obligar a un tratamiento forzado, se violan los derechos humanos de los consumidores de drogas. En cambio, otros países como Camboya, China, Tailandia y Vietnam, tienen graves problemas de drogadicción y han implementado la detención obligatoria para la rehabilitación de sus pacientes (Jurgens, 2010).

En consecuencia, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la ONUDC, critica fuertemente las medidas de detención obligatoria para recibir un tratamiento forzado de rehabilitación en adicción, ya que se violan gravemente los derechos humanos de los usuarios de drogas.

En la actualidad, la ONU hace un llamado a todos sus países miembro para poner fin al tratamiento obligado como medida de rehabilitación en pacientes

drogodependientes. Este sistema ha sido retomado por distintos países de América Latina que llevan a cabo algún modo de tratamiento obligatorio, pero al mismo tratan de incorporar nuevas medidas que no recurran a la coerción, tal es el caso de Ecuador, Perú, Uruguay, Guatemala y México (IDPC, 2014).

Mientras tanto, en países como Suecia, Alemania y Países Bajos, la noción del *Principio de beneficencia* es el argumento que tiene mayor peso ante los tribunales que deciden la admisión forzada en un tratamiento residencial (Janssens, 2004). En esencia, este principio es una referencia al *Juramento de Hipócrates*, el cual se sintetiza en la frase “primero, no hacer daño”. Esta filosofía sobrepone la integridad física del paciente ante cualquier acción —incluso médica— (Aguirre, 2004, p. 504). De tal forma, el tratamiento coercitivo ignora el *Principio de beneficencia*.

Al mismo tiempo, el principio de dignidad pertenece a esta doctrina. El argumento de su existencia es que la atención médica debe ejecutarse de acuerdo con la condición humana del paciente, su voluntad y libertad. Sin embargo, esto no se respeta cuando el enfermo es obligado a residir durante mediano plazo. A lo cual algunos podrán objetar que los consumidores de drogas no están en tales condiciones y, por ello, no se respeta ese principio.

En síntesis, los argumentos en contra de este tratamiento datan de la antigua Grecia, en donde se formularon los primeros planteamientos filosóficos en torno al arte de la medicina. Aunque estos principios constituyen un conocimiento básico para la discusión, debe saberse que las circunstancias han cambiado y que los consumidores no son los mismos a los que apeló, en ese entonces, el filósofo Hipócrates.

2.3.5 *Tratamiento residencial bajo coerción*

El tratamiento residencial es un procedimiento que evidentemente requiere la presencia física de la persona que padece la adicción. Sin embargo, no en todos los casos ni bajo diversas circunstancias, la persona adicta tiene la voluntad de

someterse a estos tratamientos ni de internarse en centros médicos, por lo que su participación puede ser producto de prácticas coercitivas. A este último proceso se le conoce como *Tratamiento residencial bajo coerción*.

En todo caso, el internamiento forzado o involuntario es una acción que se sobrepone a la voluntad del adicto, especialmente, con el objetivo de ayudarlo a superar su adicción. Porque la adicción a las drogas es una enfermedad, los consumidores “no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse. La mayoría de los pacientes requiere cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas” (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001, p. 8).

Las asociaciones que suelen usar programas de internamiento o tratamiento residencial son los grupos de autoayuda, tales como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA). Estos grupos suelen ampliar y complementar los efectos del tratamiento profesional, y usan la terapia de grupo como método de motivación personal. No obstante, en México, se ha identificado que también aplican tratamiento residencial bajo coerción o prácticas coercitivas, ya que, a veces, someten al paciente para que ingrese al centro de rehabilitación y reciba tratamiento o ayuda médica a largo plazo.

A nivel global, el tratamiento residencial bajo coerción, o confinamiento involuntario de usuarios de droga, es una práctica común que los profesionales de la salud reconocen. Sin embargo, no significa que tenga una completa aceptación ni que los especialistas implementen estas prácticas la mayoría de las veces. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reconoce en su último informe de 2013, que este tipo de tratamientos deben ser utilizados sólo como medidas de emergencia y deben durar tan sólo algunos días. Además, el acto debe ser realizado con base en informes de los profesionales de la salud, para que, efectivamente, se realice el traslado con fundamento.

Con relación a la situación nacional, las clínicas de salud en México ofrecen a los familiares servicios para trasladar a las personas adictas a su centro de rehabilitación y, de ser necesario, forzarlo a recibir un tratamiento. Si la persona es

mayor de edad, será sometida por el personal, ya que los familiares son quienes indican la detención del adicto, siempre con el propósito de que pueda rehabilitarse.

Al respecto, cabe mencionar que en México no existen informes académicos en la materia que especifiquen las características de esta actividad o práctica coercitiva. En España, por ejemplo, se aborda el tema como *tratamiento ambulatorio forzoso*, por ello, sus informes se recuperan como modelo teórico para el presente trabajo. Básicamente, en distintos países se lleva a cabo de la misma manera, pero la regulación tiene matices diferentes.

2.3.6 *Otros tipos de tratamiento contra las adicciones*

Algunos tratamientos aplicados por las instituciones públicas de salud no requieren de internamiento; más bien, demandan sesiones dedicadas a tratar los problemas del adicto sin que éste sea removido de la vida cotidiana. Un ejemplo de este tipo de intervención es el tratamiento psicosocial, en el cual un psicólogo evalúa la situación de la persona con adicción para luego determinar cuáles son las causas de su comportamiento.

Debe mencionarse que el tratamiento recomendado por las asociaciones de salud posee pormenores que deben cumplirse para que éste sea eficaz. A saber, la persona que padece una adicción debe participar de manera voluntaria en el tratamiento, aunque su rechazo no supone una probabilidad de consumo de drogas. Asimismo, el tratamiento debe ser evaluado y modificado constantemente, ya que, todo paciente tiene necesidades distintas que mutan conforme progresa o retrae. Además, el trato necesita ser integral, que atienda necesidades médicas, psicológicas, sociales, vocacionales y legales (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001).

En suma, los tratamientos destinados a combatir la drogadicción deben corresponder al tipo de paciente, es decir, deben ser acordes a sus cualidades e intereses. Por ello, no siempre se requiere el uso de medicamentos, pues, además, su ingesta no garantiza una completa y rápida recuperación. Por otro lado, la

aplicación de diferentes terapias supone mayores probabilidades de rehabilitación, pues de esa forma se pueden atender de mejor forma las demandas de un adicto.

Bajo este argumento, existen algunas propuestas a considerar en el tratamiento de la adicción: con agonistas; tratamiento sintomático; asesoramiento psicosocial; asesoramiento sobre el VIH SIDA; y terapia de grupo. En primera instancia, cada una de estas opciones terapéuticas parte de un proceso de desintoxicación. Por ejemplo, el tratamiento con agonistas se enfoca en medicar a los pacientes para que puedan sobrellevar los efectos de la desintoxicación.

Con respecto a los tipos de tratamiento que hay, la terapia individual y la de grupo son muy comunes en los casos de abuso de drogas. En general, consiste en la agrupación o reunión de personas adictas, con la finalidad de que platicuen entre sí, intercambien experiencias de vida y se apoyen mutuamente en su proceso de rehabilitación. También realizan actividades constructivas y gratificantes que ayudan a los sujetos a reinsertarse en la sociedad, tales como talleres de producción, deportes o agricultura. Por lo tanto, la terapia de grupo sirve como incentivo primario para dejar las drogas, pero también resulta de utilidad después del proceso de abstinencia, pues crea lazos humanos que sirven de apoyo para mantenerse alejado de los estupefacientes.

Igualmente, un tratamiento debe contemplar la posible existencia de una enfermedad mental. De ser el caso, el trastorno necesita ser evaluado y atendido a la par que el problema de adicción y, por ello, la administración de los fármacos es más cautelosa que cuando se atiende una sola enfermedad. Si bien los tratamientos provenientes de instituciones de salud son recomendables por su carácter integral, el grado de efectividad depende en gran medida de la persona y el esfuerzo que realiza para alejarse del consumo de sustancias tóxicas o nocivas.

En suma, el tratamiento residencial bajo coerción debe acompañarse de otros métodos y técnicas para tratar el problema de adicción. Especialmente, debe recurrir a las propuestas terapéuticas que ofrece la psicología social porque es de suma importancia que los pacientes se reintegren a círculos sociales de confianza y que contribuyan a su reinsertión a la vida cotidiana. Después de un proceso de rehabilitación residencial, también es importante que los pacientes continúen

asistiendo a sesiones o asesorías psicológicas para que traten de manera adecuada los hechos, situaciones o factores que les causen estrés o provoquen en ellos algún tipo de recaída.

2.4 MARCO REGULATORIO DEL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

2.4.1 Normatividad mexicana en materia de tratamiento residencial coercitivo

El IDPC (2014) menciona que en México la posesión de drogas en pequeñas cantidades para uso personal está despenalizada (Ilustración 1); sin embargo, si una persona es detenida portando más del doble de lo permitido, podría ser llevada a un centro de tratamiento obligatorio.

Ilustración 1. Dosis máximas de consumo personal inmediato

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, Indica o Marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxianfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Artículo adicionado DOF 20-08-2009

Fuente: Ley General de Salud (2017, p.170).

El uso, abuso y dependencia de las drogas, así como sus consecuencias son fenómenos crecientes en el mundo. Además, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2011) considera el consecuente crecimiento de los problemas en la salud pública, la gobernabilidad y la fragilidad del Estado de derecho, la convivencia y la paz social.

Así, el consumo de drogas y su prevención ocupan la atención central a nivel nacional e internacional. Se considera que cada vez son más notorios los daños sobre el abuso y las consecuencias que provoca la dependencia de sustancias adictivas sobre los individuos, familias, comunidades y países (Ruiz, 2006).

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009³ para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (2006) es la encargada de establecer los procedimientos necesarios para llevar a cabo las actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación, reinserción social y control de las adicciones. Por ello, su observancia es obligatoria en todo el territorio nacional tanto para los prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud como para los establecimientos de los sectores público, social y privado.

Con respecto al tratamiento residencial para pacientes, este marco normativo señala en su apartado cinco que los establecimientos especializados en adicciones contemplan tres tipos de ingreso: voluntario e involuntario y obligatorio. Por su parte, el ingreso por ayuda mutua se considera estrictamente voluntario, a excepción de los establecimientos que operan bajo el modelo obligatorio y están reconocidos por el CONADIC.

Para realizar el ingreso de forma voluntaria, la norma estipula que el usuario debe presentar una solicitud por escrito donde exponga sus motivos; en caso de ser menor de edad, el documento tendrá que ser redactado por sus padres, un representante legal o su tutor. En contraparte, el ingreso involuntario está planificado para usuarios que requieren atención urgente, o bien, sus acciones son potencialmente dañinas para sí mismos u otras personas.

Asimismo, la modalidad involuntaria necesita ser solicitada por un médico y un familiar responsable, representante legal o tutor; ambas peticiones deben ser enviadas por escrito. Sin embargo, en un caso de extrema urgencia la indicación del médico será suficiente. Cabe mencionar que el ingreso involuntario, de manera independiente a sus condiciones, requiere ser notificado por el responsable de establecimiento al Ministerio Público en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión del usuario (NOM-028-SSA2-2009, 2006).

³ Ésta surgió como la última actualización de la NOM-028-SSA2-1999.

Por otro lado, el ingreso obligatorio sucede cuando la autoridad legal competente es quien lo solicita, siempre y cuando el usuario de sustancias adictivas lo amerite según el examen médico correspondiente. Ahora, si la persona que requiere tratamiento de rehabilitación es menor de 16 años, su ingreso está sujeto a la disponibilidad de programas y espacios adecuados con su edad y sexo; de lo contrario, el usuario debe ser dirigido a los establecimientos de atención a menores de edad.

Con referencia al egreso de los recintos especializados en adicciones, la NOM-028-SSA2-2009 (2006: 30-31) menciona que sólo puede ocurrir bajo los siguientes motivos:

- 5.4.1 Haber cumplido los objetivos del internamiento,
- 5.4.2 Traslado a otra institución,
- 5.4.3 A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios,
- 5.4.4 A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y con el consentimiento del usuario,
- 5.4.5 Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del establecimiento,
- 5.4.6 Disposición de la autoridad legal competente, y
- 5.4.7 Defunción

Como se observa en el contenido anterior, este marco normativo no menciona el tema de tratamiento bajo coerción, por lo que se puede afirmar que su estructura sigue los principios establecidos por Mill (1975, citado en Janssens et al., 2004). En otras palabras, la norma mexicana sobre tratamiento integral de adicciones no justifica el ingreso involuntario de un usuario, a menos que su acción se convierta en un peligro inminente para sí mismo o para el resto de la sociedad.

Dentro del contexto mexicano, los esfuerzos realizados por las instituciones de salud pública han reconocido que algunos tratamientos residenciales realizan violaciones a la autonomía de las personas con problemas de adicción para hacerlas participes en actividades o procedimientos de rehabilitación. El argumento de estas acciones es que si no se aplican medidas coercitivas, la persona carecería

de voluntad para tratar su enfermedad y, por consiguiente, no podría abandonar el consumo de droga.

Sobre la intervención a pacientes y el traslado o internamiento involuntario que pudiese implicar, una clínica mexicana explica que

La canalización de una persona a un centro de rehabilitación, ya sea para un estudio de diagnóstico o un tratamiento, es siempre un tema difícil de tratar, ya que se está atentando contra la voluntad de un individuo. Por ello, es necesario contar tanto con procedimientos adecuados como con personal capacitado para llevarlos a cabo, para así poder comenzar con la recuperación del paciente de la mejor manera posible. A través de un plan elaborado en conjunto con un ser querido, ya sea con algún familiar o bien, con un amigo, de quien padece la enfermedad de la adicción (Clínica Regreso a la Vida, 2017).

Entonces, las prácticas coercitivas son una acción conjunta que se respalda en la idea de oponerse a la voluntad de la persona enferma para alcanzar su bienestar.

En efecto, la privación de la autonomía es el medio para alejar al consumidor de las drogas. Así pues, sus motivos no consisten en realizar un mal a quien padece una situación de adicción, sino todo lo contrario, esperan contribuir a su rehabilitación y a su inserción sana en la sociedad, aunque eso suponga, por una parte, verse privado de su autonomía por un lapso determinado.

2.4.2 Condiciones hospitalarias para el tratamiento residencial bajo coerción

El consumo desmesurado de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas, trae consigo una serie de consecuencias graves para la salud de quienes las ingieren, pero también repercute en el bienestar de quienes les rodean. Por ello, del abuso de las drogas derivan problemas de salud individual y pública, en problemas laborales, sociales y familiares, y, a su vez, ha aumentado los índices de mortalidad en la sociedad (NOM-028-SSA2-2009, 2006, p. 4).

Por esta razón organismos públicos y privados se han encargado de diseñar e implementar programas de prevención y tratamiento contra las adicciones. De tal forma, el trato de pacientes adictos es un asunto que requiere condiciones y requisitos mínimos para asegurar la correcta rehabilitación de los mismos. En definitiva, la adicción a sustancias psicoactivas tiene efectos en el organismo que no pueden ser ignorados, y menos aun cuando se induce la desintoxicación del organismo.

Dichas medidas son contempladas y solicitadas con el fin de atender las demandas médicas de los enfermos, así como de garantizar un ambiente humano y seguro; pues de no cumplir tales requerimientos, es probable que las personas reincidan en el consumo, incluso que sufran otros tipos de trastornos. Por lo antes expuesto, las organizaciones que realizan internamientos residenciales, bajo el argumento de ayuda mutua, deben poseer ciertas características —tanto en infraestructura como en capacitación— para garantizar condiciones humanas y adecuadas, según lo estipulado por los marcos jurídicos en la materia.

Por una parte, estos establecimientos residenciales deben contar con un aviso de funcionamiento, un responsable legal y una persona encargada. Al mismo tiempo, deben presentar por escrito los lineamientos y las disposiciones del proceso de recuperación del enfermo. De manera que éste último conozca de forma plena el proceso al que estará sujeto durante su estancia. Por último, también deben exponer las condiciones legales del centro, así como los días y horarios de visita previamente estipulados.

