

# Adicciones

Clínica y terapéutica

Mario Souza y Machorro



Editorial Alfíl

## **ADICCIONES. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA**



# **Adicciones. Clínica y terapéutica**

**Mario Souza y Machorro**

Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista.  
Médico Cirujano con especialidades de Psiquiatría y Psicoanálisis  
y estudios de Maestría de Psicoterapia Médica por la UNAM  
y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C.



**Editorial  
Alfil**

## **Adicciones. Clínica y terapéutica**

Todos los derechos reservados por:  
© 2007 Editorial Alfil, S. A. de C. V.  
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael  
06470 México, D. F.  
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57  
e-mail: [alfil@editalfil.com](mailto:alfil@editalfil.com)

ISBN 978-968-7620-61-9

Dirección editorial:  
**José Paiz Tejada**

Editor:  
**Dr. Jorge Aldrete Velasco**

Revisión editorial:  
**Irene Paiz**

Revisión técnica:  
**Dra. Patricia Pérez Escobedo, Dr. Alfredo Mejía Luna**

Diseño de portada:  
**Arturo Delgado-Carlos Castell**

Impreso por:  
Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C. V.  
Calle 2 No. 21, Col. San Pedro de los Pinos  
03800 México, D. F.  
Junio de 2007

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general de la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguros de que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o fármaco terapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

---

## Acerca del autor

---

Mario Souza y Machorro es Médico Cirujano, especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis, con Maestrías en Psicoterapia Médica y Psicoterapia de las Adicciones.

Desde 1975 ha sido profesor-coordinador de 353 cursos, talleres y seminarios; ha realizado 274 programas televisivos/radiofónicos. Desempeña cargos académicos-administrativos; ha presentado 171 trabajos técnico-científicos en congresos nacionales e internacionales y publicado 130 artículos en revistas arbitradas-indizadas, especializadas, de divulgación y electrónicas.

Ha participado en 26 libros, siendo coautor de 3 y autor de 10, entre ellos *Aspectos sociomédicos y clínico-*

*terapéuticos del alcoholismo, Alcoholismo: conceptos básicos, Violencia sexual y psicotrópicos y Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos.*

Es socio activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (1981), del Consejo Mexicano de Psiquiatría (1981), re-certificado (1996-2000), Miembro Honorario de la Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Generales (1985), Socio Fundador del Colegio Mexicano de Psicoterapia (1997), Socio Fundador de la Asociación Mexicana de Estudios en Adictología (2001) y Miembro de la Federación Centroamericana de Medicina Neuropsicológica (2005).



---

# Contenido

---

Prólogo .....	IX
<i>Dr. Héctor Tovar Acosta</i>	
Capítulo 1. Profesionalización de la terapéutica .....	1
Capítulo 2. Pautas para la evaluación clínica .....	9
Capítulo 3. La normatividad de la salud .....	17
Capítulo 4. Filosofía y políticas de los programas .....	31
Capítulo 5. Nosología y terapéutica .....	43
Capítulo 6. Etiopatogenia y psicopatología alcohólica .....	57
Capítulo 7. Comorbilidad adictiva y delincuencia .....	69
Capítulo 8. TDA/H y adicciones .....	85
Capítulo 9. La constelación adicto-terapéutica .....	103
Capítulo 10. Predicción de la respuesta terapéutica .....	113
Capítulo 11. Consideraciones y fundamentos sobre terapéutica .....	131
Capítulo 12. Psicopatología y psicoterapia de las adicciones .....	139
Capítulo 13. Residencia diurna para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos .....	153
Capítulo 14. Programa integral terapéutico contra las adicciones .....	173
Capítulo 15. Evaluación de los programas antiadictivos .....	189
Capítulo 16. Integración nacional de la terapéutica antiadictiva .....	207
Capítulo 17. Por una psiquiatría de las adicciones .....	221
Capítulo 18. Mitología, ignorancia y iatrogenia .....	225
Capítulo 19. Educación y entrenamiento clínico .....	239
Capítulo 20. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones .....	251
Capítulo 21. Craving y dependencia etílica .....	277
Capítulo 22. La dependencia alcohólica en México .....	285
Capítulo 23. Ambiente, trabajo y adicciones .....	293
Capítulo 24. Violencia sexual y adicciones: psicodinamia .....	299
Capítulo 25. Mass media y psicopatología: violencia, sexo y drogas .....	317
Capítulo 26. VIH/SIDA-adicciones .....	327
Capítulo 27. Neuroquímica de las adicciones .....	335



---

<b>Capítulo 28. Reflexión sobre el tratamiento antiadictivo .....</b>	<b>351</b>
<b>Capítulo 29. Criterios de referencia y manejo de abusadores/adictos a psicotrópicos .....</b>	<b>365</b>
<b>Capítulo 30. Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínico en adicciones .....</b>	<b>381</b>
<b>Capítulo 31. Glosario de términos .....</b>	<b>397</b>
<b>Índice alfabético .....</b>	<b>431</b>

---

# Advertencia

---

El material que compone esta obra deriva de trabajos de investigación y docencia (publicados en diversas revistas del ámbito nacional e internacional), presentados en cursos, reuniones, simposios y congresos realizados en los últimos años, en distintas instituciones educativas y de salud del país.

El acento puesto en el tenor humanista de *Adicciones. Clínica y terapéutica* pretende reforzar, entre otras actividades, la formación y actualización clínicas del perso-

nal que labora en áreas de la salud. Los temas elegidos con base en su importancia, en términos del valor de su aportación, congruencia teórica y necesidad aplicativa, pauta los temarios formativos en la materia y simultáneamente, al conformar una edición, reúne, actualiza y disemina el material disponible que priva en los espacios profesionales. Al efecto, el crédito a las fuentes originales que publicaron los artículos se hace patente (en todos los casos) con la cita correspondiente.



---

# Prólogo

---

*Dr. Héctor Tovar Acosta*

*Ex Director General de Salud Mental, SSA.*

*Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.*

Desde que se me pidió que me encargara del prólogo del presente libro, varias cosas llamaron mi atención: por un lado, que el material que lo compone derive de trabajos de investigación y docencia publicados en diversas revistas del ámbito nacional e internacional. Que el autor, a quien conozco bien de tiempo atrás por el desempeño de su trabajo profesional, lo haya presentado en reuniones, simposios y congresos realizados en los últimos años en distintas instituciones educativas y de salud del país. Por otro lado, que el material elegido *con base en su importancia*, considerado en términos de su aportación temática, congruencia y necesidad aplicativa, sea parte del que pueda pautar los temarios formativos en la materia y, simultáneamente, que pretenda conformarse una edición que reúna, actualice y disemine el material disponible que priva en los espacios profesionales.

Todo ello, en mi opinión, dice bien del autor, que da cumplimiento a sus intenciones académicas, editoriales y educativas respecto a la población. Se trata de una obra compuesta por 30 capítulos; desde su planteamiento introductorio: *Profesionalización de la terapéutica*, pasando por la presentación del *Programa integral terapéutico contra las adicciones*, además de las recomendaciones específicas para realizar la *Evaluación de los programas antiadictivos*, se lleva una secuencia clínica teórica y práctica que revisa con espíritu educativo tanto los elementos que limitan su realización y eficacia como aquellos otros importantes temas íntimamente interconectados entre sí que, en el marco del cumplimiento a la normatividad de la salud (uso del expediente clínico, apego a la NOM sobre tratamiento, etc.), exponen las razones para lograr una profesionalización del trabajo en este campo que auguran la consolidación de un Sistema Nacional de Tratamiento Integral al problema.

Es así que se analizan en el texto los problemas educativos y de entrenamiento del personal, se describen la filosofía, las políticas y los programas realizados en el país, así como la destacada participación de la nosología y la terapéutica específica en el procedimiento de atención clínica al problema, apoyado siempre en el esfuerzo educativo y formativo de la evaluación clínica del paciente abusador/adicto. Además, se revisan el concepto y los alcances de la dependencia alcohólica en México y las características básicas del síndrome adictivo desde el componente neuroquímico que lo define, acorde con las clasificaciones OMS CIE-10 y DSM-IV-TR, APA (denominado deseo-necesidad imperiosa de consumo, y su conducta de búsqueda, *craving*). Se revisan también los aspectos relativos al impacto psicosocial del problema, su diversificada comorbilidad y demás problemas vinculados, como la conducta delincinencial, la violencia sexual y su potencial destructivo, como elementos de personalidad incluidos en lo que el autor ha llamado “constelación adictoterapéutica”, donde se evidencia la participación de sus componentes psicopatológicos individual-familiar-social, para entender la posible predicción de la respuesta terapéutica, sus consideraciones de abordaje, corrección de la comorbilidad y metas de manejo a largo plazo. Todo ello se ha hecho complementar con un modelo de residencia diurna para pacientes abusadores/adictos, un programa de tratamiento integral, un práctico esquema de evaluación de programas antiadictivos y las recomendaciones necesarias para la referencia adecuada de los casos a las unidades correspondientes.

De modo que el acento puesto por el Dr. Souza y Machorro en el tenor humanista de *Adicciones. Clínica y terapéutica* refuerza, entre otras actividades, la forma-

ción y la actualización clínicas del personal que labora en áreas de la salud. Y, como podrá apreciarse en la lectura de este escogido material, la obra muestra la visión complementaria de las vertientes participantes, con la finalidad de lograr un acercamiento práctico para la comprensión cabal de un grave problema de salud pública, que requiere mayor precisión y profundidad, destinado a brindar conclusiones certeras y más adecuados resultados, especialmente en nuestro país, donde aún privan —lamentablemente— el desconcierto y la praxis dudosa del manejo profesional del problema.

Por último, agradezco al autor el brindarnos un libro de utilidad, nacido de la experiencia y la congruencia profesional, que representa el esfuerzo de quienes trabajan los tópicos y se preocupan por ofrecer su punto de vista. En tal propósito, es importante destacar que frente a los problemas nacionales hemos de ofrecer un esfuerzo que representa, igualmente, soluciones nacionales plasmadas en libros nacionales. En este grave problema que nos compete a todos se precisa concertar acciones efectivas para que se desarrollen, en sus distintos niveles de actuación, entre todos los que formamos la sociedad.

*A Lulú, Leonardo y Andrés,  
lo mejor que me ha pasado en la vida.*

*Si la ciencia es una respuesta sistemática  
a la perenne pregunta sobre el porqué de las cosas,  
y el humanismo una tradición de búsqueda  
del bien sin ponderación moral propositiva,  
entonces: ¡seamos científicos humanistas!*



## Profesionalización de la terapéutica

¿Es necesario plantearse la utilidad de profesionalizar una actividad psicosocial que atañe al campo profesional? Sí. Dada la condición especial del manejo actual de las adicciones en el medio mexicano, resulta indispensable, y las razones para ello son muchas y un tanto complejas. En primer lugar, hay que considerar que entre los problemas actuales de salud pública más importantes y controvertidos del campo psiquiátrico se encuentran la patología adictiva y su comorbilidad.<sup>1-3</sup> Y pese a que en él, desde hace varias décadas, operan distintos abordajes, éstos aún no resuelven el fenómeno global, y sólo parcialmente contribuyen a solucionar la sintomatología de los principales síndromes adictivos. Por ello, la controversia continúa, la descalificación prevalece entre un modelo y otro, y la incomprensión y la confusión persisten entre el personal operativo.<sup>2-4</sup>

Las tendencias nacionales de consumo de sustancias han aumentado y el problema de las adicciones tiende a crecer, según señalan los resultados de las principales fuentes de información en México al respecto: la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar IMP-SEP, la Encuesta sobre el Consumo de Drogas en la Frontera Norte de México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, el Sistema de Reporte de Información en Drogas, los informes técnicos de CIJ y la ENA.<sup>3-5</sup> Esta última señala, entre otras cosas, que el consumo de psicotrópicos aumenta, no sólo como práctica de experimentación, sino también en su modalidad de uso actual. El tabaquismo y el abuso del alcohol se hallan muy difundidos entre niños, jóvenes y mujeres.

La edad de inicio de consumo ha descendido y el uso de la cocaína tiende a generalizarse en la población. Además, se recurre a medicamentos de uso médico por su efecto psicotrópico con finalidad tóxica, así como a otros sedantes y nuevas drogas, denominadas de “diseño”.<sup>4-6</sup>

Una parte capital de este asunto radica en que la terapéutica adictiva genera a menudo un ánimo divergente en el personal participante; de entre sus miembros, sólo unos cuantos disponen de preparación formal de corte científico, mientras que el resto actúan con el aval del conocimiento derivado sólo de su experiencia subjetiva. De estos últimos, muchos lo hacen desde el empirismo y sin bases observacionales confiables, por lo que han producido y mantienen a la fecha cierto grado de confusión, iatrogenia e incluso diversos tipos de charlatanería<sup>5,6</sup> (cuadro 1-1). La otra parte del asunto se refiere a la diversidad de modelos curativos utilizados.<sup>2,7</sup> De entre ellos, destacan el modelo Moral, el de Grupos de Autoayuda (actualmente Grupos de Ayuda Mutua) y el Bio-médico, el Psicológico y el Psiquiátrico, así como las modalidades, variantes o mezcla de modelos (Minnesota, Comunidad Terapéutica, Control de Consumo), entre otros.<sup>6,7</sup> Estos abordajes, desde la óptica de sus respectivas filosofías y por distintas razones intrínsecas y ajenas, no han integrado una unidad funcional que permita ofrecer una respuesta social unitaria, conjunta, uniforme y eficaz, tal como el problema lo requiere<sup>7-9</sup> (cuadro 1-2). Desde que se inició el combate al fenómeno adictivo en el país, hace aproximadamente 30 años, los esfuerzos dirigidos a su estudio y las diferencias técnicas y presump-

Simposio Aspectos diagnóstico-terapéuticos de las adicciones en la Ciudad de México. XVI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. “Al fin del milenio”. Huatulco, Oaxaca, 1999. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M: Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2<sup>a</sup> época 2000;16(3):110-116.