En cuanto a los procedimientos de aceptación, se requiere que “el ingreso y la permanencia del usuario en el establecimiento deberán ser estrictamente voluntarios, excepto por orden expresa de autoridad competente” (NOM-028-SSA2-2009, 2006, p. 4). Sobre esta última figura, no existe una identificación puntual de las instancias o profesionales que tienen la facultad de autorizar el traslado o internamiento involuntario de una persona con problemas de adicción. Sería de suma importancia esta aclaración porque así se podrían justificar las decisiones que llevan a implementar un procedimiento de tal magnitud.

Por añadidura, es necesario que las instalaciones del establecimiento cuenten con un área de recepción e información, sanitarios y regaderas independientes para hombres y mujeres, así como dormitorios con compartimientos para guardar objetos personales. Asimismo, el centro de rehabilitación debe contar con cocina, comedor, área de actividades recreativas, botiquín de primeros auxilios y extintores. En otras palabras, la infraestructura del lugar debe satisfacer las necesidades básicas de los pacientes para su adecuada recuperación.

Respecto al reglamento de salud, es indispensable que los recintos destinados al internamiento de personas con problemas de acción cumplan con las normas de higiene mínimas. Para ello, es importante que se realice de manera continua mantenimiento, iluminación y ventilación en todas las áreas del centro. A pesar de que estas características han sido expedidas por la NOM-028-SSA2-2009, la realidad de estos espacios, en ocasiones, puede diferir con los preceptos en ella expuestos.

Ahora bien, en los establecimientos mixtos y profesionales que ofrecen tratamiento residencial, el cuidado del paciente debe estar a cargo de un médico, por lo que los espacios destinados a los cuidados y procedimientos médicos deben tener las características de un recinto hospitalario, ya sea público o privado. Es decir, las áreas correspondientes están obligadas a cumplir con las normas de higiene estipuladas, así como con el equipo interdisciplinario que se requiere para cubrir las necesidades del paciente.

A diferencia de las organizaciones residenciales de ayuda mutua, los establecimientos mixtos y profesionales están obligados a realizar un examen clínico, agregar una nota de ingreso, un historial clínico, exámenes mínimos indispensables y complementarios. Todo esto con el fin de obtener un diagnóstico más detallado sobre la condición del paciente, y, de esta forma, determinar el tratamiento correspondiente.

Debido a esto, los organismos que desempeñen tareas de rehabilitación necesitan contar con personal capacitado para tratar a los pacientes, esto es, deben poseer el conocimiento suficiente sobre cómo realizar las diversas intervenciones que se requieren. En particular, las personas farmacodependientes demandan

atenciones más estrictas cuando se encuentran en el proceso de desintoxicación, por ello, quienes se encarguen de su cuidado deben proceder con profesionalismo y conocimiento de causa.

Cabe mencionar que en los recintos mixtos y profesionales se realizan otros procedimientos relativos a la medicina, que velan por buenas condiciones a la salud y dignidad del paciente. Como se ha mencionado, las atenciones que solicita un consumidor de psicoactivos son diversas y no hacerlo supone un mal tratamiento de su enfermedad.

Así pues, en ambas modalidades se precisa que “no deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la dignidad, así como la integridad física del usuario” (NOM-028-SSA2, 2009, p. 47). Sin embargo, esta disposición no se cumple del todo en los establecimientos residenciales de ayuda mutua, pues las condiciones del centro son precarias y, muchos casos, el trato se basa en prácticas coercitivas. De igual manera, el personal suele ejercer la fuerza en formas variadas para someter al enfermo, a veces, en niveles extremos que causan la comorbilidad⁴ en el individuo.

En efecto, la presencia de adicciones se reproduce incluso en las clases sociales de menores recursos, y de esta situación se han consolidado los grupos residenciales de autoayuda que muchas de las veces operan en malas condiciones y sin el conocimiento apropiado de cómo aplicar tratamiento. Desafortunadamente, la operación de estas organizaciones ha resultado en abusos psicológicos y físicos que no ayudan al proceso de rehabilitación de los individuos, por el contrario, han contribuido a catalizar la enfermedad.

Desde luego, en ambas agrupaciones se realizan métodos coercitivos en distintos grados. Aunque esto no debe interpretarse como un hecho recurrente en todos los centros que atienden las adicciones. Además, debe contemplarse que muchas veces es un método que se realiza sin deliberación y de manera no prevista, ya que ante las diversas actitudes que adoptan los enfermos en las fases de su tratamiento, el uso de medidas coercitivas son de ayuda para su adecuada y oportuna contención, evitando con ello que se haga daño a sí mismo o los demás.

⁴ Es la presencia de dos o más trastornos en un individuo.

2.4.3 Aspectos jurídicos en adicciones

El dilema ético que plantea el tratamiento coercitivo de la adicción es complejo desde el punto de vista de la jurisprudencia, la salud pública y, sobre todo, la bioética. La dependencia de sustancias plantea verdaderas amenazas al bienestar social, lo cual genera un fuerte impulso para que el gobierno y las instituciones encargadas de cuidar la calidad de vida tomen decisiones que intervengan directamente en las personas con adicción (Urbanoski, 2010).

Porter, Arif y Curran (1986) señalan que no es ético utilizar la amenaza de la sanción penal para alentar a las personas que consumen drogas a integrarse a un internamiento, considerando que éste restringe más su libertad a comparación del habitual castigo por su delito. Por tal motivo, se da a elegir a los pacientes entre una sanción penal y un tratamiento residencial, siempre y cuando sea mínimamente restrictivo de la libertad. El delito de posesión simple de drogas, por ejemplo, no justificaría la colocación obligatoria en una institución residencial, ya que conlleva la restricción de la libertad como la severa sanción de una prisión.

Sin embargo, se considera posible que el tratamiento obligatorio sea ético sólo cuando los usuarios de drogas hayan cometido delitos graves, tales como el daño directo a los demás. De esta forma, pudiera justificarse el internamiento de acuerdo con el principio de proporcionalidad (Stevens, 2012). Esta visión coincide con la perspectiva del utilitarismo, ya que para la International Drug Policy Consortium (IDPC, 2014) el tratamiento coercitivo debe aplicarse a personas adictas a sustancias y que han cometido un delito, pues su comportamiento causa un perjuicio mayor a la sociedad.

De acuerdo con Stevens (2012), se propone una clasificación de tratamiento coercitivo, la cual consta de dos tipos: el primero es el tratamiento obligatorio, aquel en donde los pacientes son internados sin oportunidad de aceptar o rechazar su consentimiento informado; el segundo es el tratamiento cuasi obligatorio, donde los pacientes tienen la opción de elegir o no el tratamiento frente a una sanción penal

que se justifica por los delitos previamente cometidos Asimismo, el autor propone una estratificación, desde el punto de vista social, de los usuarios de drogas:

- 1) Personas que consumen drogas, pero no cumplen los criterios para dependencia de sustancias ni han cometido otros delitos.
- 2) Personas que consumen drogas y que cumplen criterios para dependencia de sustancias.
- 3) Personas que consumen drogas y que han cometido delitos que ameritan sanciones penales (Stevens, 2012, p. 9).

Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010, p. 2), sólo el 10% de las personas que consumen drogas es drogodependiente, por lo cual la mayoría de los usuarios no tienen ninguna enfermedad médica asociada. En consecuencia, no estaría justificado obligar a los que no pertenecen a esta categoría a recibir un tratamiento residencial obligado.

Por su parte, los Principios de Siracusa brindan las pautas para evaluar la presión que debe ejercer el Estado sobre las limitaciones en la libertad de la persona (Flacks, 2011). Estas disposiciones señalan las condiciones para que una restricción sobre los derechos de las personas sea legítima, entre las que se contemplan las siguientes:

- Tener un sustento en la evidencia científica, y no ser redactada o impuesta arbitrariamente; es decir, de una forma irracional o discriminatoria.
- Dentro de una sociedad democrática, ser la alternativa más adecuada para llegar al objetivo.
- Pertenecer a las opciones menos intrusivas o restrictivas que otras formas disponibles para lograr el objetivo.
- Estar prevista y ser llevada a cabo de conformidad con la ley.
- Ser de interés general con un objetivo legítimo.

Desde el aspecto jurídico se hace una sencilla distinción acerca de la competencia de la persona a través de tres categorías: competente, parcialmente incompetente e incompetente. Las legislaciones basadas en el principio de beneficencia señalan

que los trastornos psiquiátricos vuelven incompetentes a los pacientes; empero, otras leyes estipulan que toda persona es plenamente competente a menos que se demuestre lo contrario (Janssens, 2004).

Otro aspecto relevante radica en la preocupación de que no exista un procedimiento de supervisión legal cuando un paciente drogodependiente ingresa a rehabilitación, sobre todo cuando en la mayoría de estos centros la desintoxicación se realiza sin medicamentos y sometiendo a los pacientes a un trabajo duro, abusos físicos y psicológicos, hacinamiento e insalubridad. Además, hay que considerar que la salida tiene un plazo fijo y no con base en los resultados de su evolución clínica (Hall et al., 2012).

Cabe mencionar que algunas clínicas de tratamiento residencial de las adicciones están autorizadas para ejecutar tratamiento involuntario, debido a que la adicción es concebida como un trastorno mental con un alto grado de peligrosidad. Sin embargo, no es fácil determinar qué tan peligroso puede ser un paciente bajo los efectos de una droga o si esta amenaza proviene de otros factores.

Las distinciones de peligrosidad que podemos observar en un paciente son las siguientes: hacia uno mismo, hacia los demás, o bien, para la seguridad y los bienes públicos. Por lo tanto, la pregunta a reflexionar es ¿cuál debe ser el grado de peligro de un paciente adicto para que sea admitido en un tratamiento involuntario? Su aceptación está justificada siempre y cuando haya un peligro extremo en contra de su persona o para los demás como resultado de un trastorno adictivo.

2.5 GLOSARIO

Con el fin de ofrecer una mayor claridad sobre el tratamiento para pacientes usuarios de drogas, a continuación se desarrollan algunas definiciones importantes para llevar a cabo el procedimiento, las cuales han sido retomadas de la UNODC (2008).

- *Tratamiento*. Refiere a cualquier intervención basada en la evidencia, la cual es llevada a cabo por personal médico, terapeuta u otro profesional capacitado. Su objetivo radica en el mejoramiento de la salud y el funcionamiento social de la persona.
- *Tratamiento ético*. Es aquel que cumple con la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, así como los principales códigos de ética médica.
- *Droga*. Indica toda sustancia que previene o cura alguna enfermedad; asimismo, puede aumentar el bienestar físico o mental de un paciente. En la terminología farmacológica, este término alude a cualquier agente químico que puede alterar la bioquímica o el proceso fisiológico de un tejido u organismo.
- *Adicción*. Estado causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga. Esta enfermedad se caracteriza por la modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma periódica.
- *Sustancia psicoactiva*. Sustancia que altera algunas funciones mentales y, en ocasiones, físicas del organismo. En caso de que su consumo sea reiterado, existe la posibilidad de dar origen a una adicción.
- *Intoxicación aguda*. Se trata de un estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, cuyos efectos dan lugar a perturbaciones en la conciencia, la percepción, la afectividad, el pensamiento o el comportamiento de la persona.
- *Prevención*. Señala el conjunto de acciones dirigidas a evitar, reducir o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
- *Consentimiento informado*. Acuerdo por escrito, a través del cual el usuario del servicio, un familiar o representante legal autoriza su participación en un tratamiento, cuyo pleno conocimiento acepta los riesgos a los cuales se someterá el paciente por libre elección y sin coerción alguna.

De acuerdo con los conceptos antes expuestos, se infiere que la adicción es un problema de salud que, en primera instancia, perjudica el estado físico y mental de quienes consumen drogas o sustancias psicoactivas; asimismo, afecta sus relaciones personales porque repercute en su comportamiento, de modo que lastima a las personas (amigos, familiares, conocidos) que les rodean. Por este

motivo, el tratamiento contra las adicciones debe apegarse a la práctica médica de carácter ético, es decir, a un ejercicio profesional de los principios clínicos que permitan a las personas rehabilitarse y continuar su vida de manera saludable. En el mejor de los casos, los esfuerzos profesionales deben evitar, reducir o eliminar el consumo no terapéutico de fármacos.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En general, la bioética se presenta como un campo de estudio interdisciplinario que da pauta a la reflexión de criterios éticos en fenómenos médicos. Dado que los conocimientos de la bioética no son suficientes para analizar un problema, es importante que las investigaciones en el área se complementen con información específica del ámbito de conocimiento, así como con los aspectos jurídicos en la materia (Casas, 2008, p. 98). Aunque el tema se puede abordar desde distintas disciplinas, las conclusiones de la investigación deben atenerse a cuestiones éticas, pues en ello radica su aportación.

A partir de lo antes descrito, el presente proyecto de tesis se propuso, principalmente, revisar los aspectos teóricos en materia de Bioética y Derecho que argumenten o refuten la aceptación de las prácticas coercitivas que se implementan cuando una persona es internada, de manera involuntaria, en un centro de rehabilitación residencial. Asimismo, por su incidencia en el fenómeno, la investigación tiene por objetivo indagar en la violación de la autonomía de los pacientes que son tratados bajo coerción.

Con el propósito de complementar la información recabada, se incluyó al análisis bioético los hallazgos derivados de la aplicación del Cuestionario de Coerción Percibida al Ingreso a un Tratamiento de Abuso de Sustancias a pacientes de una clínica de tratamiento residencial de la Ciudad de México. A partir de dicho instrumento de medición, se obtuvieron datos puntuales que podían ser contrastados con las premisas identificadas en el estudio documental, ya que resulta importante tomar en cuenta la visión de los sujetos protagonistas del fenómeno a estudiar.

Por lo tanto, la presente investigación se fundamenta en métodos mixtos (cualitativos y cuantitativos) que contribuyen a la recolección, interpretación y análisis de datos puntuales sobre la aceptación de la coerción y su incidencia en el principio de autonomía. Debido a que la *investigación mixta* pretende “utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (Hernández, 2010, p. 544), lo presentado en este trabajo incrementa el conocimiento en la materia y contextualiza el debate bioético según la percepción de los pacientes mexicanos.

En suma, se trata de una investigación documental de tipo argumentativo que se apoya en un estudio de campo de estadística descriptiva. Su diseño metodológico se fundamenta en la necesidad e importancia de recurrir a diversas disciplinas y técnicas de investigación para describir y reflexionar sobre el uso de la coerción en tratamientos de rehabilitación contra las adicciones. A continuación se describen las características metodológicas que permitieron la adecuada documentación y aplicación del instrumento de medición.

3.2 DEBATE BIOÉTICO

De acuerdo con María de la Luz Casas Martínez (2008, p. 103), el tipo de investigación cualitativa más frecuente es de carácter documental, el cual a partir de diferentes escritos, se reconstruye e interpreta un fenómeno en particular. En el caso de la Bioética, esta metodología se desarrolla de manera transdisciplinaria porque recurre a otras disciplinas para explicar el objeto de estudio; en concordancia, debido a que analiza los factores comunes que se asocian con el fenómeno a interpretar; y de forma descriptiva porque presenta elementos particulares o características de las circunstancias o situaciones (Casas, 2008, p.103).

Por este motivo, en relación con la pregunta y el objetivo general de investigación, en un primer momento se realizó un estudio documental de los

aspectos bioéticos y jurídicos, nacionales e internacionales, que enmarcan el debate sobre el ejercicio de la coerción para tratar a personas con problemas de adicción. Para lo cual, se consultaron distintas fuentes bibliográficas, hemerográficas y jurídicas sobre el tema y se expusieron sus ideas o hallazgos principales.

Específicamente, se profundizó en el *principio de autonomía*, el concepto de *coerción*, la noción del *consentimiento informado*, así como el *tratamiento residencial bajo coerción*. Con el fin de exponer la complejidad de las cuestiones éticas implicadas, se retomó la reflexión sobre los elementos que permiten considerar a una persona adicta agente moral y autónoma; las competencias de un paciente para rechazar o aceptar un tratamiento profesional; así como los deseos o motivaciones para que ejerza su autonomía.