### Cuadro 1-1. Atención de las adicciones por tipo y nivel

- Nivel 1.** Aquellos organismos e instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo, y otras acciones)
- Nivel 2.** Atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.), como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales, entendiendo por profesional no médico el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad “profesionalizada”, pero sin tener propiamente profesión, es decir, consejería (*counselling*) gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades
- Nivel 3.** Consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina; es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca
- Nivel 4.** Atención profesional médica general en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados, y en otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud
- Nivel 5.** Consultas o intervenciones diagnosticoterapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general
- Nivel 6.** Atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos
- Nivel 7.** Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de las que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado

tales entre lo destinado a prevención primaria y lo dirigido a tratamiento y rehabilitación fueron, y siguen siendo, mucho menores en esta última porción.<sup>7-10</sup> Ello pudo deberse, quizá, a la conveniencia teórica de consolidar el supuesto detenimiento del problema adictivo por vía de la educación y promoción de la salud en boga entonces, como principales elementos de la estrategia dirigida a contener la demanda social de consumo; y, por otro lado, al amplio apoyo político-económico a los esfuerzos destinados a atacar la reducción de la disponibilidad de sustancias, que ha mermado el interés y los recursos humanos y materiales, tanto del sector oficial como del privado, destinados al manejo de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos.

Sin embargo, y no siendo materia de esta discusión el esclarecer la pertinencia de lo sucedido, baste señalar que algunos profesionales no asignan gran valor de eficacia a la labor preventiva realizada en el país, ni suponen siquiera que dichas acciones (como lo prueban los hechos clínicos, y especialmente las estadísticas en donde se aprecia incremento de los patrones de consumo) hayan contribuido a disminuir la disponibilidad social de psicotrópicos y la demanda de abuso de éstos.<sup>28</sup>

Por otra parte, quienes defienden la posición profiláctica afirman que, si no se hubieran realizado tales acciones, el problema sería mayor hoy en día. Lamentablemente, no se argumentan las posiciones ni se ofrecen parámetros indicativos y evaluatorios para comprobarlo.

Entre tanto, parecen haberse empobrecido las acciones curativas y desgastado los criterios destinados al mante-

nimiento de esquemas terapéuticos obsoletos, que no incluyen regularmente la farmacoterapia especializada ni el uso de escalas u otros instrumentos de diagnóstico autoaplicables, carecen o presentan severas deficiencias en la utilización de historias clínicas especializadas para adicciones, y no dan fomento adecuado a las actividades destinadas a la resocialización de los pacientes bajo supervisión regular y evaluación de sus programas.<sup>6-8</sup>

### Cuadro 1-2. Modelos de atención terapéutica aplicados a las adicciones

- Aversivos
- De destierro fisiológico
- De sustitución con sustancias agonistas
- De sustitución con sustancias antagonistas
- De sustitución (misma sustancia en liberación prolongada)
- Otros tratamientos biológicos (uso de naltrexona para el abuso del alcohol, antidepresivos tricíclicos o ISRS para el abuso de cocaína, o de anfebutamona o bupropión para la dependencia de la misma)
- Modelo de ayuda mutua
- Modelo Minnesota
- Comunidad terapéutica
- Modelo de control de consumo
- Psicológico
- Sociocultural
- Psiquiátrico
- Integral

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

Como quiera que sea, la mayor parte de los esquemas prevaletentes no parecen haber progresado al ritmo de la demanda asistencial ni de la actualización de su filosofía operativa, lo cual da lugar hoy todavía, en los albores del siglo XXI, a concebir el tratamiento en distintas porciones asistenciales dirigidas a la atención curativa de pacientes en términos del modelo moral, como penitencia y castigo.<sup>5-8</sup>

El manejo tradicional de las adicciones promovido por las instituciones nacionales nace con los grupos de autoayuda como una necesidad sentida de una pequeña facción de la sociedad, sin respaldo oficial, reconocimiento ni simpatía social. Los recientes acuerdos interinstitucionales entre los sectores salud y educación para el apoyo de actividades antidrogas proceden del relativamente reciente afán reorganizacional oficial de este asunto, pero no alcanzan a proporcionar *de facto* ni los recursos técnicos ni la colaboración formal requerida en materia terapéutica, por lo que continúa ostensiblemente la inercia de la participación empírica no documentada, y sin consolidarse la indispensable regulación operativa.<sup>5,10,11</sup>

Por lo visto, nunca se consideró que el problema de las adicciones se extendiera tanto y tan rápidamente, y que asimismo se desarrollaran nuevas sustancias adictivas.<sup>4-6</sup> Tampoco se estimó necesario el diseño-aplicación de indicadores al servicio del manejo comparativo para reorientar las políticas de servicio, salvo el conteo anecdótico de casos —como ocurre en grupos de autoayuda—, quizá definidos desde los diversos criterios *sui generis* de los propios grupos de trabajo, algunos de los cuales utilizan la óptica siempre necesaria de la investigación epidemiológica. Sin embargo, esta visión no siempre utiliza criterios clínicos dables a la comparación bioestadística para efectos de la evaluación integral de los casos, y su distinta semántica dificulta la equivalencia clínica a tal punto que en ocasiones se dificulta el logro de las metas terapéuticas.<sup>10-12</sup>

Tampoco se supuso que ocurriera una vigorosa trascendencia de intereses económicos, políticos y sociales en el tema; que se diversificaran las sustancias de abuso y que se llegaran a abaratar sus precios callejeros, lo cual ha permitido ampliar la disponibilidad a distintos niveles sociales e influir en el incremento de la demanda de consumo en las cada vez más amplias poblaciones usuarias.<sup>3,4,9,12</sup>

Cuando aparecieron los modelos profesionales y paraprofesionales combinados al inicio de la concepción terapéutica antiadictiva, ocurrió un cambio drástico en la perspectiva del manejo de una pequeña fracción del ámbito terapéutico<sup>2,5,8</sup> (cuadro 1-3). Pero, si bien esta

modalidad ha dado frutos con su visión combinada, debido a su ubicación particular y área de influencia reducida sólo es benéfica para un pequeño sector pudiente de la población, insuficiente en términos de cobertura local, y menos aún nacional.<sup>5-7</sup> A ello se aúna la omisión por ignorancia o el uso inapropiado del catálogo internacional de enfermedades mentales CIE-10, que no permite su utilización de modo consistente en los ámbitos clínicos con fines nosográficos, bioestadísticos, de homogeneización de criterios y asignación terapéutica adecuada a cada caso. De hecho, en algunos ámbitos clínicos se aprecia que se privilegia el uso del DSM-IV aun no siendo una clasificación oficial.<sup>13-15</sup>

En la actualidad, la visión terapéutica busca su consolidación y desarrollo en complementar las actividades preventivas. Para tal efecto se precisa la implementación de una subespecialidad psiquiátrica acorde con la visión internacional de las adicciones recomendada por los expertos mundiales: la OMS, los Servicios de Administración para el Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA), el Centro para Tratamiento de Abuso de Drogas (CSAT), la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM), la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD),<sup>15-19</sup> la Secretaría de Salud (SSA) y el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), a través del proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA 1-1998, cuyo objetivo pre-

**Cuadro 1-3. Modelo Minnesota (1950) Hazelden, Pioneer House y Willmar Hospital, EUA. Principales características**

---

Posibilidad de cambio en las creencias, actitudes y comportamientos de los pacientes adictos a psicotrópicos
El concepto de adicción como enfermedad
Búsqueda de abstinencia de todo psicotrópico como meta del manejo y logro de mejores estilos de vida a través de la incorporación de los 12 pasos y las 12 tradiciones
Abordaje multidisciplinario con fundamento en AA o NA
Participación activa de pacientes adictos en remisión como consejeros
Plan terapéutico de modalidad residencial, manejo variable: 4 a 6 semanas (EUA), 6 a 8 semanas (Reino Unido)
Médicos y psicólogos sólo actúan como consejeros externos
Está proscrita la farmacoterapia como tratamiento paralelo