A lo anterior, se suma la reflexión sobre la validez de las justificaciones o argumentos para que una persona adicta sea sometida a un tratamiento coercitivo. En este rubro, se considera la perspectiva legal porque, en la mayoría de los casos, sirve como referente en los procedimientos estipulados por los profesionales en la salud. Asimismo, se contempla la vertiente jurídica porque, en ocasiones, las persona adictas cometen delitos y, en consecuencia, son obligadas a internarse para posteriormente cumplir su condena.

De igual manera, se expone el marco regulatorio mexicano en el que se desenvuelven la prácticas coercitivas de interés para el presente estudio. Éstas se retoman con la finalidad de identificar las acciones o lineamientos que se han estipulado en la materia. Especialmente, se ahonda en lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Al respecto, se describen las condiciones hospitalarias que marca la ley para llevar a cabo el tratamiento residencial bajo coerción, conocido en México como traslado e internamiento involuntario.

Sin más, las temáticas antes mencionadas son descritas y analizadas con el objetivo de visibilizar las posturas teóricas y legales que al final de este trabajo serán confrontadas. La finalidad última es realizar un balance general de los argumentos

recopilados y valorar el grado de aceptación de las prácticas coercitivas en los procesos de rehabilitación de un paciente.

3.3 ESTUDIO DE CAMPO

Para complementar el trabajo documental, también se desarrolló una investigación de campo o práctica, la cual consiste en aproximarse al ambiente donde se presenta el fenómeno estudiado. De acuerdo con Carlos Muñoz (1998, p.10), este tipo de estudio demanda la creación de una herramienta particular para recabar información sobre el objeto de estudio; posteriormente, se recurre a técnicas estadísticas para el procesamiento de los datos recopilados.

Aunque, por lo general, el estudio de campo complementa de forma directa al análisis teórico, en este proyecto se utilizó como una fuente complementaria, ya que el debate bioético sobre el uso de la coerción en tratamientos residencial debe contemplar la postura o experiencias de los pacientes con problemas de adicción. Dado que no existen investigaciones actuales sobre el caso mexicano, se consideró necesario recabar información puntual que pudiera contrastarse con el trabajo documental sobre los aspectos bioéticos y jurídicos del fenómeno.

En relación con lo anterior, en una segunda fase, se consideró necesario complementar la información documentada con la aplicación de un instrumento de medición que diera cuenta de la percepción del grado de coerción de las personas que son internadas, de manera involuntaria, en establecimientos residenciales contra las adicciones, ubicados en la Ciudad de México.

Al respecto, el cuestionario utilizado deriva de una corriente teórica que considera los aspectos sociales en los tratamientos contra la adicción o el abuso de sustancias. Debido a que el instrumento seleccionado se validó en Estados Unidos, originalmente, su idioma era el inglés. Para evitar malas interpretaciones o una aplicación forzada, el instrumento se tradujo a la lengua española y se adaptó a las necesidades del contexto de estudio.

En consecuencia, se asistió a una clínica especializada en el sur de la Ciudad de México para realizar una prueba piloto al instrumento de medición. Durante la primera etapa, se aplicaron 17 cuestionarios. Posteriormente, el cuestionario fue contestado por 51 pacientes de la clínica mencionada. A continuación se presentan los criterios para la instrumentación del Cuestionario de Coerción Percibida.

3.3.1 Universo de estudio

El estudio se llevó a cabo en una clínica de tratamiento residencial A. C. sin fines de lucro, la cual está ubicada al sur de la Ciudad de México. Se eligió este lugar porque cuenta con la certificación oficial vigente por parte del CONADIC. Al respecto, cabe mencionar que además de seguir parámetros metodológicos, la investigación debe cumplir con criterios éticos que garanticen la protección de la privacidad de las personas que formaron parte del estudio (Casas, 2008, p. 102).

Con el objetivo de mantener la confidencialidad de la institución participante y, por ende, de los sujetos entrevistados, se omitirá el nombre real de la clínica. No obstante, se realizará una descripción general de los servicios que ofrece, así como las características generales de los procedimientos para cada uno de ellos. Esto con el propósito de brindar una referencia contextual del estudio de campo que se realizó.

Desde la década de los ochenta, la clínica estudiada abrió sus puertas con el fin de contribuir a erradicar los problemas crecientes de salud pública que genera la dependencia al alcohol y las drogas. A grandes rasgos, esta clínica de salud ofrece un tratamiento holístico, es decir, que involucra el cuerpo, la mente y el espíritu tanto del paciente como de sus familiares. En una primera fase, los pacientes son sometidos a un proceso de desintoxicación; posteriormente, son valorados por personal especializado (psicólogos, médicos, enfermeras, consultores) y, finalmente, de manera conjunta emiten un diagnóstico.

Otro de los servicios que ofrecen es el internamiento en sus instalaciones, cuyo objetivo es ayudar a que el paciente se concentre por completo en su rehabilitación.

Debido a esto, en una segunda fase, los residentes del tratamiento desarrollan actividades recreativas, pláticas educativas, meditación y terapia grupal al interior de la clínica. Tales dinámicas son desempeñadas a partir de tres valores; la prevalencia de la ética, el trato digno y respetuoso, así como la calidez.

En cuanto a los tiempos del internamiento, las dos primeras fases tienen una duración aproximada de 32 a 38 días, según convenga. Este periodo tiene como objetivo fortalecer el proceso de abstinencia y la reintegración a las actividades cotidianas. Después de dicho periodo, se realiza un tratamiento continuo que consiste en la programación de sesiones de terapia grupal para sensibilizar a los pacientes sobre la importancia de llevar una vida familiar sana, así como para prevenir posibles recaídas.

Cabe mencionar que esta clínica de rehabilitación cuenta con un programa de intervención; se trata de una asesoría profesional que la familia de la persona con problemas de adicciones solicita. Ésta consiste en una visita del personal de la clínica a la persona consumidora para sensibilizarla de su enfermedad. Este proceso se realiza a través de métodos cautelosos que involucran acciones de “amor firme y la honestidad”. Lo anterior para romper los mecanismos de defensa por los cuales se rechaza la ayuda profesional por parte del enfermo.

En estas intervenciones, se le ofrece al adicto una plática introductoria sobre la enfermedad, donde se le explica de qué manera puede el tratamiento ayudarlo a combatirla. Así, se informa sobre las consecuencias del consumo constante de alcohol y drogas. Por último, se les ofrece la opción del tratamiento internado para rehabilitarse y conseguir una vida sana.

3.3.2 Selección de muestra

Se eligió una muestra aleatoria de 51 pacientes, sin un criterio definido sobre su edad o género. Se trató de quienes acudieron a recibir tratamiento residencial a la clínica, ya sea como primera vez o de forma subsecuente.

3.3.3 *Análisis estadístico*

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó con el software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 22, esto con la finalidad de presentar un barrido estadístico de carácter descriptivo que permitiera presentar los resultados en tablas y gráficas para una mejor interpretación de los hallazgos principales de la investigación.

3.3.4 *Criterio de inclusión*

La selección de la muestra se determinó en función de que los pacientes cumplieran con los criterios estipulados sobre la dependencia a sustancias, de acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) versión IV.

3.3.5 *Criterios de exclusión*

Se excluyeron de la muestra a los pacientes que no cumplieron con las pautas señaladas en el DSM IV para la dependencia a sustancias, o bien, que no desearan contestar la encuesta.

3.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: CUESTIONARIO DE COERCIÓN PERCIBIDA AL INGRESO A UN TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIA

En contraste con la amplia investigación que evalúa la teoría de los aspectos sociales, son muy pocos los estudios que incorporan la coerción percibida por el paciente al momento de ingresar a un centro de rehabilitación. Para analizar este último enfoque, la medida más utilizada en entornos de tratamiento de adicciones es la MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS) —traducida al español como Escala de Percepción de Coerción de MacArthur—. Este instrumento fue desarrollado por investigadores de la Red de Investigación MacArthur con el propósito de evaluar las percepciones de los pacientes psiquiátricos en general, así como de aquellos que se encuentran en proceso de admisión hospitalaria (Bergk, Flammer y Steinert, 2010).

Otra escala más actualizada es el Cuestionario de Coerción Percibida —en inglés denominado Perceived Coercion Questionnaire (PCQ)—, el cual se aplica al ingresar a un tratamiento de abuso de sustancias, cuya evaluación permite obtener datos específicos sobre la fuente de coerción. Además, su estructura ofrece como ventaja la posibilidad de ser aplicado únicamente para los pacientes que ingresan a un tratamiento residencial (Klag, Creed y O’Callaghan, 2006).

3.3.1 *Desarrollo y composición del instrumento de medición y coerción*

Para evaluar el grado de coerción en pacientes dependientes que ingresan a un tratamiento residencial, se retomó el Cuestionario de Coerción Percibida, cuyo idioma original es el inglés, ya que su validación se realizó en Estado Unidos (Klag et al., 2006). A grandes rasgos, la estructura del instrumento consta de treinta variables que agrupan seis subescalas de medición en las siguientes áreas: personal, familiar, legal, económica, salud y laboral (Tabla 2). Asimismo, cada tópico incluye cinco preguntas que pueden ser respondidas a través de cinco opciones distintas en escala tipo Likert, donde 1 = no; 2 = probablemente no; 3 = lo desconozco; 4 = probablemente sí; y 5 = sí.

De acuerdo con Klag et al. (2006), este instrumento de medición tiene una consistencia interna entre 0.74 y 0.87 como valores de Alfa de Cronbach; por lo cual, su fiabilidad es válida.

Tabla 2. Formato original del Cuestionario de Coerción Percibida

I felt pressured to enter this drug/alcohol treatment program because . . .

1. I know that I'm an addict/alcoholic and that I need rehab to get off drugs/alcohol.
2. Entering this program is my last and only hope.
3. I don't know where else to go and what else to do.
4. I feel horrified and ashamed of the person I have turned into.
5. My family kept telling me what a bad person I have turned into and how messed up I am.
6. I'm sick and tired of losing everything (e.g., things, people etc.) to drugs/alcohol.
7. My family was constantly on my back, telling me that I have a drug/alcohol problem.
8. My family made me feel guilty by telling me how much I hurt them.
9. I was told that I am destroying my family through my behaviour.
10. Members of my family got upset all the time about my drug/alcohol use (crying, screaming etc.).
11. I was legally required.
12. I had the choice between jail and rehab.
13. People from the legal system (e.g., police) kept knocking on my door, threatening me with jail.
14. People in the legal system forced me to do this.
15. I didn't want to do time in jail.
16. I'm up to my ears in financial problems and don't know what to do.
17. I wanted to escape people/institutions that are after me for money.
18. I have lost all financial support (e.g., from family, banks, government departments etc.).
19. I have no money to support myself.
20. I'm sick and tired of being in debt.
21. Of my bad health.
22. I have had enough of being sick all the time.
23. I am scared of the negative consequences on my health if I don't stop using/drinking.
24. Health care professionals (e.g., doctors, psychologists etc.) kept telling me that I need rehab.
25. People kept telling me how sick I look.
26. I lost my job due to my substance use.
27. My employer threatened to sack me.
28. My colleagues at work kept telling me that I need rehab.
29. My work colleagues complained about me.
30. I got into a lot of trouble at work because of my substance abuse.

Fuente: Klag et al. (2006).

3.3.2 Prueba piloto

Con el fin de poner en práctica el Cuestionario de Coerción Percibida por el paciente al ingreso de un internamiento, primero se tradujo su contenido original al idioma español, esto con el apoyo de un médico y un paciente, cuya lengua materna es el inglés. Después, el instrumento se aplicó a una muestra de diez y siete pacientes. Sin embargo, al validar el cuestionario se encontró un Alfa de Cronbach de 0.658, cifra menor a 0.74 que corresponde a la mínima establecida por el formato original.

La disminución en la fiabilidad de la prueba piloto se localizó en la evaluación del área legal (preguntas 11 a 15), pues los cinco ítems que registran este ámbito mostraron un Alfa de Cronbach de -0.19 ; aquí, cabe mencionar que el valor es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre los elementos. Así, los resultados anteriores permiten interpretar que en México no se ejerce presión legal para el ingreso a centros de tratamiento residencial

En consecuencia, se decidió eliminar la subescala legal para estructurar el cuestionario únicamente con veinticinco preguntas (Tabla 3). De esta forma fue posible llegar a 0.79 de Alfa de Cronbach en el análisis de consistencia interna.

Tabla 3. Formato editado del Cuestionario de Coerción Percibida

Me sentí presionado para entrar en este internamiento de adicciones porque...
1. Sé que soy un adicto/alcohólico y necesito rehabilitación para dejar el consumo.
2. Entrar a este internamiento es mi única y última esperanza de recuperación.
3. No sé a dónde ir ni qué hacer para recuperarme.
4. Me siento decepcionado/avergonzado de la persona en que me he convertido.
5. Estoy preocupado de perder a personas o bienes debido a las drogas y el alcohol.
6. Mi familia me dice que soy una mala persona y me veo en mal estado.

Me sentí presionado para entrar en este internamiento de adicciones porque...

7. **Mi familia está constantemente en mi contra al decirme que tengo problemas con el alcohol/drogas.**
8. **Mi familia me hace sentir culpable cuando me dicen lo mucho que les duele mi problema de adicción.**
9. **Me dicen que estoy desintegrando a mi familia a causa de mi comportamiento.**
10. **Mi familia se enoja todo el tiempo debido a mi consumo de alcohol/ drogas.**
11. **Estoy en graves problemas económicos y no sé qué hacer.**
12. **Quiero ocultarme de personas o instituciones que me están buscando por mis deudas.**
13. **He perdido todo el apoyo financiero (familia, bancos, gobierno, etc.).**
14. **No tengo dinero ni para mantenerme a mí mismo.**
15. **Estoy desesperado por tener tantas deudas.**
16. **Tengo muy mala salud a consecuencia de mi consumo de alcohol/drogas.**
17. **Estoy agobiado por estar enfermo todo el tiempo.**
18. **Tengo miedo de las consecuencias negativas en mi salud si no detengo mi consumo.**
19. **El personal de salud (médicos, psicólogos) me dice que necesito el internamiento.**
20. **La gente me dice que me veo mal físicamente.**
21. **Perdí el trabajo o la escuela debido a mi consumo de alcohol/drogas.**
22. **Tengo amenaza de perder mi trabajo/escuela si no me interno en este tratamiento.**
23. **Mis compañeros de trabajo/escuela dicen que necesito tratamiento de rehabilitación.**

Me sentí presionado para entrar en este internamiento de adicciones porque...

24. **Mis compañeros de trabajo/escuela se quejan de mí a causa de mi consumo.**

25. **Tengo problemas en mi trabajo a causa de mi adicción.**

Fuente: elaboración propia con información de Klag et al. (2006).

En suma, el instrumento que se aplicó constó de 25 preguntas o situaciones hipotéticas que debían responderse mediante cinco opciones en escala tipo Likert: (1) No; (2) Probablemente no; (3) Lo desconozco; (4) Probablemente sí; (5) Sí. Las respuestas obtenidas se procesaron mediante el programa de cómputo SPSS y se representaron de manera gráfica y en tablas para una interpretación clara de la percepción de coerción en la muestra.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1 PRINCIPALES HALLAZGOS DEL CUESTIONARIO DE COERCIÓN PERCIBIDA

A continuación, se presentan las tablas y las gráficas derivadas del análisis estadístico descriptivo que se realizó a partir del procesamiento de la información con el programa de cómputo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22.

4.1.1 Prueba de distribución normal y consistencia interna

Tabla 4. Pruebas de distribución normal

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total_Subescalas	.081	51	.200*	.973	51	.305

Nota. ^o Límite inferior de la significación verdadera.

^a Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Resultado de Alfa de Cronbach según elementos estandarizados

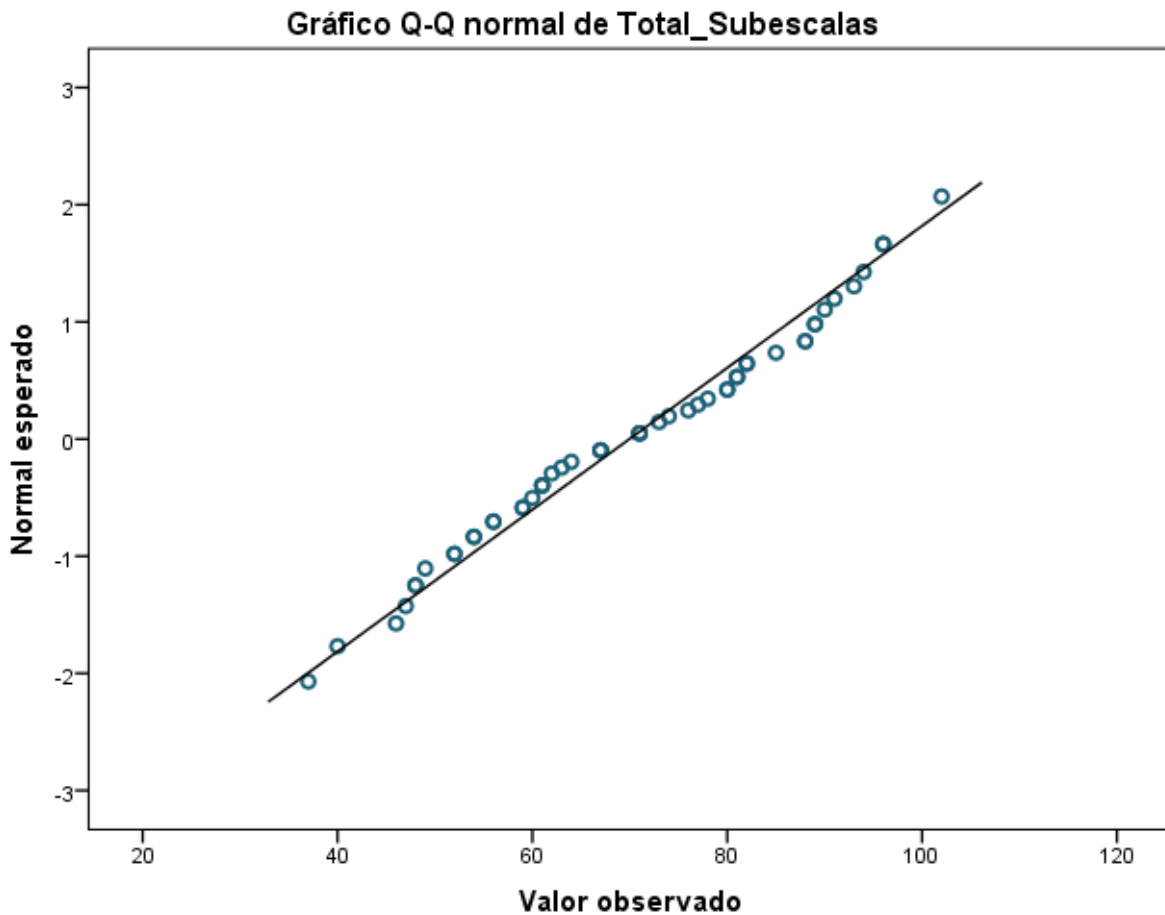
Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	No. de elementos
.840	.843	25

Fuente: elaboración propia.

Con base en las cifras registradas en las Tablas 4 y 5, se observa que los datos recolectados tienen una distribución normal. Del mismo modo, se detalla que el

estudio cuenta con un valor aceptable de consistencia interna, el cual señala un Alfa de Cronbach de 0.84.

Figura 1. Distribución de los valores observados



Fuente: elaboración propia.

Después de realizar una revisión de la muestra en relación con los valores normales esperados, se observó que no existen valores tan alejados de la media estadística.

Debido a esta ventaja, fue factible utilizar la prueba T para la comprobación de la hipótesis planteada.

4.1.2 Características generales de la muestra

Tabla 6. Selección por frecuencia de género

	Género	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	38	74.5
	Femenino	13	25.5
	Total	51	100.0

Fuente: elaboración propia.

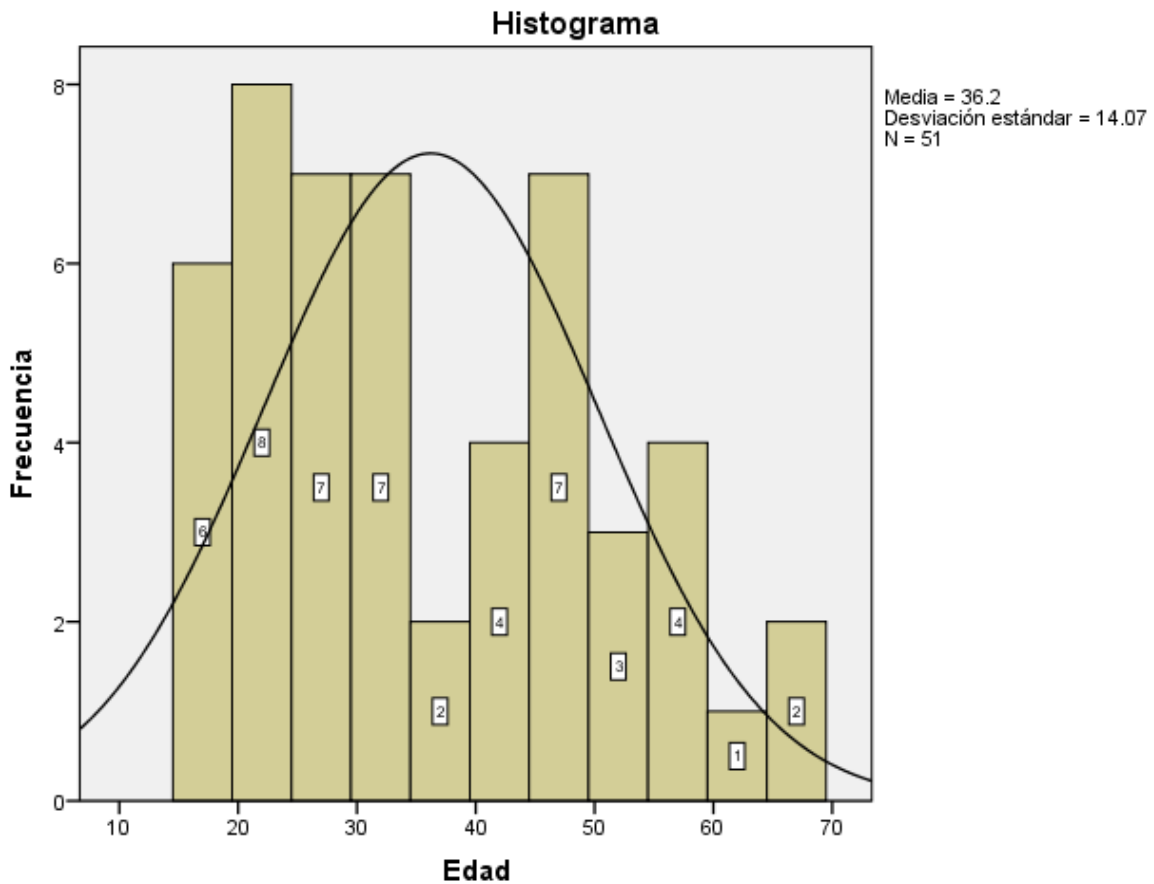
Tabla 7. Selección por frecuencia de edad

N	51
Media	36.20
Mediana	32.00
Moda	17 ^a
Desviación estándar	14.070
Rango	50
Mínimo	17
Máximo	67

Nota. ^a Existen múltiples modos, pero sólo se muestra el valor más pequeño.

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Distribución de la edad de los pacientes



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con lo observado en la Figura 2, se comprueba que el consumo de drogas posee mayor prevalencia en la población joven; las edades oscilan entre los veinte y treinta años. Por el contrario, en pacientes de la tercera edad hay una notable disminución en la frecuencia del consumo de drogas.

Tabla 8. Características generales de la muestra por género

Categoría	Subcategoría	Hombres n=38 (74.5%)	Mujeres n= 13 (25.5%)	Total n= 51 (100%)
Por grupo de edad	15 a 19 años	5 9.8%	1 2.0%	6 11.8%
	20 a 24 años	6 11.8%	2 3.9%	8 15.7%
	25 a 29 años	3 5.9%	4 7.8%	7 13.7%
	30 a 34 años	5 9.8%	2 3.9%	7 13.7%
	>35 años	19 37.3%	4 7.8%	23 45.1%
Estado Civil	Soltero	18 35.3%	9 17.6%	27 52.9%
	Casado	14 27.5%	1 2.0%	15 29.4%
	Unión Libre	4 7.8%	1 2.0%	5 9.8%
	Divorciado	2 3.9%	2 3.9%	4 7.8%
Ocupación	Empleado	33 64.7%	9 17.6%	42 82.4%
	Desempleado	5 9.8%	4 7.8%	9 17.6%
Internamiento	Primera Vez	31 60.8%	13 25.5%	44 86.3%
	Subsecuente	7 13.7%	0 0.0%	7 13.7%
Legalidad de la sustancia	Legal	14 27.5%	9 17.6%	23 45.1%
	Illegal	4 7.8%	0 0.0%	4 7.8%
	Ambas	20 39.2%	4 7.8%	24 47.1%

Fuente: elaboración propia.

A partir de la información expuesta en la Tabla 8, se visualiza la relación que hay entre el género y cada variable categórica de la muestra; estos datos permiten conocer mejor a los sujetos de estudio y, así, determinar si tales valores también tienen relación con la coerción.

4.1.3 Percepción de coerción personal

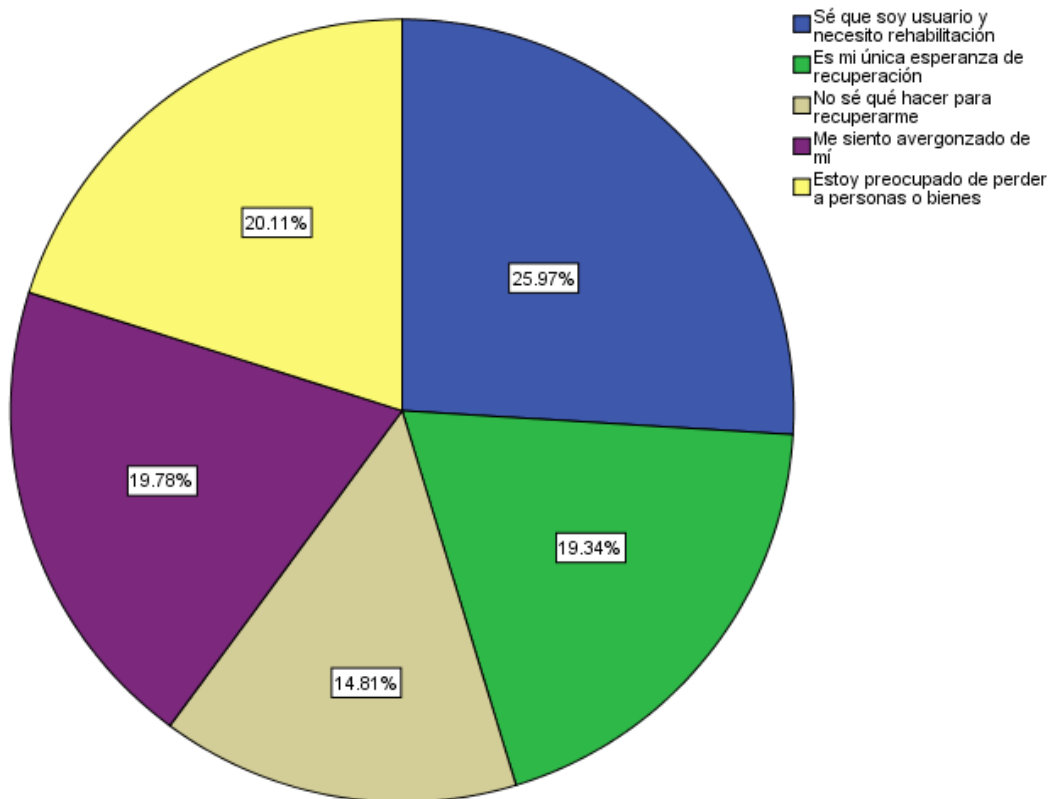
Tabla 9. Respuestas por cada ítem del área personal

Ítem		Recuento	% del N de tabla
Sé que soy un adicto y necesito rehabilitación para dejar el consumo.	No	1	2.0%
	Probablemente no	1	2.0%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	9	17.6%
	Sí	38	74.5%
Entrar a este internamiento es mi única y última esperanza de recuperación.	No	8	15.7%
	Probablemente no	9	17.6%
	No lo sé	4	7.8%
	Probablemente sí	13	25.5%
	Sí	17	33.3%
No sé a dónde ir ni qué hacer para recuperarme.	No	20	39.2%
	Probablemente no	8	15.7%
	No lo sé	4	7.8%
	Probablemente sí	9	17.6%
	Sí	10	19.6%
Me siento decepcionado o avergonzado de la persona en que me he convertido.	No	12	23.5%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	9	17.6%
	Sí	23	45.1%
Estoy preocupado de perder a personas o bienes debido a las drogas y el alcohol.	No	10	19.6%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	4	7.8%
	Probablemente sí	10	19.6%
	Sí	22	43.1%

Fuente: elaboración propia.

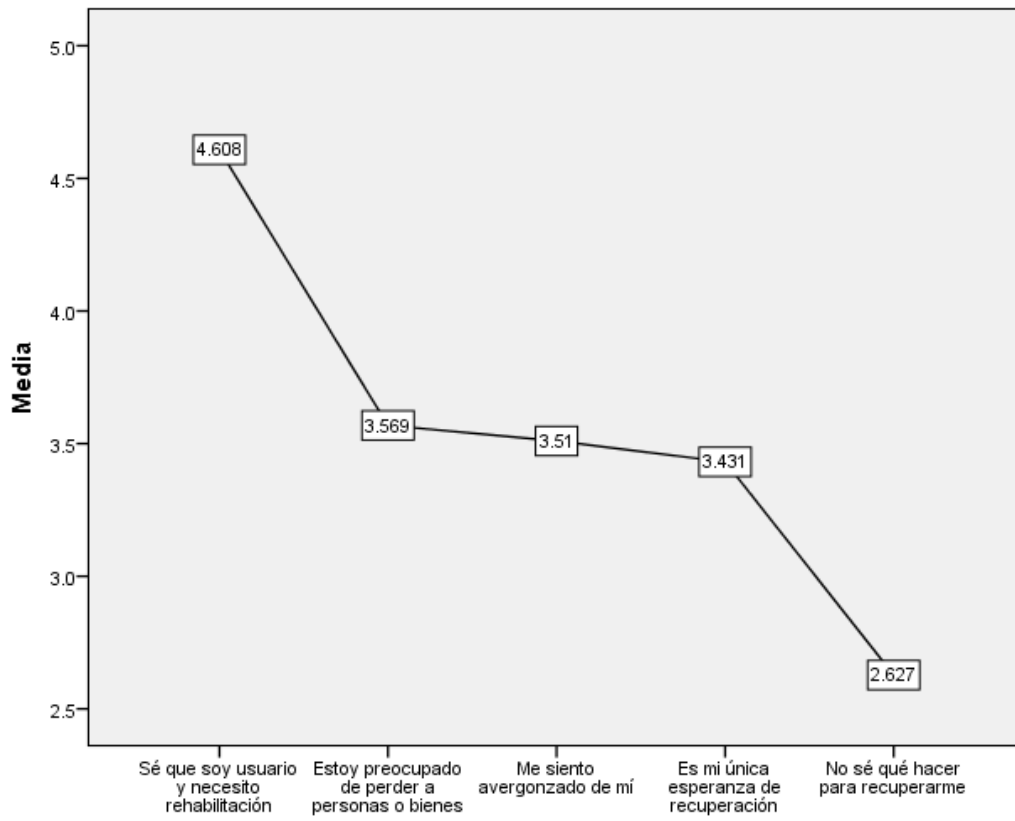
De acuerdo con los resultados obtenidos en la Tabla 9, se sostiene que el área personal juega un papel trascendente para el ejercicio de la coerción. Esta afirmación puede ser corroborada con el 74.5% de los pacientes, quienes admiten ser usuarios de drogas, mientras que el 45% se siente avergonzado de ello.