---

AA = Alcohólicos Anónimos; NA = Narcóticos Anónimos. Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000; Elizondo LJA: *Evolución histórica del concepto de alcoholismo*. En: Velasco FR: *Alcoholismo. Visión integral*. 2ª reimpr. México, Trillas, 1997.

pretende: “Establecer y uniformar los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas”,<sup>3</sup> e incluye, entre otras acciones, las dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que en su carácter obligatorio se constituye en una herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>3,20</sup>

Acorde con tal intencionalidad, se hace imprescindible la utilización de un modelo profesional inclusivo e integral que dé cuenta del problema: desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada (más de cinco años), que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos de los que se dispone, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio para la comunidad<sup>8,10,21</sup> (cuadro 1-4). Ello demanda preparación organizada de los recursos humanos y materiales, así como su actualización constante supervisada con los criterios de vanguardia más prácticos en el campo.<sup>6-8,11</sup>

#### Cuadro 1-4. Modelo integral

Reúne los modelos Minnesota y comunidad terapéutica y reconoce etiología multifactorial
Conceptúa la adicción y nosología según CIE-10, OMS
Abordaje psiquiátrico (médico-psicológico)
Incorpora comorbilidad adictiva/psiquiátrica
Destinada a población abierta con problemas de consumo de psicotrópicos
Terapéutica residencial de alta calidad
Promueve motivación terapéutica y mantenimiento de abstinencia
Atiende otros problemas de salud vinculados
Ofrece diagnóstico biopsicosocial
Brinda tratamiento individualizado
Usa distintas escalas de tamizaje
Usa la historia clínica psiquiátrica codificada para las adicciones
Valoración psicológica y de trabajo social
Laboratorio y gabinete
Pruebas psicológicas y clinimétricas
Terapéutica ambulatoria
Incorpora a la familia
Rehabilitación
Programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal
Programas de investigación
Capacitación profesional

Es así que el gremio psiquiátrico-psicoterapéutico dedicado a este problema reclama la presencia de una preparación profesionalizada, experiencia y asesoría al personal terapéutico con miras al establecimiento de un cuerpo colegiado que avale la participación de cada grupo, en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención, base del ofrecimiento de servicios de alta calidad y amplia cobertura, cuya resocialización y mantenimiento prolongado de la abstinencia de los pacientes de las distintas poblaciones usuarias permita y fomente su crecimiento personal.<sup>21-23,29</sup>

La atención profesionalizada es una de las constantes preocupaciones del campo médico-psicológico,<sup>6,8,10,11</sup> y dada la amplia proliferación de instituciones de deficiente calidad que ofrecen servicios de consulta ambulatoria, e incluso internamiento, para problemas relacionados con el abuso y la adicción a psicotrópicos u otras alteraciones de la salud, se hace necesario atender esta circunstancia.<sup>3,4,9-11</sup> En su momento, la presencia de tales servicios se hizo comprensible, e incluso se justificó, debido tanto a la falta de participación y regulación gubernamental, la importancia y crecimiento mismo del fenómeno adictivo, y la imposibilidad práctica de disponer de suficientes servicios asistenciales para dar cobertura a los afectados, como a la escasa participación de los profesionales de la salud dedicados a esta área, que lamentablemente siguen siendo un grupo minoritario y deficientemente preparado.<sup>15,21,23</sup>

No obstante, las cosas tienden a cambiar. Desde la óptica profesional, los servicios asistenciales contra las adicciones representan un serio reto, debido a que la atención curativa de seres humanos debe ser firmemente avalada por una amplia gama de conocimientos adquiridos de manera formal.<sup>24</sup> Pero se requiere un nivel de intervención que parta del conocimiento de causa, amparado por un método eficaz de experiencia comprobada. Por lo tanto, los conceptos *profesional* y *profesionalización* se desprenden de una serie de experiencias y conocimientos adquiridos a través del tiempo. Estas experiencias, una vez rescatadas y sistematizadas al reorganizarse en marcos teóricos, permitirán una comprensión más clara —hasta donde el fenómeno lo permita—, que brinde explicación de su comportamiento y estimule el desarrollo de una metodología aplicativa para su combate.<sup>5,9</sup>

En tanto las elaboraciones teóricas desarrollan estrategias y herramientas técnicas de abordaje en la intervención de los fenómenos, el concepto de la profesionalización se inscribe en un marco de conocimientos estructurados con aval académico que reconoce sus efectos en una respuesta similar a la ejercida durante su función.<sup>6,7</sup> Desde esta óptica, lo *profesional* es patrimonio

**Cuadro 1-5. Características del manejo paraprofesional**

---

Visión anacrónica (AA nació en 1935)  
 No incorpora conocimientos actuales, p. ej., sobre neurofisiología (*craving*)  
 Generalización y sobresimplificación del fenómeno  
 Tratamiento (modelo moral) como castigo  
 Recomendaciones generales como guía  
 Indoctrinación (12 pasos y 12 tradiciones)  
 “Terapéutica” no individualizada  
 Terminología propia, no comparativa  
 Semántica paracientífica (tocar fondo)  
 Creación y mantenimiento de mitos  
 Uso de misticismo y lenguaje popular (no técnico)  
 Tipificación sin nosología (etiquetación) CIE-10 o DSM-IV-TR  
 Filosofía divergente de las neurociencias  
 Intervención subjetiva sin técnica ni método psicoterapéutico  
 No da cumplimiento a la normatividad de la salud  
 No realiza prevención  
 No realiza evaluación  
 No realiza investigación  
 Utiliza un modelo educativo informal (sentido común)

---

nio de la formalidad y de la confección estructurada del conocimiento,<sup>24</sup> sin menoscabo de que tal función pueda ser ejercida, como de hecho ocurre, sin haberse realizado los trámites de la formalización educativa, como en el caso del tratamiento del alcoholismo<sup>6,19,23</sup> (cuadro 1-5). Desde tal perspectiva, el conocimiento y el saber aplicados a la materia, con carácter de comprobación y repetición con resultados positivos prácticos para la salud, son lo que determina la categoría de *profesional*. De modo que, cuando se alude a ello, se indica una gama de conocimientos instaurados en el marco de la cientificidad, y es excluido todo aquello no contemplado en sus parámetros, como las aplicaciones empíricas acumuladas por individuos o grupos con funciones especiales dentro de su comunidad, que las practican porque gozan de cierto reconocimiento a nivel de relaciones sociales.<sup>19,25</sup>

Dicha profesionalización integra un elemento sustancial para el reconocimiento de los avances en el plano académico: la transformación de la formación, que significa cambios en los elementos que ha de contener una estructura de capacitación y en la organización de las instituciones que promuevan tal formación. En ese sentido, su implementación es una construcción colectiva en la que participan directivos y especialistas en la materia, con el propósito de garantizar la formación y su funcionamiento, lo cual supone una interdependencia entre lo que se elabora, desde la especificidad de

cada área de transformación, el perfeccionamiento en la actividad y la capacitación respectiva.<sup>5-7,10,30</sup>

Por otra parte, dicha profesionalización es el criterio que permitirá definir los rasgos característicos del papel del especialista adictólogo, que asumirá como compromiso la construcción de un saber específico que lo distinga de otros profesionales del área; que disponga de herramientas básicas, como el dominio de los recursos didácticos, competencias de lectoescritura que faciliten una adecuada comunicación, la creación de una capacidad crítica para reflexionar sistemáticamente sobre sus prácticas y, muy especialmente, la evaluación continua de sus resultados: acciones todas ellas necesarias para la toma de decisiones adecuadas en las diversas situaciones en las que se desenvuelve ese ejercicio profesional<sup>6,8,11,15</sup> (cuadro 1-6).