Figura 3. Subescala personal (% total por pregunta)



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Subescala personal, comparación de medias (descendente)



Fuente: elaboración propia.

4.1.4 *Percepción de coerción familiar*

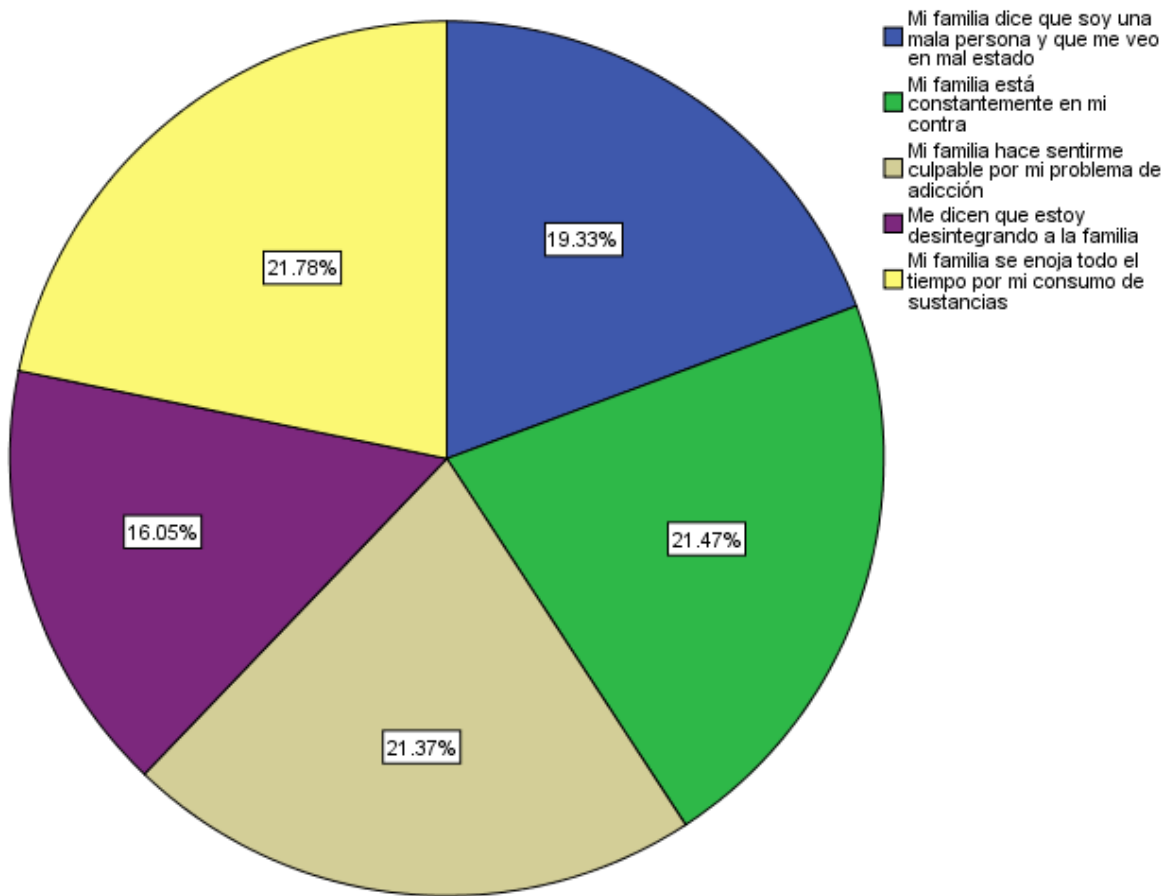
Tabla 10. Respuestas por cada ítem del área familiar

Ítem		Recuento	% del N de tabla
Mi familia me dice que soy una mala persona y me veo en mal estado.	No	8	15.7%
	Probablemente no	3	5.9%
	No lo sé	7	13.7%
	Probablemente sí	11	21.6%
Mi familia está constantemente en mi contra al decirme que tengo problemas con las drogas.	Sí	22	43.1%
	No	4	7.8%
	Probablemente no	4	7.8%
	No lo sé	3	5.9%
Mi familia me hace sentir culpable cuando me dicen lo mucho que les duele mi problema de adicción.	Probablemente sí	11	21.6%
	Sí	29	56.9%
	No	3	5.9%
	Probablemente no	7	13.7%
Me dicen que estoy desintegrando a mi familia a causa de mi comportamiento.	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	11	21.6%
	Sí	29	56.9%
	No	13	25.5%
Mi familia se enoja todo el tiempo debido a mi consumo de drogas.	Probablemente no	8	15.7%
	No lo sé	6	11.8%
	Probablemente sí	10	19.6%
	Sí	14	27.5%
Mi familia se enoja todo el tiempo debido a mi consumo de drogas.	No	3	5.9%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	13	25.5%
Mi familia se enoja todo el tiempo debido a mi consumo de drogas.	Sí	29	56.9%

Fuente: elaboración propia.

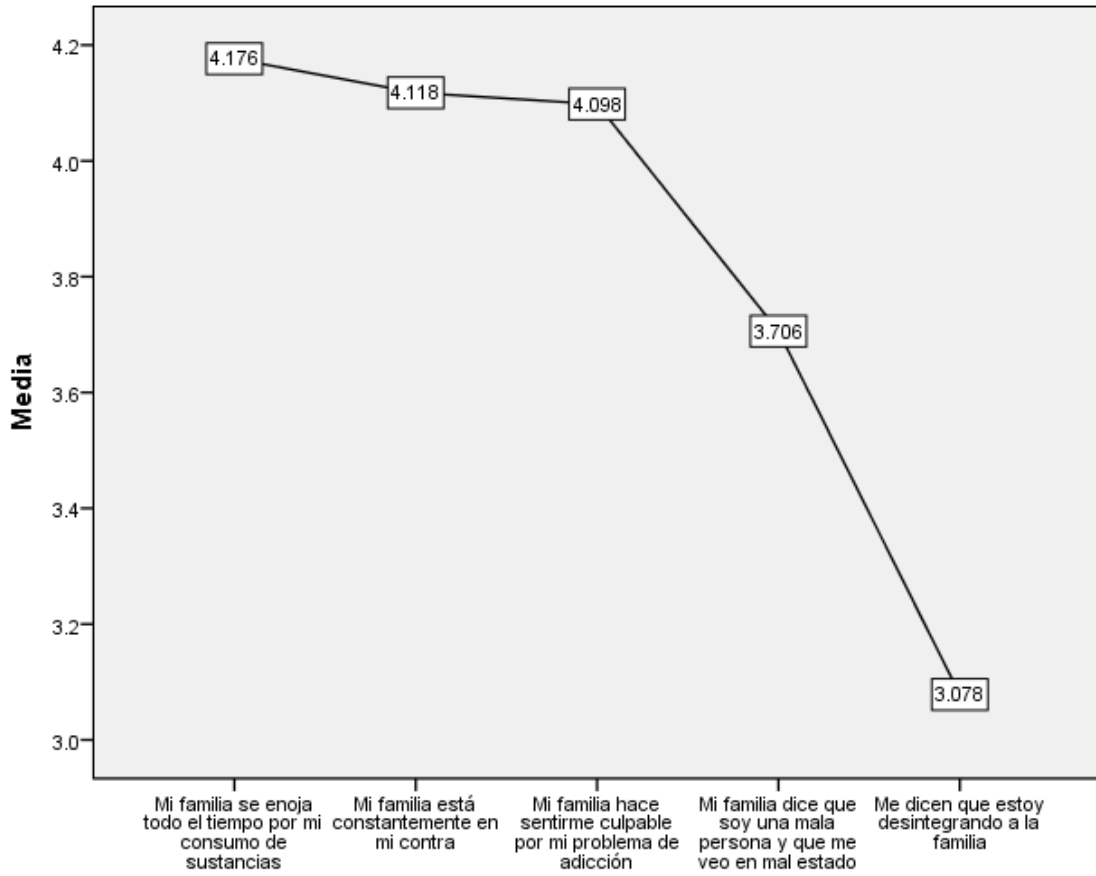
En la Tabla 10, se confirma que el ámbito familiar ejerce una mayor coerción hacia un paciente adicto, pues es el vínculo parental más afectado ante la problemática. Una muestra de ello se observa en los resultados obtenidos, ya que el 56.9% de la muestra percibe a su familia enojada y en contra del paciente.

Figura 5. Subescala familiar (% total por pregunta)



Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Subescala familiar, comparación de medias (descendente)



Fuente: elaboración propia.

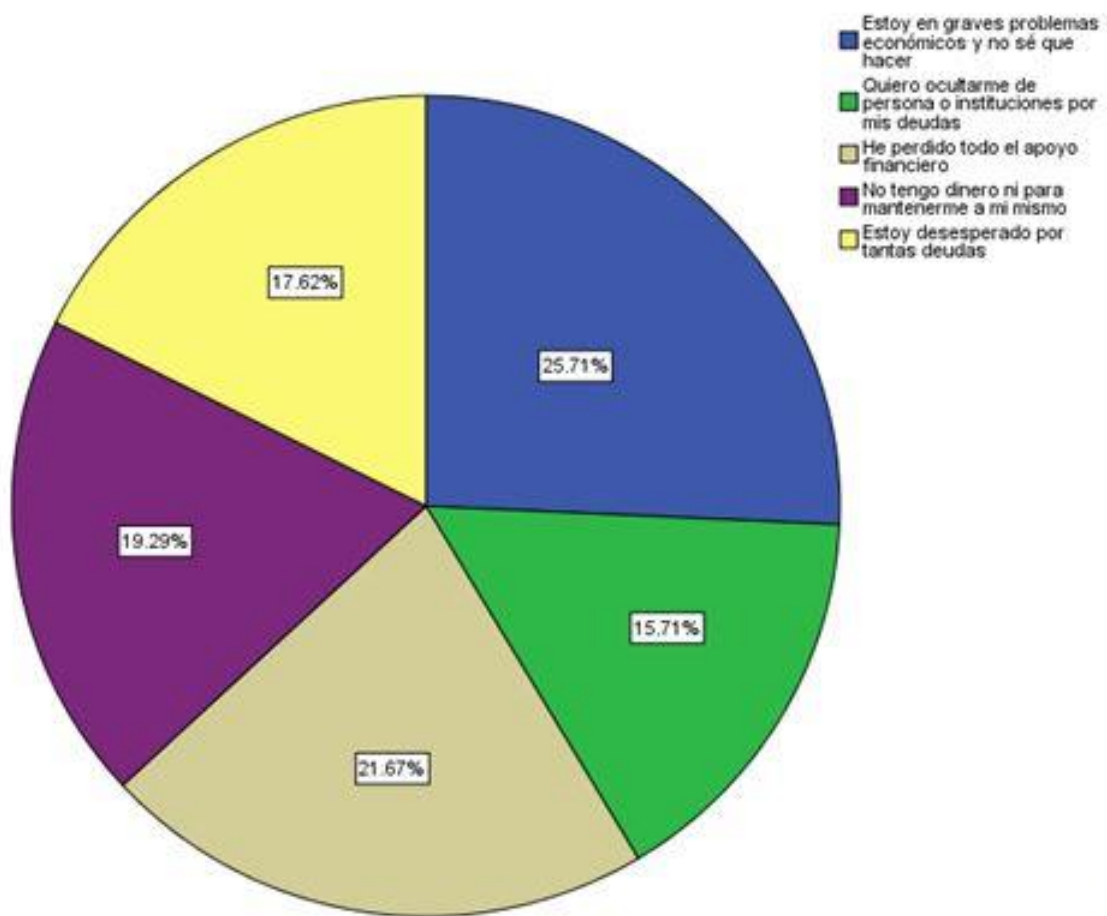
4.1.5 *Percepción de coerción económica***Tabla 11. Respuestas por cada ítem del área económica**

Ítem		Recuento	% del N de tabla
Estoy en graves problemas económicos y no sé qué hacer.	No	26	51.0%
	Probablemente no	11	21.6%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	6	11.8%
	Sí	6	11.8%
Quiero ocultarme de personas o instituciones debido a mis deudas.	No	42	82.4%
	Probablemente no	6	11.8%
	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	1	2.0%
	Sí	1	2.0%
He perdido todo el apoyo financiero (familia, bancos, gobierno, etc.).	No	29	56.9%
	Probablemente no	13	25.5%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	5	9.8%
	Sí	2	3.9%
No tengo dinero ni para mantenerme a mí mismo.	No	32	62.7%
	Probablemente no	14	27.5%
	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	2	3.9%
	Sí	2	3.9%
Estoy desesperado por tener tantas deudas.	No	41	80.4%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	0	0.0%
	Probablemente sí	2	3.9%
	Sí	3	5.9%

Fuente: elaboración propia.

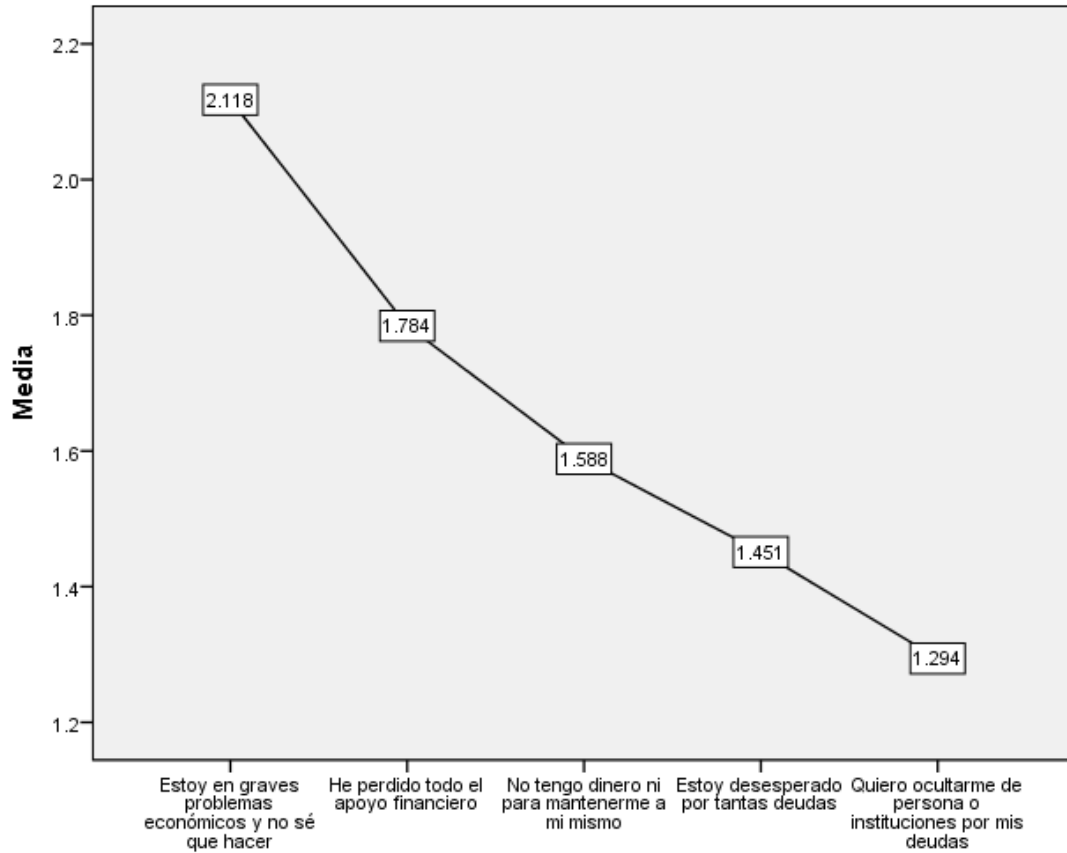
En definitiva, el rubro económico posee menor carga de coerción, debido a que su porcentaje más alto fue de 11.8%. Cabe destacar que la institución donde se aplicó el instrumento es de servicio particular, la cual atiende a pacientes de nivel económico medio-alto y, probablemente, este sea el motivo del sesgo indicado por la Tabla 11.

Figura 7. Subescala económica (% total por pregunta)



Fuente: elaboración propia.

Figura 8. Subescala económica, comparación de medias (descendente)



Fuente: elaboración propia.

4.1.6 *Percepción de coerción en salud*

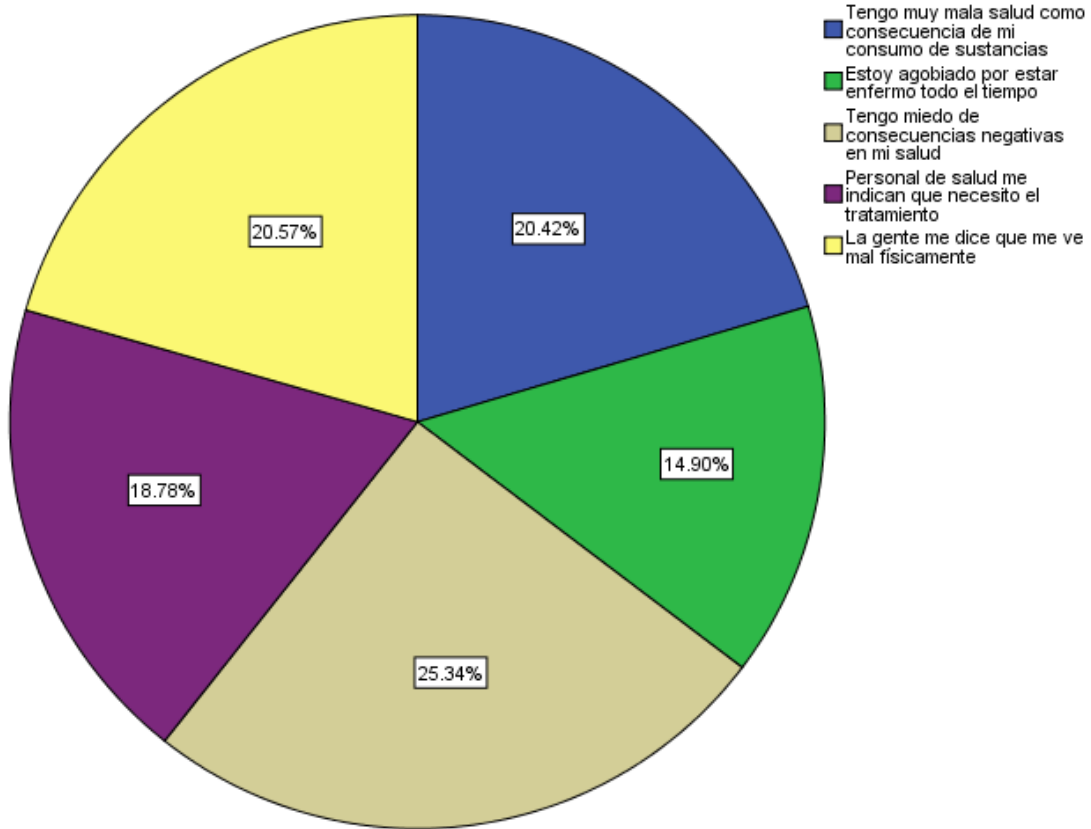
Tabla 12. Respuestas por cada ítem del área de salud

Ítem		Recuento	% del N de tabla
Tengo muy mala salud a consecuencia de mi consumo de drogas.	No	19	37.3%
	Probablemente no	7	13.7%
	No lo sé	4	7.8%
	Probablemente sí	13	25.5%
	Sí	8	15.7%
Estoy agobiado por estar enfermo todo el tiempo.	No	30	58.8%
	Probablemente no	10	19.6%
	No lo sé	0	0.0%
	Probablemente sí	5	9.8%
	Sí	6	11.8%
Tengo miedo de las consecuencias negativas en mi salud si no detengo mi consumo.	No	16	31.4%
	Probablemente no	3	5.9%
	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	10	19.6%
	Sí	21	41.2%
El personal de salud (médicos, psicólogos) me dice que necesito el internamiento.	No	27	52.9%
	Probablemente no	6	11.8%
	No lo sé	0	0.0%
	Probablemente sí	3	5.9%
	Sí	15	29.4%
La gente me dice que me veo mal físicamente.	No	19	37.3%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	8	15.7%
	Probablemente sí	10	19.6%
	Sí	9	17.6%

Fuente: elaboración propia.

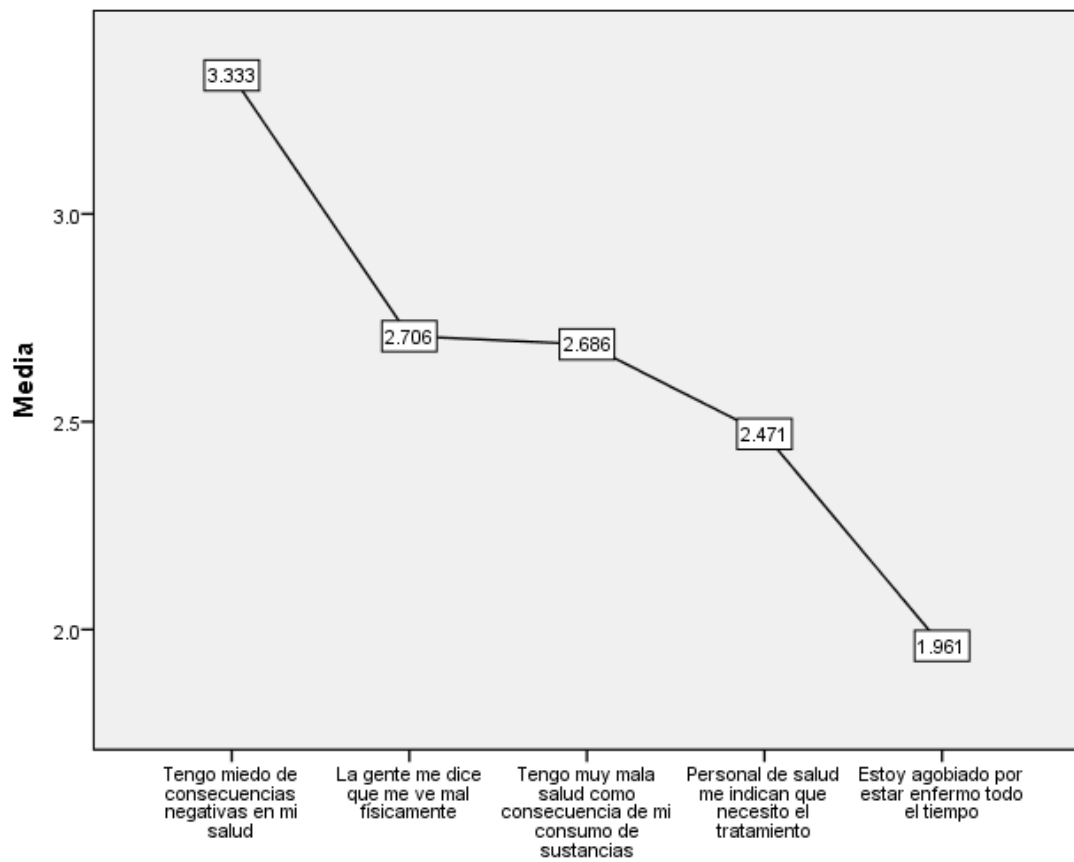
Según los datos de la Tabla 12, la subescala de la salud es la más equilibrada en cuanto a porcentaje de coerción por cada ítem se refiere. Lo anterior significa que aunque el paciente puede identificar su problema de adicción, esto complica su estado de salud.

Figura 9. Subescala de salud (% total por pregunta)



Fuente: elaboración propia.

Figura 10. Subescala de salud, comparación de medias (descendente)



Fuente: elaboración propia.

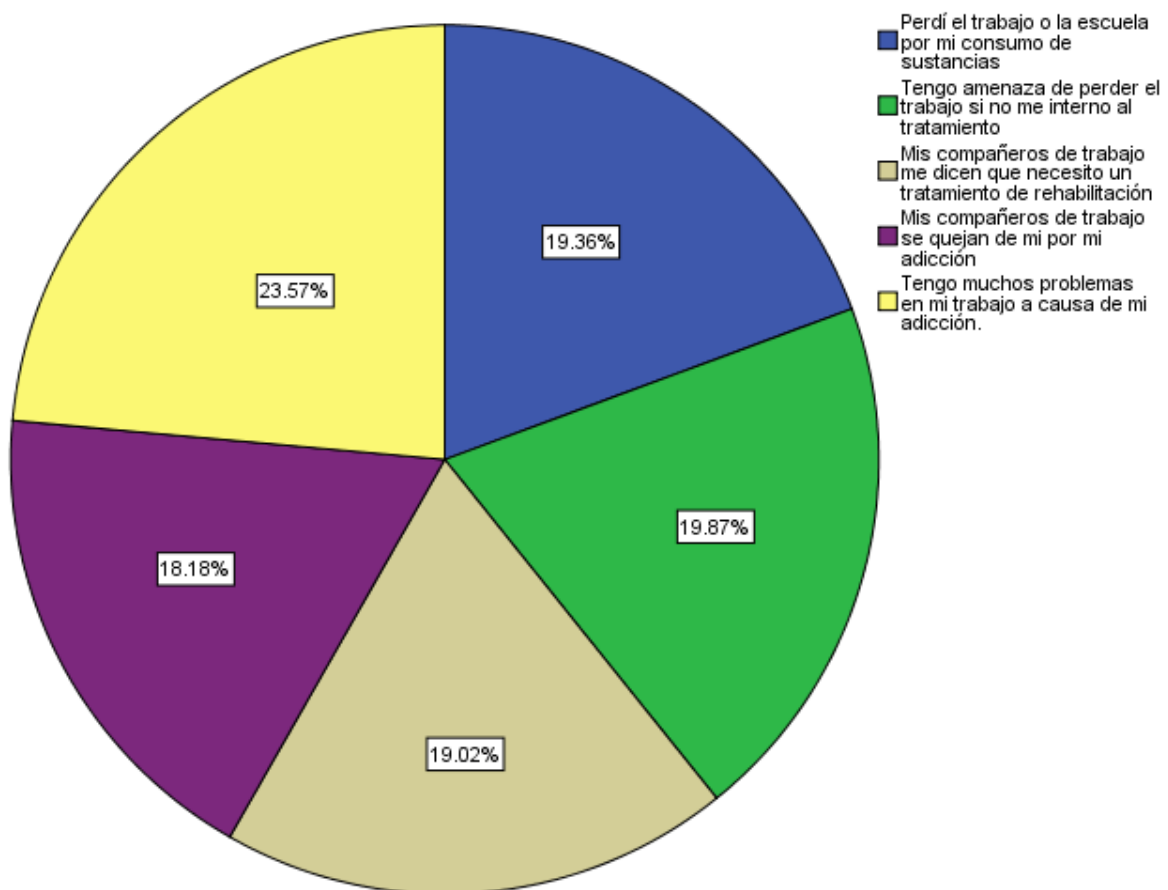
4.1.7 *Percepción de coerción en el trabajo***Tabla 13. Respuestas por cada ítem del área de trabajo**

Ítem		Recuento	% del N de tabla
Perdí el trabajo o la escuela debido a mi consumo de drogas.	No	27	52.9%
	Probablemente no	9	17.6%
	No lo sé	0	0.0%
	Probablemente sí	5	9.8%
	Sí	10	19.6%
Tengo amenaza de perder el trabajo si no me interno en este tratamiento.	No	26	51.0%
	Probablemente no	6	11.8%
	No lo sé	1	2.0%
	Probablemente sí	13	25.5%
	Sí	5	9.8%
Mis compañeros de trabajo dicen que necesito un tratamiento de rehabilitación.	No	28	54.9%
	Probablemente no	7	13.7%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	5	9.8%
	Sí	9	17.6%
Mis compañeros de trabajo se quejan de mí debido a mi adicción.	No	29	56.9%
	Probablemente no	5	9.8%
	No lo sé	4	7.8%
	Probablemente Sí	8	15.7%
	Sí	5	9.8%
Tengo problemas en mi trabajo a causa de mi adicción.	No	23	45.1%
	Probablemente no	1	2.0%
	No lo sé	2	3.9%
	Probablemente sí	16	31.4%
	Sí	9	17.6%

Fuente: elaboración propia.

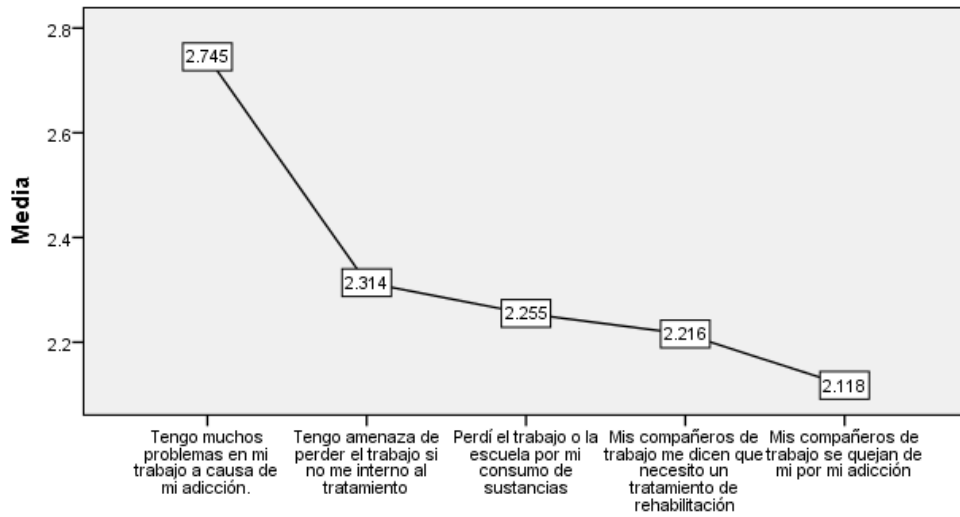
A razón de que la adicción, como problema crónico del paciente, comienza a afectar su desempeño laboral, esta subescala también representa un medio de coerción. Por tanto, con base en la aplicación del cuestionario, se encontró que la subescala del trabajo ocupa la cuarta posición de cinco áreas a considerar para medir el grado de presión percibida al ingresar a un tratamiento de rehabilitación.

Figura 11. Subescala de trabajo (% total por pregunta)



Fuente: elaboración propia.

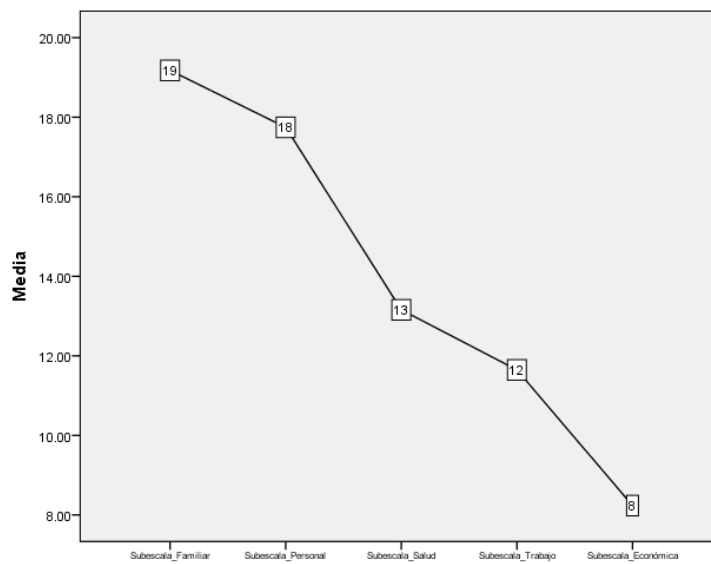
Figura 12. Subescala de trabajo, comparación de medias (descendente)



Fuente: elaboración propia.