En forma complementaria, es importante señalar que, desde esta perspectiva, se desarrollen destrezas para la elaboración y la ejecución de las habilidades adquiridas, fomentando el trabajo en equipo, pues sólo éste, debido

**Cuadro 1-6. Conocimientos mínimos recomendados por la AMA al personal de salud**

---

Uso de una terminología común  
 Uso de los mismos criterios diagnósticos  
 Conocimientos básicos de epidemiología  
 Conocimiento de la historia natural del padecimiento  
 Conocimiento de los factores de riesgo genéticos, biológicos, familiares y socioculturales  
 Farmacología y fisiopatología  
 Evaluación completa del paciente, la cual se basa en técnicas que incluyen:

- Historia familiar y personal del consumo de sustancias
- Tests de selección-clasificación (tamizaje)
- Pruebas de laboratorio y gabinete
- Interpretación médica adecuada de los hallazgos físicos

Uso de estrategias contra la negación de la conflictiva del consumo de sustancias  
 Habilidades específicas y conocimiento apropiado de las técnicas de referencia  
 Conocimiento de las técnicas de cuidado a largo plazo  
 Conocimiento de los requisitos legales y regulatorios relacionados con:

- Prescripción y tratamiento de pacientes con problemas de consumo de sustancias
- Obtención de información en fuentes especializadas
- Obtención del consentimiento informado de los pacientes y sus familiares

---

Modificado de: Bowen OR, Sammons JH: The alcohol abusing patient: a challenge to the profession. *JAMA* 1988;260:2267-2270; Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª época* 2004;20(1):9-20.

a la complejidad del problema que se enfrenta, permite el logro de los objetivos propuestos.<sup>7,10,18,21</sup> De modo que la profesionalización referida, que se inicia con la formación de grado, continúa a lo largo de la carrera y deviene necesidad emergente de los procesos de trabajo que han de darse en forma continua,<sup>18,21,23</sup> pues la tarea de quien proporcione los servicios de salud es responsabilidad permanente que se plasma en los criterios y actividades relativas a la atención proporcionada, mismas que fortalecen la circunstancialidad institucional donde se realice.<sup>7,10,22</sup>

Entendida así la profesionalización como sistematización del conocimiento científico, en forma comprobatoria y documental demuestra su eficacia comparativa. Además, ofrece la realización de métodos y procedimientos, uso y análisis de estadísticas como herramientas de su eficacia, para el reordenamiento del curso de los procedimientos preferenciales y como guía de las políticas de atención institucional por niveles<sup>5,7,15</sup> (cuadros 1-6 y 1-7). En otras palabras, *profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los profesionales*, es dar formalidad a la labor a partir de la utilización del conocimiento veraz que simultáneamente combate la mitología popular prevaleciente.

Es facilitar la pronta recuperación de la salud, especialmente en el manejo de casos agudos y subagudos de los síndromes de intoxicación y abstinencia<sup>15</sup> y, asimismo, es catalizar el manejo psicoterapéutico de sus distintas modalidades donde no ha habido supervisión ni se cuenta todavía con el respaldo académico indispensable, y donde la mayoría de quienes se dicen terapeutas no lo son formalmente o no lo pueden documentar.<sup>6,24</sup>

Por su carácter profesional, una instancia terapéutica habría de enfocarse a reducir las principales afectaciones que se derivan de la condición adictiva y abatir los problemas vinculados con el consumo de sustancias, así como de la comorbilidad a nivel individual, familiar y social.<sup>10,12,15</sup> Un programa tal, planteado *grosso modo*,

debe incluir varios objetivos y distintas acciones conectadas con el riesgo y daños del proceso adictivo sobre la población, como:

1. Retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales.
2. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo destinadas a reducir el consumo nocivo, el abuso y la adicción a psicotrópicos.
3. Disminución del impacto de los problemas derivados de su consumo a nivel individual, familiar y social
4. Favorecimiento de la autogestión y autoasistencia por los usuarios.<sup>7,19,25</sup>

Los planteamientos anteriores llevan a considerar que la magnitud del problema rebasa los recursos actuales para su contención, por lo cual se hace necesaria una mejor y más adecuada participación política, económica, social y profesional en el campo,<sup>5,6,15</sup> especialmente a nivel de la nosología y de la propedéutica, y de modo particular en la prescripción de psicofármacos, que en algunos casos (sedantes, ansiolíticos e hipnóticos) ha sido indiscriminada a manos de médicos generales y especialistas no psiquiatras.<sup>4,18,22</sup>

En tanto por la extensión de los registros manejados hasta ahora éstos no sean comparativos entre las unidades asistenciales ni suficientes en contenido y calidad,<sup>25</sup> entre las prioridades más descolantes se ha de contemplar:

1. El mejoramiento de los procedimientos básicos de recolección de información, para su logística y la clasificación nosográfica con base en la NOM.<sup>10,15,20</sup>
2. El uso imprescindible y regular de la historia clínica especializada como pilar de la actividad medicopsicológica y psiquiátrica, como técnica indis-

#### **Cuadro 1-7. Recomendaciones al personal de salud. Conferencia Nacional sobre Alcohol/Drogas, Médicos de Atención Primaria y Educación Médica, 1985**

Epidemiología: incluyendo conocimiento de los factores de riesgo y la historia natural de la enfermedad adictiva

Fisiología y bioquímica de la dependencia de sustancias químicas

Farmacología: incluyendo conocimiento de los efectos comunes de las sustancias de abuso y las interacciones de las distintas drogas

Diagnóstico, intervención y referencia

Manejo de caso: incluyendo el manejo de las consecuencias del consumo de sustancias a corto, mediano y largo plazo

Prevención: a través de la promoción de la salud, identificación temprana o precoz y educación a los pacientes y sus familias

Identificación y evaluación de su propia actitud y conducta profesional en relación con el consumo de sustancias

Modificado de: Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D: A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA* 1987;257(21):2945-2948; Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª época* 2004;20(1):9-20.

pensable para el manejo terapéutico-rehabilitatorio.<sup>15,18,21</sup>

3. La revisión de los preceptos que guían el trabajo, actualización e incorporación de los criterios de validez comparativa internacional como formato oficial para todos los documentos institucionales.<sup>7,9,16,19</sup>
4. La promoción de una adecuada formación y actualización continua del personal terapéutico en adicciones.<sup>6,10,25</sup>
5. La promoción de la investigación clínica aplicada vigoriza una adecuada enseñanza profesional del campo y puede reorientar adecuadamente las políticas de servicio en esta porción profesional.<sup>6,7,10,11,21</sup>
6. Es importante considerar el conocimiento de los niveles de complejidad de la enfermedad, pues aloja diferencias que, vistas evolutivamente, representan la historia natural de la enfermedad y, aunque son etapas del mismo proceso adictivo, se personalizan en forma distinta en cada paciente.<sup>12,15,19</sup>

Consecuentemente, en la atención de un caso se debe solicitar mínimamente que:

1. El responsable médico o equivalente establezca lo más precozmente posible un diagnóstico antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas.
2. Discrimine entre las sustancias de abuso y adicción responsables de la condición que enfrenta y sus consecuencias.