4.1.8 Análisis global sobre la coerción percibida

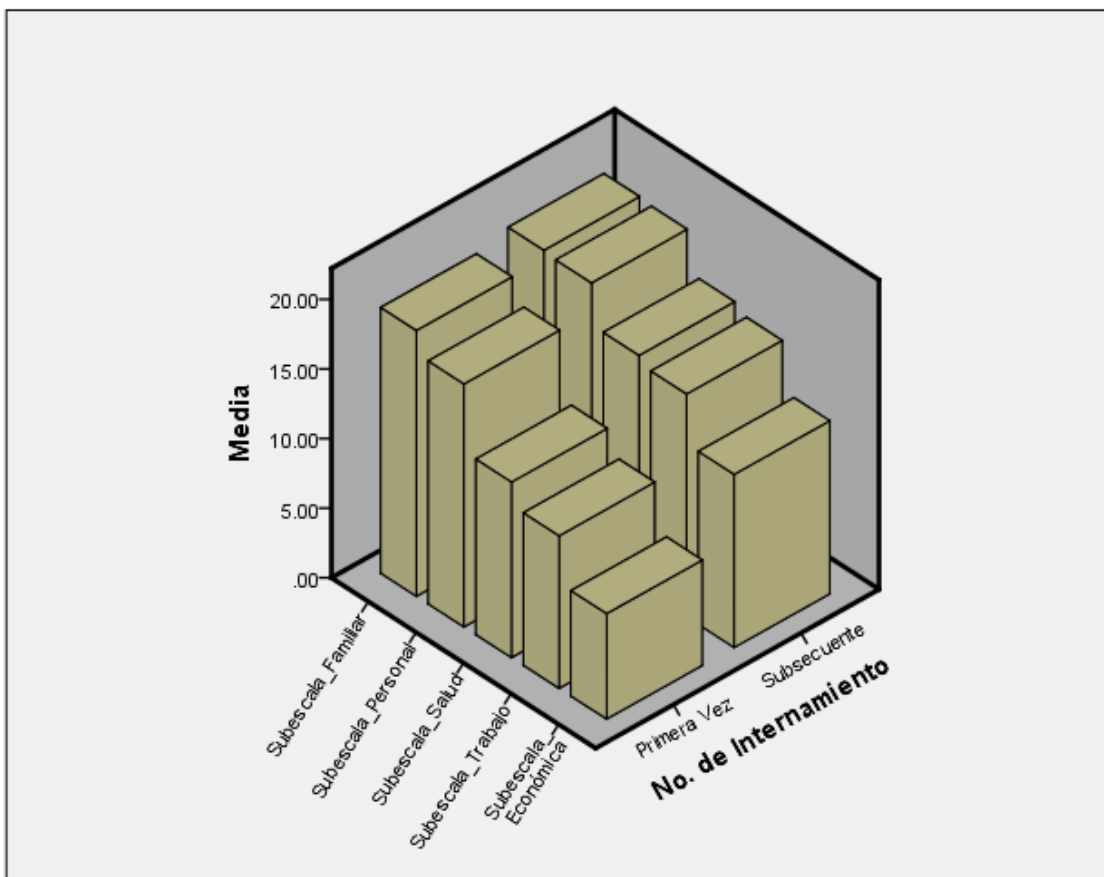
Figura 13. Comparación global sobre coerción percibida en pacientes usuarios de sustancias adictivas



Fuente: elaboración propia.

A manera de síntesis, la Figura 13 permite detectar que la familia es la subescala con mayor coerción para el paciente, mientras que el área personal ocupa la segunda posición. Lo anterior hace factible afirmar que antes de que el mismo paciente se dé cuenta de su problemática, el lazo familiar es el primero en verse afectado por el consumo de drogas de la persona.

Figura 14. Análisis global de coerción percibida (n= 51)



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en la Figura 14 se observa que cuando un paciente usuario de sustancias adictivas reingresa a rehabilitación, el grado de coerción aumenta proporcionalmente en cada una de las subescalas exploradas en el instrumento.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EMPÍRICA

De acuerdo con la información obtenida del estudio de campo, en el presente acápite se recuperan los hallazgos estadísticos de mayor relevancia en el estudio de la coerción percibida por pacientes ingresados a tratamientos residenciales para combatir la adicción. Si bien la investigación de campo no es representativa de la población que es sometida a rehabilitación en contra de su voluntad, los resultados derivados de ella sirven como punto de referencia en el contexto mexicano. Aquí, su valor e importancia en la construcción de un debate desde la perspectiva bioética.

El Cuestionario de Coerción Percibida aplicado a pacientes de una clínica de rehabilitación de la Ciudad de México, se compone de cinco áreas de percepción: personal, familiar, económica, en salud y en el trabajo.⁵ De acuerdo con la metodología de este instrumento, cada una de las subescalas permite evaluar el grado de coerción en pacientes adictos que son ingresados a tratamientos residenciales.

Como se mencionó en el acápite referente a la metodología, cada área fue explorada a partir de cinco preguntas que podían ser respondidas mediante cinco opciones en escala de Likert: (1) no, (2) probablemente no, (3) lo desconozco, (4) probablemente sí y (5) sí. Sobre los resultados derivados, si bien no son representativos de la percepción de todos los pacientes de la Ciudad de México, su validez e importancia en el presente estudio radica tanto en la confiabilidad del instrumento de medición —por sus categorías y métodos de análisis— como en la actualidad y aporte que hace del contexto mexicano.

⁵ Cabe recordar que después de la prueba piloto, se decidió eliminar la subescala legal del cuestionario porque no cumplía con los estándares de validez estadística. Esto probablemente se debió a que en México las autoridades no ejercen una presión legal para que las personas con problemas de adicción ingresen a tratamientos de índole residencial.

El Cuestionario de Coerción Percibida se aplicó a una muestra de 51 unidades estadísticas, de las cuales el género masculino tuvo una frecuencia de 38 unidades, mientras que el femenino, de 13 unidades. A partir de los hallazgos obtenidos, se identificó que un porcentaje alto de la población entrevistada que recibe tratamiento en esta clínica tenían una edad promedio de 36.20 años, con una mediana de 32 y una moda de 17. Esto significa que de acuerdo con el perfil sociodemográfico reconocido, el sector de la población más afectada por las adicciones son los jóvenes.

De manera específica, los resultados mostraron que, en su mayoría, los pacientes de género masculino eran adultos, mayores a 35 años (37.3%), solteros (35.3%), que se desempeñaban como empleados (64.7%) y que acostumbraban a consumir con frecuencia sustancias legales e ilegales (39.2%). Por otra parte, la mayoría de las pacientes del género femenino tenían una edad que oscilaba entre los 25 y 35 años (15.6%), eran solteras (17.6%), se ocupaban como empleadas (17.6%) y acostumbraban a consumir sustancias legales (17.6%).

Respecto de la información precedente, sobresale que los hombres encuestados preferían consumir sustancias legales e ilegales (39.2%), tales como los opioides y las metanfetaminas, mientras que las mujeres optaban por sustancias permitidas por la ley (17.6%), como lo son el alcohol y el tabaco. También sobre el perfil sociodemográfico vale mencionar que 86.3% de los encuestados reportó que era la primera vez que asistían a un tratamiento residencial para atender su problema de adicción.

En cuanto a la subescala de percepción de coerción personal, la mayoría de los entrevistados (74.5%) aceptó ser una persona adicta y, por ello, creían necesitar ayuda para dejar el consumo de sustancias nocivas. Sobre los tratamientos y sus procedimientos, sólo el 33% de ellos consideraba que el internamiento al que se encontraba sometidos era la única y última esperanza de recuperación. No obstante, un porcentaje considerable de la población expresó que no desconoce qué hacer o a dónde ir para recuperarse (39.2%).

En cuanto a los sentimientos que tienen los pacientes sobre sí mismos, un poco menos de la mitad (45.1%) manifestó que se siente decepcionado o avergonzado

por la transformación que tuvo su persona a partir del consumo abusivo de sustancias adictivas. También un porcentaje alto (43.1%) admitió que está preocupado de perder a las personas más cercanas o sus principales bienes por culpa de la adicción.

Por las respuestas anteriores, se infiere que los pacientes en tratamiento residencial son conscientes de su enfermedad y saben que necesitan ayuda para rehabilitarse. Entonces, en términos personales, la percepción de coerción es mínima, ya que la mayoría de los encuestados se encuentran en la disposición de continuar con el tratamiento residencial, pues lo conciben como una alternativa eficaz para contrarrestar su problema de adicción y subsanar las consecuencias que produjo tanto en su persona como en los núcleos sociales donde conviven.

Con respecto a la coerción familiar, más de la mitad de las personas entrevistadas manifestó tener problemas con sus familiares a causa del consumo abusivo de drogas. En cifras, el 43.1% de los pacientes afirmó que su familia les dice que se ven en mal estado y que son personas mal intencionadas. Asimismo, 56.9% admitió sentir el constante enojo y oposición de sus familiares debido a su problema de adicción; incluso algunos reportan (27.5%) que han sido culpados de la desintegración de sus hogares.

Ante esta situación, los pacientes se sienten responsables del dolor o sufrimiento que causa su situación a quienes se encuentran cerca de ellos (56.9%). De acuerdo con lo observado, se puede determinar que el núcleo familiar ejerce un mayor grado de coerción en las personas con problemas de adicción, ya que éstas perciben el enojo y la oposición de sus familiares. Si bien esta situación motiva a los pacientes a recurrir al tratamiento residencial para su pronta recuperación, el impacto psicológico que tiene en su autoestima y estabilidad emocional puede ser desfavorable o contraproducente para ellos.

Por otra parte, los hallazgos referentes a la coerción económica revelan que más de la mitad de la muestra (51%) no aceptó encontrarse en graves problemas económicos y, por lo tanto, no mostraron preocupación por cuestiones de deuda con personas o instituciones (82.4%). Esto también puede deberse a que un porcentaje elevado no ha perdido el apoyo financiero de sus familiares, el banco o

el gobierno (56.9%). Por el contrario, sólo 5.9% de la muestra aceptó estar desesperado por su situación financiera y de endeudamiento.

De acuerdo con las cifras antes expuestas, el factor económico posee los índices más bajos de coerción. Probablemente esto se debe a que el cuestionario se aplicó en una institución particular, cuyos pacientes se caracterizan por ser de estratos socioeconómicos altos o medio-altos. En este sentido, lo anterior se podría considerar como un sesgo de la investigación.

En el tema de coerción en salud, 37.3% de las personas no considera que el consumo abusivo de drogas tuvo repercusiones en su estado de salud. Sin embargo, una cantidad similar (41.2%) manifestó sentir miedo por las consecuencias que el abuso de sustancias adictivas tenga en su bienestar físico y mental. Sobre esto último, cabe mencionar que más de la mitad de los entrevistados (58.8%) se siente agobiado por estar enfermo todo el tiempo.

Por otra parte, destaca que sólo un 17.6% de los pacientes ha recibido comentarios negativos de la gente sobre su aspecto físico. De igual manera, sobresale que más de la mitad de las personas entrevistadas (52.9%) reportan no haber recibido alguna indicación de internamiento por parte de los médicos o psicólogos que los atienden. Por el contrario, sólo el 29.4% admitió que sí ha recibido esa recomendación del personal de salud.

Sobre la coerción en el área de salud, se aprecia que a pesar de que los pacientes son conscientes de su deterioro físico y mental, muchos de ellos se rehúsan al internamiento como tratamiento de rehabilitación. En este sentido, la subescala posee los índices de coerción más equilibrados por cada ítem. Entonces, aunque el paciente reconozca su problema de adicción, el no admitir que ésta afecta notablemente su bienestar representa una complicación u obstáculo para su rehabilitación.

Finalmente, sobre la percepción de coerción en el trabajo, por arriba de la mitad de los pacientes entrevistados no perdieron su empleo o año escolar debido al consumo de drogas (52.9%), ni recibieron amenazas de perderlo si no asistían a un tratamiento residencial (51.0%), ni tuvieron algún tipo de conflicto en sus centros laborales (45.1%). Tampoco manifestaron recibir quejas por parte de sus

compañeros de trabajo (56.9%) ni comentarios sobre la importancia de que ingresen a un tratamiento de rehabilitación (54.9%).

Sin embargo, más de un cuarto de los pacientes entrevistados admitió tener problemas en sus centros laborales debido a su adicción; específicamente, 19.6% perdió su empleo a causa de su enfermedad. Aunque en el estudio de campo predominaron respuestas negativas, la coerción en el trabajo tiene una presencia que no puede pasar inadvertida. De acuerdo con la metodología del cuestionario, la subescala laboral resulta un factor de coerción importante para quienes ingresan a un tratamiento residencial.

En suma, las subescalas con los índices más elevados de coerción, según los pacientes entrevistados, fueron la familiar y la personal; mientras que las de menor incidencia fueron las relacionadas con el trabajo y la economía. Asimismo, si se hace la distinción entre quienes ingresaron por primera vez y quienes lo han hecho de forma subsecuente, se aprecia que en el segundo grupo el grado de coerción aumenta proporcionalmente en cada una de las áreas.

4.3 POSTURAS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA COERCIÓN: UNA DISCUSIÓN BIOÉTICA

Una vez expuestas las teorías, los conceptos, los principios y las legislaciones que intervienen en la aceptación o no del tratamiento coercitivo, se deduce que cuando un paciente ingresa a tratamiento obligado, en definitiva, se vulnera el principio de consentimiento informado y, por ende, también se atenta contra la autonomía de la persona. Por lo tanto, esta práctica no se puede considerar ética, a excepción de que el usuario represente un peligro para sí mismo u otras personas.

De acuerdo con la propuesta de Stuart Mill (1975, citado en Janssens, 2004), si el paciente adicto no presenta un riesgo inminente, no debe aplicarse coerción en su tratamiento, ya que no existe justificación de peso que permita ir en contra de su voluntad. Desde este punto de vista, el principio de *autonomía* puede ser considerado como la antítesis de la *beneficencia*, porque el bienestar de la persona

debe guardar una relación intrínseca con la libre decisión. Entonces, la relación autonomía-beneficencia representa una contradicción ética. No obstante, si la autonomía es considerada como un desafío dinámico para el desarrollo y el fomento de una identidad, este concepto no resulta opuesto a la *coerción*.

Cuando se identifica a un paciente adicto en pleno deterioro físico y cognitivo, tanto la familia como el personal de salud tienen la responsabilidad de persuadir al paciente de ingresar a un programa de tratamiento, ya sea residencial o ambulatorio. En dicha labor, los responsables deben convencer a la persona de aceptar y recibir por sí misma la ayuda necesaria. De igual manera, los especialistas deben procurar la retención del paciente, pues este factor funge un papel fundamental en la obtención de resultados positivos durante la recuperación.

Debido a lo antes expuesto, el tratamiento coercitivo puede significar una opción de rehabilitación con resultados favorables, siempre y cuando, se haga un seguimiento ético de su procedimiento. Esto significa que el ingreso involuntario no necesariamente es perjudicial para el paciente, ya que puede convertirse en una motivación para llevar una vida en sobriedad.

Por lo tanto, es necesario definir marcos éticos que permitan justificar la intervención en acciones de salud pública, los cuales estén completamente orientados a la protección de la población y la procuración de su bienestar. En todo momento, lo anterior debe salvaguardar el equilibrio entre los efectos positivos y negativos de la rehabilitación. Asimismo, debe atender las preocupaciones sobre el debate en torno a si el tratamiento de recuperación debe atender contra la autonomía y la libertad.

Por otra parte, cabe mencionar que a pesar de que la perspectiva liberal rechaza la coerción porque manipula la autonomía del paciente, la visión comunitaria defiende este modelo al mirarlo como una forma de brindar y garantizar la atención médica y terapéutica más adecuada. Con base en este último punto, se estipula que la coerción y la autonomía pueden estar en conjunción dentro de un tratamiento de rehabilitación.