3. Establezca un grado de severidad aproximado del caso, así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
4. Señale las variantes posibles de las indicaciones terapéuticas por realizar, incluidas las valoraciones e interconsultas, y que
5. Evalúe en la admisión la severidad global del caso y establezca su posible pronóstico.<sup>15,18</sup>

En suma, el reconocimiento temprano de este problema es un imperativo de la salud pública, donde la actuación individual y la familiar son objetivos factibles y capitales para impedir sus alcances negativos. En ello, el autoconocimiento y la autoaceptación del abuso y adicción en cada paciente son elementos terapéuticos importantes, en la medida en que permiten o no el desarrollo de estrategias para el cambio de los hábitos riesgosos.<sup>7,10</sup> Como el conocimiento de la personalidad premórbida del paciente, así como el manejo inadecuado de sus emociones, se liga a la recaída y combate el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo,<sup>21,25</sup> es prioritario lograr una adecuada comprensión que facilite su reincorporación a un mejor funcionamiento psicosocial, en pro de la elevación de su calidad de vida.<sup>26</sup>

Los esfuerzos descritos no podrán lograr eficacia y eficiencia, ni serán confiables, sin la participación de lineamientos éticos indispensables, lo cual es especialmente relevante en esta profesión.<sup>27</sup> Dedicación, profesionalismo, tolerancia, paciencia y respeto son los valores capitales e insustituibles del ejercicio de esta actividad.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud: *Prevención y control de adicciones en México*, 1998.
2. **Prado GA**: Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En: Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Fideicomiso para los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
3. Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones: *Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México, Dirección de Normatividad, 1998.
4. *Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*. México, SSA, Dirección General de Epidemiología, 1998.
5. **Souza y Machorro M**: *Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones*. Conferencia Magistral. Ciclo de Conferencias ¡El futuro es nuestro! "La droga es muerte." I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 16 de octubre de 1999.
6. **Souza y Machorro M**: *Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México*. Primer Simposium Regional de las Américas "Nuevos Focos de Atención en la Psiquiatría". World Psychiatric Association y Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, 1998.
7. FINCA: *Programa de prevención y control de adicciones en México*. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal. 1998.
8. FINCA: *I Curso para la Formación de Orientadores en Adicciones*. Subdirección de Investigación y Enseñanza. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal. 1998.
9. CICAD: *Informe final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. CICAD. Buenos Aires, Organización de Estados Americanos, 1997.
10. **Souza y Machorro M**: Programa de operación de la Subdi-

- rección de Enseñanza e Investigación 1998-2000. En: FINCA: *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
11. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª época* 1998;14(3):100-106.
  12. **Souza y Machorro M:** *I Simposio CIJ-IMSS de Diagnóstico y Tratamiento de Adicciones*. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México, Centros de Integración Juvenil, A. C. 1997.
  13. ACTA: *Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10/DSM-IV*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Buenos Aires, Fondo para la Salud Mental, 1995.
  14. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL:** *Nosología psiquiátrica ¿DSM-IV o CIE-10?* Revista CIJ, Órgano Informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997;8(2):88-90.
  15. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Fideicomiso para los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  16. Organización Mundial de la Salud: *Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades*. Capítulo Quinto. Desórdenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  17. American Psychiatric Association: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.
  18. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga L, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
  19. World Health Organization: *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, WHO, 1993.
  20. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. Diario Oficial, 1998.
  21. **Souza y Machorro M, Prado GA, Vélez BA:** *Modelo terapéutico residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas*. México, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA). 1999.
  22. FINCA: *I Curso sobre Adicciones para personal FINCA*. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2 al 15 de marzo de 1999.
  23. **Souza y Machorro M:** *La deficiencia formativa del personal de salud y sus consecuencias en el manejo de los síndromes adictivos*. Simposio "Las adicciones: desarrollos, conflictos y alternativas". México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina y Contradicciones, Salud y Sociedad, A. C. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. 1999.
  24. **Mercado del CVR:** *Requisitos para los planes de estudios de licenciaturas, maestrías y doctorados*. Dirección de Desarrollo Universitario. México, Dirección General de Educación Superior, Secretaría de Educación Pública, SEP, 1997.
  25. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª época* 1999;15(1):12-19.
  26. **Mercado CG, Souza y Machorro M, Martínez MAJ, Martínez MJ:** *La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto*. Trabajo presentado en el Simposio "Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de Vida". X Congreso Nacional. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional "Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad". México, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", SSA, 1999.
  27. Asociación Mundial de Psiquiatría: *Médicos, pacientes, sociedad, derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires, 1998.
  28. Simposio Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. Simposium Regional de las Américas "Nuevos focos de atención en la psiquiatría" de la World Psychiatric Association y la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, Jal. 1998. Souza y Machorro M: Enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª época* 1998;14(3):100-106.
  29. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México*. Gobierno del Distrito Federal, 1998. Souza y Machorro M, Prado GA, Vélez BA: *Modelo terapéutico residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas*. México, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA), 1999.
  30. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000;16:110-116; Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000; Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y iatrogenia en adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27; Souza y Machorro M: Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, Q. Roo, 16 al 20 de noviembre de 2001.

## Pautas para la evaluación clínica

La evaluación clínica de los cuadros derivados del abuso de drogas requiere instrumentos diagnósticos que apoyen el abordaje integral destinado al logro de la reinserción social del paciente y su futura supervisión, para fomentar el crecimiento individual-social de los afectados.

Dicha evaluación, como investigación dirigida, breve y detallada del examinado, requiere experiencia y acuciosidad destinadas a la labor institucional de proporcionar instrucción y actualización para una adecuada función nosoterapéutica.

- La estrategia se alcanza enfocando las cinco formas de abordaje según sus respectivos niveles de complejidad: síndromes de intoxicación, síndromes de abstinencia, manifestaciones agudas y crónicas agudizadas, manifestaciones crónicas propiamente y manifestaciones residuales de la adicción una vez logrado su control.
- La estrategia considera los factores de comorbilidad psiquiátrica, que se encuentran a su vez íntimamente ligados a la estructura de la personalidad premórbida del paciente y a su habitual capacidad fallida de adaptación. Ambas características se relacionan con los grupos causales etiogénicos, concomitantes y consecuentes.
- La evaluación es aplicable a todos los individuos que requieran consulta por consumo de sustancias sin importar su edad, lugar de residencia, estrato socioeconómico, estado civil u otros, a efecto de determinar si el evaluado es portador o no de un

problema médico actual o de alguna otra afección médico-psiquiátrica adicional.