Desde el punto de vista bioético, lo importante es lograr la transición de la coerción a la cohesión. En otras palabras, el paciente no debe ser el único que

sostenga la presión y responsabilidad de aceptar o rechazar el tratamiento, sino que sea una decisión en comunión con su familia y el equipo de salud. Todos deben comprometerse en el proceso de rehabilitación.

Por lo tanto, a partir de los argumentos expuestos se identifican dos reflexiones sobre el tratamiento residencial coercitivo. El primero señala que las personas que ingresan bajo cierto grado de coerción se encuentran desmotivadas para dejar de consumir drogas; en consecuencia, su internamiento tendrá pocas posibilidades de éxito. El segundo establece que la coerción puede servir como una motivación inicial para mantener a los pacientes en el tratamiento y, así, cumplir con el objetivo de un periodo de sobriedad más largo.

Con el fin de transformar las prácticas coercitivas a prácticas de cohesión, en principio, se debe establecer un consenso sobre la importancia de fomentar la motivación autónoma en el usuario de sustancias adictivas para que alcance resultados positivos en su tratamiento. Sólo así podría lograrse la antítesis del tratamiento coercitivo y, por ende, el incremento de las posibilidades de éxito de la modalidad involuntaria.

Posteriormente, se debe considerar si los beneficios superan las consecuencias negativas de la violación al derecho de las personas a decidir sobre su propia salud. Asimismo, se sugiere el establecimiento y mejora de normas judiciales y sanitarias que incluyan tres aspectos: el respeto al debido proceso, una opinión médica sólida y el uso de todas las evidencias disponibles para crear un aparato legal que dirija a personas dependientes de las drogas hacia tratamientos residenciales consolidados.

Sobre esto último, se recomienda tomar en consideración los *Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario a Establecimiento Residencial de Tratamiento y Rehabilitación de la Adicciones* creados por la Comisión Nacional contra las Adicciones y la Secretaría de Salud, en agosto de 2016. En ellos, se disponen los principios legales, médicos y éticos bajo los cuales se puede ingresar a una persona en contra de su voluntad a un tratamiento de rehabilitación residencial.

Cabe mencionar que en dicho documento, el ingreso involuntario de pacientes se considera como el último recurso terapéutico al que recurrirán los familiares y el personal especializado; en caso de llevarlo a cabo, las condiciones mínimas para que se realice se sintetizan en tres hechos: (1) la incapacidad de la persona adicta para solicitar ayuda; (2) la solicitud de ayuda urgente por parte de los familiares, tutores o representantes legales de la persona enferma; y (3) la valoración y justificación médica para que el paciente reciba en calidad de urgente tratamiento residencial contra las adicciones.

Finalmente, se insta a que el gobierno de México y las autoridades internacionales fundamenten la atención de pacientes drogodependientes en aspectos éticos imprescindibles. Asimismo, se espera que reafirmen su compromiso económico y jurídico de construir centros y programas eficaces para el tratamiento de adicciones, siempre bajo un principio humanitario.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objeto de estudio los mecanismos y procedimientos para el tratamiento de pacientes con problemas de adicción; específicamente, aquellos utilizados en el tratamiento residencial bajo coerción. A través de la revisión documental fue posible observar que la negación a una atención médica profesional es recurrente dentro de este sector, lo que ha convertido a las adicciones en un problema de salud pública.

A partir de tal premisa, surgió la inquietud por delimitar criterios bioéticos que fomenten el debate en torno a las formas en que el tratamiento de esta problemática puede resolverse y, principalmente, definir en qué momentos es aceptable el uso de la coerción para facilitar una solución. Así, se llegó a la conclusión de que existen premisas básicas a considerar al momento de aproximarse a una situación que afecta tanto a la persona que padece la adicción como a quienes le rodean. Entre las más importantes, se enlistan: el respeto a los derechos humanos, la ética médica, la preservación de la autonomía del sujeto y el cuidado del bienestar tanto individual como social.

Al identificar estos ideales fundamentales, surgieron diversos puntos de encuentro y controversia. El primero de ellos hace referencia a los momentos en que no se puede aceptar la decisión del paciente de negarse al tratamiento, ya que se encontraron posturas que priorizan la salud sobre la autonomía, pero también, otras perspectivas que consideran necesario mantener la voluntad y convicciones del sujeto; aunque su bienestar esté en riesgo. Asimismo, a esta situación se suma el mantenimiento de los derechos humanos, los cuales apelan a la libertad de ser humano desde el momento en que nace; no obstante, existen visiones encontradas donde se considera más adecuado encontrar el equilibrio entre la prosperidad individual y el cuidado del tejido social.

Tras detectar estas visiones encontradas, se llegó a la determinación de que es posible determinar un punto medio; es decir, se hizo factible la delimitación de criterios bioéticos bajo los cuales es factible la coerción. En primera instancia, quienes proporcionen apoyo a personas con problemas de adicción mediante el tratamiento residencial, deben considerar el uso de la coerción únicamente cuando exista un deterioro cognitivo y físico de la persona. Dicho estado físico y mental comprende el grado de afectación en el cual el sujeto ya es un peligro tanto para la sociedad como para sí mismo; así, se debe buscar su tratamiento bajo la siguiente propuesta: intervención bajo coerción, sustentada en la ética médica, para un bien mayor tanto individual como social.

Otro punto que vale la pena recapitular hace referencia a los momentos en que no es necesaria la coerción, sino el uso de otras estrategias con fundamento bioético que faciliten la gestión de un pensamiento crítico en el sujeto con problemas de adicción. En tal sentido, fue posible concluir que, en caso donde no existe un deterioro de gravedad y el sujeto presenta mayor aceptación al tratamiento, se debe buscar que, desde una reflexión en torno a su persona y su potencial como ser humano, sea capaz de reconocer que necesita apoyo para evitar que su situación se agrave. En síntesis, el tratamiento mediante el fomento de la voluntad y de la autonomía encaminada a decisiones que impliquen un bien social e individual, debe ser prioridad para prevenir daños mayores.

De esta forma, es posible argumentar que se cumplió la hipótesis inicial, donde se plantea que la coerción es aceptable bajo criterios bioéticos y para casos específicos. En tal sentido, es aceptable este recurso para casos de gravedad; no obstante, se debe hacer una evaluación completa del paciente y determinar si es posible apelar a un fomento de su autonomía pero con direccionamiento hacia decisiones que generen un bien para sí mismo. Incluso, el estudio empírico permitió destacar que se debe mejorar el papel del personal de salud al momento de persuadir al paciente.

Finalmente, se llegó a la conclusión de que existen reglamentos y normativas que buscan establecer criterios que protejan tanto al paciente como a la sociedad; no obstante se requieren investigaciones para generar procedimientos de

internamiento más eficientes y procuren el bienestar de los sujetos. Asimismo, existe un vacío importante en torno a referencias documentales o empíricas que permitan corroborar el cumplimiento de los lineamientos ya establecidos. Por ello, el presente trabajo es un precedente para la exploración de un campo que requiere mayor atención, con la finalidad de dar solución a uno de los más grandes problemas del contexto actual: las adicciones y sus terribles efectos en el ser humano.

REFERENCIAS

- Aguirre, H. (Noviembre-diciembre, 2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y cirujanos*, vol.72, 503-510.
- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. (2014). *Fundamentalismo* (2° edición). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Bergk J., Flammer, E., y Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)- validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, (10)5. doi: 10.1186/1471-244X-10-5
- Cámara de Diputados. (2014). *Sólo 433 de 770 centros de atención a las adicciones en México cuentan con reconocimiento oficial*. [Boletín No. 3667]. México. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Mayo/31/3667-Solo-433-de-770-centros-de-atencion-a-las-adicciones-en-Mexico-cuentan-con-reconocimiento-oficial>
- Cambridge University Press. *Kant on Moral Autonomy*. USA: Tulane University, Louisiana.
- Casas Martínez, M. L. (2008). Introducción a la metodología de la investigación en Bioética. Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. *Acta Bioethica*, 14(1), pp. 97-105. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v14n1/art13.pdf>

- Clínica Regreso a la Vida. (2017). *Traslados Involuntarios para Pacientes*. [Página Web]. Recuperado de <http://regresoalavida.com/traslados-involuntarios-e-intervenciones-a-pacientes/>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2011). Programa de acción específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones (2011-2012). Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/actualizacixn_2012.pdf
- Costa Alcaraz, A. (2005). *Los principios de la bioética: autonomía*. [Página Web]. Red de Salud de Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/>
- Deci, E. L., Ryan, R., M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, (3)49, 182-185. doi:10.1037/a0012801
- Dugosh, K. L., Festinger, D. S., Croft, J. R., y Marlowe, D. B. (2010). Measuring coercion to participate in research within a doubly vulnerable population: initial development of the coercion assessment scale. *J Empir Res Hum Res Ethics*, 5(1), 93-102. doi: 10.1525/jer.2010.5.1.93
- Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Inglaterra: Cambridge University Press. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/books/theory-and-practice-of-autonomy/634001BDD7ADA4A9CE3E8A0668C561CB>
- Flacks, S. (2011). Drug Control, Human Rights, and the Right to the Highest Attainable Standard of Health: A Reply to Saul Takahashi. *Human Rights Quarterly*, (3)33, 856-877. doi:10.1353/hrq.2011.0049
- Foddy, B., y Savulescu, J. (2006). Addiction and autonomy: can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction?. *Bioethics*, (1)20, 1-15. doi:10.1111/j.1467-8519.2006.00470.x

- Foddy, B., y Savulescu, J. (2006). Autonomy, addiction and the drive to pleasure: redesigning drugs and our biology: reply to Neil Levy. *Bioethics*, (1)20, 21-23. doi: 10.1111/j.1467-8519.2006.00472.x
- Frankfurt, H. G. (junio, 1971). Freedom of the Will and the Concept of a Person. *The Journal of Philosophy*, (1)68, 5–20. Recuperado de <http://www.sci.brooklyn.cuny.edu/~schopra/Persons/Frankfurt.pdf>
- Gerra, G. (2013). *Tratamiento de Adicción contra las drogas: de la cohesión a la cohesión*. UNODC. Recuperado de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2013/04/08-treating-drug-dependence-from-coercion-to-cohesion.html>
- Hall, W., Babor, T., Edwards, G., Laranjeira, R., Marsden, J., Miller, P., y West, R. (2012). Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, (11)107, 1891-1893. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x
- Herreros, B., Moreno-Millán, B., Pacho-Jiménez, E., Real de Asua, D., Roa-Castellanos, R. y Valenti, E. (2015). *Terminología en bioética*. México: Mediagraphic. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im156o.pdf>
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD]. (2001). *Principios de tratamiento para la drogadicción*. Estados Unidos: NIH. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/tratamientos-para-la-drogadiccion-en-los-estados-unidos/categor>
- International Drug Policy Consortium. (2014). *Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice*. Recuperado de

http://idhdp.com/media/1236/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf

Janssens, M. J., Van Rooij, M. F., Ten Have, H. A., Kortmann, F. A., Y Van Wijmen, F. C. (2004). Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *Law, Ethics and Medicine*, (5)30, 453-458. doi: 10.1136/jme.2002.002212

Jurgens, R., Csete, J., Amon, J. J., Baral, S., y Beyrer, C. (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, (9739)376, 475-485. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60830-6

Klag, S., Creed, P., y O'Callaghan, F. (2006). Development and initial validation of an instrument to measure perceived coercion to enter treatment for substance abuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, (4)20, 463-470. doi: 10.1037/0893-164X.20.4.463

Kottow, M. (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Colombia: Redbioética.

Leukefeld, C. G., y Tims, F. M. (1988). Compulsory treatment: a review of findings. *NIDA Res Monogr*, (86), 236-251. Recuperado de <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/86.pdf>

Morales-González, J., Nava-Chapa, G., Esquivel-Soto, y J., Díaz-Pérez, E. (2011). *Principios de Ética, Bioética, y conocimiento del hombre*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Muñoz, C. (2010). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Prentice Hall.

Norma Oficial Mexicana--028-SSA2-1999 "Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones". Diario Oficial de la Federación, México, 12 de abril de

2000. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>

Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-2009 “Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones”. Diario Oficial de la Federación, México, 31 de julio de 2006. Recuperado en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Estados Unidos: Naciones Unidas.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2016). *Informe mundial sobre las drogas 2016*. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2010). *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence through healthcare, not punishment* (octubre, 2009). Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf

Porter, L., Arif, A. E., y Curran, W. J. (1986). *The Law and Treatment of Drug and Alcohol Dependent Persons:—A Comparative Study of Existing Legislation*, World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39269prevemi/autonomia.pdf>

Ruiz, C. (2006). *Hacia las Mejores Prácticas en la Prevención de Adicciones: Experiencias en los ámbitos familiar, escolar, comunitario y laboral. En Lineamientos para la Prevención del Consumo de Drogas en la Escuela Mexicana*. Recuperado de <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/lineamientos.pdf>

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las

- Adicciones. (2016). *Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de acción específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Stevens, A. (2012). The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. *Human Rights and Drugs*, (1)2, 7-16. Recuperado de <http://www.drugsandalcohol.ie/17492/1/IJHRDP-V2N1-STEVENNS.pdf>
- Substance Abuse Mental Health Services Administration. (2006). *National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. Recuperado de: <http://www.oas.samhsa.gov/TEDS2k6highlights/toc.cfm>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *Principles of Drug Treatment*. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
- Universidad de Barcelona. (2017). *Revista de Bioética y Derecho: Perspectivas Bioéticas*. España: Flacso Argentina.
- Urbanoski, K. A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduction Journal*, (7)13. doi: 10.1186/1477-7517-7-13
- Vidal, M. C. (2010). Drogadicción y Ética. *Bioética y Ciencias de la Salud*, (1)5, 1-16. Recuperado de http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/adicciones/Drogadiccion_y_etica.pdf
- Wertheimer, A. (1987). *Coerción*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Wild, T. C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, (1)10, 40-49. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x

Wild, T. C., Cunningham, J. A., y Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addict Behav*, (10)31, 1858-1872. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.01.002

Wolfe, D., y Saucier, R. (2010). In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs. *The International Journal of Drug Policy*, (3)21, 145 – 148. doi:10.1016/j.drugpo.2010.01.008

Wu, Z. (2013). Arguments in favour of compulsory treatment of opioid dependence. *Bulletin of the World Health Organization*, (91), 142-145. doi:10.2471/BLT.12.108860

ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS

Tabla 1. Normas éticas para el tratamiento coercitivo de pacientes usuarios de drogas .	24
Tabla 2. Formato original del Cuestionario de Coerción Percibida	50
Tabla 3. Formato editado del Cuestionario de Coerción Percibida.....	51
Tabla 4. Pruebas de distribución normal	54
Tabla 5. Resultado de Alfa de Cronbach según elementos estandarizados.....	54
Tabla 6. Selección por frecuencia de género	56
Tabla 7. Selección por frecuencia de edad	56
Tabla 8. Características generales de la muestra por género	58
Tabla 9. Respuestas por cada ítem del área personal	59
Tabla 10. Respuestas por cada ítem del área familiar	62
Tabla 11. Respuestas por cada ítem del área económica.....	65
Tabla 12. Respuestas por cada ítem del área de salud	68
Tabla 13. Respuestas por cada ítem del área de trabajo	71
Figura 1. Distribución de los valores observados	55
Figura 2. Distribución de la edad de los pacientes	57
Figura 3. Subescala personal (% total por pregunta)	60
Figura 4. Subescala personal, comparación de medias (descendente)	61
Figura 5. Subescala familiar (% total por pregunta)	63
Figura 6. Subescala familiar, comparación de medias (descendente).....	64
Figura 7. Subescala económica (% total por pregunta).....	66
Figura 8. Subescala económica, comparación de medias (descendente)	67
Figura 9. Subescala de salud (% total por pregunta)	69
Figura 10. Subescala de salud, comparación de medias (descendente).....	70
Figura 11. Subescala de trabajo (% total por pregunta)	72
Figura 12. Subescala de trabajo, comparación de medias (descendente)	73
Figura 13. Comparación global sobre coerción percibida en pacientes usuarios de sustancias adictivas.....	73
Figura 14. Análisis global de coerción percibida (n= 51)	74