- La evaluación completa del paciente (interrogatorio y exploración) es un procedimiento que debe requisarse al primer contacto con el paciente; si las condiciones no son óptimas, debe realizarse en la misma forma en que se aplica al paciente comatoso: describiendo la condición que presenta, a efecto de documentar la atención brindada y las características del solicitante.
- Es obligatoria en todo el territorio nacional de acuerdo con las Normas Oficiales: para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica NOM-025-SSA2-1994; Del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998 y Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones NOM-028-SSA2-1999, dividida en:
  - **Motivo de la consulta.** Causas, condiciones y características de asistencia voluntaria o involuntaria del paciente y expectativas de solución.
  - **Antecedentes terapéuticos y de consumo de psicotrópicos.** Se exploran, en relación al manejo, actitudes familiares y de otros, así como los antecedentes de interrupción y reanudación de consumo, posibles tratamientos recibidos y sus resultados, conductas violentas derivadas del consumo y consecuencias de éstas.
  - **Patrón de consumo.** La integración de esta información es esencial para la valoración clí-

Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM *et al.*: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCCPA). *Psiquiatría* 1998;14:13-25.



nica, pues aporta un panorama amplio y preciso de la condición de consumo del paciente.

- **Circunstancias del consumo.** Exploran las situaciones habituales en los últimos cinco años respecto de las sustancias consumidas.
- **Efecto de la intensidad y duración del consumo.** Indaga las situaciones más relevantes en torno a la dosis, efectos y tolerancia, que orientan sobre la gravedad del consumo.
- **Dosis habitual del consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotrópicos.** Indaga el tipo de sustancia, uso previo (cinco años) y uso en el último año. La integración de esta información aporta un panorama acerca de la situación del paciente.
- **Consumo anterior y actual de cada una de las sustancias, tiempo de consumo y abstinencia alcanzada.** Uso previo. Año del primer uso. Edad y uso regular. Uso en el último año: dosis y periodo máximo del consumo para consignar tanto el número de veces en que se consume cada sustancia por día como el número de veces en determinado tiempo (día/semana/mes).
- **Abstinencia máxima y actual:** número máximo de días o meses en que no hubo consumo de la(s) sustancia(s).
- **Vía de uso.** Forma de administración de la(s) sustancia(s).
- **Fecha del último consumo.** Dosis y periodo máximo del consumo (número de veces por día/semana/mes). Unidades/día. Considere la cantidad de unidades correspondiente a cada sustancia consumida en un día. Veces por día. Considere el número de veces por día y el tipo de unidades (copas, botellas, ampollitas, etc.).
- **Periodo.** Se refiere a la categoría de cada sustancia en los últimos cinco años.
- **Abstinencia.** Se divide en máxima y actual. La abstinencia como antecedente (abstinencia máxima) se refiere al periodo máximo en que el individuo dejó de consumir la(s) sustancia(s) en el último año.
  - La abstinencia actual (durante el último año) se refiere al tiempo en que se ha suspendido el consumo de la(s) sustancia(s) en el momento de la evaluación. En el caso en que un individuo no haya consumido ninguna sustancia en el año anterior a la evaluación, la abstinencia máxima y la actual serán la misma.
  - **Vía de uso.** Ruta de administración de la(s) sustancia(s): oral, intravenosa, etc.
  - Fecha del último consumo: día, mes y año.
- **Antecedentes familiares patológicos.** Datos de afectación familiar más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. Detalle los datos que arroja el paciente a la pregunta del evaluador. Cuando se especifique la existencia de un trastorno, señale el parentesco correspondiente.
- **Antecedentes personales patológicos.** Datos de afectación individual más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos, consignando además otros antecedentes que sean de importancia. Indague todos los antecedentes mencionados y especifique los datos que arroje la evaluación en cada caso.
- **Antecedentes psiquiátricos.** Un alto porcentaje de los consumidores de sustancias presentan un trastorno psiquiátrico concomitante.
- **Antecedentes ginecoobstétricos.** Indague el ciclo menstrual y los antecedentes gestacionales. Registre la edad en años cumplidos en el momento del primer sangrado menstrual. Considere número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, muerte fetal *in utero* y muerte perinatal, así como el número de hijos procreados. Fecha de la última menstruación, eumenorrea (ciclos regulares de 28 a 30 días con duración de tres a cinco días por ocasión), amenorrea (ausencia de más de una menstruación), dismenorrea (alteración, como dolor e irregularidad menstrual, o reglas con mayor intensidad), climatérica (ausencia fisiológica de menstruación). Relación sexual durante el embarazo, frecuencia coital y la edad gestacional. ¿Consumió psicotrópico durante el embarazo? (sustancia(s) utilizada(s) y edad gestacional). ¿Cuántas parejas ha tenido? (número de parejas tenidas en los últimos cinco años). ¿Cuántos hijos y parejas ha tenido? (número total de hijos y parejas tenidos).
- **Otros antecedentes personales.** Datos higiénicos, alimentarios y recreacionales.
- **Antecedentes del desarrollo y otros.** Prenatales (ingestión de drogas durante la gestación), perinatales (periodo de gestación y un mes más después del nacimiento), anomalías del desarrollo (trastornos del crecimiento, de la alimentación, del lenguaje, del sueño, de la eliminación, de la locomoción y juego; relaciones con los padres, noción del “no”, ansiedad de separación, fobia escolar, etc.) y maltrato físico y emocional en la infancia (presencia de golpes, castigos, descalificación, o amenazas o injurias).
  - Antecedentes de conducta sexual actual y de alto riesgo (educación sexual, prácticas mastur-

batorias, presencia de temores y otras condiciones relacionadas con la vida sexual; uso regular de condón en los últimos cinco años), prácticas sexuales de alto riesgo. Abuso sexual en la infancia (acoso, abuso, raptó, estupro, incesto y violación). Edad de la primera eyaculación. Edad de la primera experiencia coital. Fisiología sexual habitual. Número de parejas sexuales en los últimos cinco años. Uso regular de anticonceptivos (dependiendo del coito: técnica o método supeditado a la actividad sexual: diafragmas, condones, jaleas, etc.).

- **Síndromes sexuales específicos:** trastornos de la identidad, disfunciones sexuales de origen no orgánico y otros trastornos de las inclinaciones sexuales, trastornos psicológicos y de la conducta sexual, orientación sexual egodistónica y trastornos de la relación sexual. ¿Malestar o inadecuación con su sexo anatómico? ¿Usa ropa del sexo opuesto? ¿Exposición genital a desconocidos? ¿Observa relación de otros? ¿Falta de deseo de más de un año de duración? ¿Relación sexual con sufrimiento o malestar? ¿Relaciones sexuales inusuales? ¿Relación sexual con prepúberes? ¿Alguna repercusión sexual por el uso de psicotrópicos? (especificar la circunstancia y la conducta sexual tenida).
- **Interrogatorio por aparatos y sistemas.** Explore los datos más relevantes de la sintomatología relacionada con las adicciones existentes en el último año.
- **Exploración mental.** Alteraciones más destacadas del estado mental del individuo en el momento de la evaluación. Considere aspectos del *habitus* exterior, como tipo de paciente, aseo y aliño, postura, actitud hacia la evaluación y edad aparente en relación con la cronológica. Disártrico (alteración en la articulación de la palabra), dislábico (alteración en la emisión de la palabra o fonema). Registre también si el discurso es espontáneo, coherente y congruente o reiterativo. Esta sección es importante al brindar información sobre el estado del paciente (intoxicación, abstinencia, cuadro orgánico, etc.). Alteración de la conciencia. Atención (capacidad voluntaria e involuntaria del individuo que le hace sostener su interés en un asunto particular para distraerse). Hiperprosexia (aumento en la vigilancia o la atención volitiva), hipoprosexia (disminución en la vigilancia o la atención volitiva). Registre la capacidad de concentración y el estado de orientación. Los anteriores reactivos son muy importantes para descartar un cuadro de into-

xicación aguda o cuadros de abstinencia graves, como el *delirium tremens*. Ilusiones (percepciones falsas ante la presencia de un objeto: el paciente puede percibir un lápiz como un cuchillo que lo amenaza). Alucinaciones (percepción falsa sin estímulo). Alteraciones del pensamiento y juicio (forma, curso y contenido). Velocidad del pensamiento (orienta al tipo de droga que el paciente esté ingiriendo si en el momento de la evaluación está intoxicado). Velocidad lenta o rápida del curso del pensamiento. Dentro del contenido del pensamiento se exploran los tipos de ideas: la idea obsesiva (aquella que el paciente refiere como “parásita”, irracional, causante de ansiedad, pero que en torno a ella hace un juicio de realidad) y la idea delirante (irracional, fuera del contexto de realidad), que el paciente no enjuicia.

- Alteraciones del estado afectivo, distimia, trastorno bipolar, trastorno ciclotímico. El cuadro depresivo puede presentarse como respuesta a un factor tensional importante para la vida del individuo (separación de la pareja, problemas económicos, pérdida del trabajo, etc.).
- Exploración física (antropometría) y exploración neurológica. La exploración clínica rutinaria considera cuatro elementos: inspección, palpación, percusión y auscultación. Registre estatura, peso y signos vitales según medición y exploración.
- Diagnóstico (intoxicación, abuso, adicción, *delirium*, etc.) y registro de la comorbilidad psiquiátrica de acuerdo con la CIE-10:
  - F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (*delirium*, demencias, trastornos amnésicos y trastornos cognoscitivos no especificados).
  - F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos (trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, efectos secundarios de un medicamento y exposición a tóxicos).
  - F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (trastorno esquizofreniforme; esquizoafectivo, delirante; trastorno psicótico breve; trastorno psicótico compartido; trastorno psicótico debido a enfermedad médica e inducido, con síntomas psicóticos como característica definitoria).
  - F30-F39 Trastornos del humor (trastornos del estado de ánimo; incluyen trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor; trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado).

Trastorno bipolar I y II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo no especificado).

- F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos (trastornos de ansiedad, trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado). Crisis de angustia. Agorafobia. Trastorno de angustia con y sin agorafobia. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Fobia específica. Fobia social. Trastorno obsesivo-compulsivo. Trastorno por estrés posttraumático y por estrés agudo. Trastorno de ansiedad generalizada debida a enfermedad médica y el inducido por sustancias. Trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría y trastorno dismórfico corporal). Trastornos disociativos (amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo —antes personalidad múltiple—, trastorno de despersonalización y trastorno disociativo no especificado).
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (los trastornos alimentarios anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Los trastornos del sueño se subdividen en disomnias y parasomnias. Trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y el inducido por sustancias. Disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, la inducida por sustancias y la disfunción no especificada.
- F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (trastornos específicos de la personalidad, trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, trastornos de la identidad sexual, así como trastornos de las inclinaciones sexuales o parafilias). El trastorno paranoide de la personalidad, el esquizoide, el esquizotípico, el antisocial, el límite o limítrofe, el histriónico, el narcisista, el trastorno por evitación, por dependencia, el obsesivo-compulsivo, y los trastornos del control de los impulsos. Trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía. Parafilias (exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista y voyeurismo) y trastornos de la identidad sexual (identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo).
- F70-F79 Retraso mental (F70.9 Retraso mental leve: CI entre 50 y 55 y aproximadamente 70. F71.9 Retraso mental moderado: CI entre 35 y 40 y 50 y 55. F72.9 Retraso mental grave: CI entre 20 y 25 y 35 y 40. F73.9 Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25. F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada).
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico (trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, trastorno específico del desarrollo psicomotor y trastornos generalizados del desarrollo).
- F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador); trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez. Trastornos de tics. Trastornos de la eliminación (encopresis y enuresis). Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.
- Diagnóstico, sustancias responsables, grado o intensidad de la dependencia, códigos nosológicos de la CIE-10 y comorbilidad psiquiátrica. Diagnósticos concomitantes a la adicción que hacen más comprensible la entidad desde el punto de vista diagnóstico.
- **Indicaciones terapéuticas.** Opciones terapéuticas para el manejo de los casos.
- **Opciones de manejo y pronóstico.** Señale las opciones que considere pertinentes; condición glo-

bal de la severidad en el momento de la evaluación.

- **Observaciones generales.** Impresión del profesional respecto del paciente: sobre el rendimiento intelectual, su capacidad de análisis y síntesis, introspección, conciencia de enfermedad, credibilidad de la información y actitud ante el interrogatorio y la exploración; así como las observaciones sobre la actividad del registro y otras pertinentes al diagnóstico, pronóstico y manejo del caso. Actitud que mostró el paciente en el interrogatorio, de acuerdo con el criterio del evaluador y con base en lo que éste haya observado.
- **Comentarios.** Registre información complementaria o adicional que amplíe el margen de respuesta concedido a la evaluación y para señalar detalles extra e incluir los códigos diagnósticos CIE-10 de la comorbilidad psiquiátrica.

## RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

Las intoxicaciones severas y las sobredosis deben tratarse invariablemente en un ambiente hospitalario, o bien en unidades equivalentes, como servicios de urgencia e instituciones que cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes.

El primer objetivo por considerar en el tratamiento de cualquier síndrome de intoxicación es la evaluación y el mantenimiento de los signos vitales. Una vez que se haya logrado esto, podrán ser atendidos todos los demás aspectos. Salvo en aquellos casos en que no se cuente con suficiente personal, es posible llevar a cabo varios procedimientos diagnósticos en forma simultánea. En todos los casos de intoxicación y abstinencia se debe considerar la posible participación de más de una sustancia a la vez.

El segundo objetivo es detener la absorción de las sustancias y favorecer su eliminación. Para ello, el vómito debe ser inducido siempre que la sustancia se haya ingerido y el paciente esté consciente.

Este procedimiento es eficaz aun varias horas después de la ingestión, sobre todo en el caso de opiáceos, ya que éstos tienen por característica retardar el vaciado gástrico. En los pacientes que han vomitado poco después de la administración de la sustancia, el curso de la intoxicación suele ser, en general, más breve y menos severo. Considérese de modo general que está indicado

producir el vómito sólo en aquellos pacientes que se encuentren plenamente conscientes. La inducción se logra ya sea por estimulación directa de la hipofaringe o mediante la administración de eméticos, como el jarabe de ipecacuana en dosis oral de 30 a 60 mL junto con 1 L de agua, o bien la administración de agua salina (250 mL de agua tibia con 40 a 60 g de cloruro de sodio o mostaza de mesa). Cuando la inducción del vómito no es exitosa, o cuando existe contraindicación para la emesis, debe efectuarse un lavado gástrico. Si el paciente no responde a estímulos ambientales, la intubación debe preceder al lavado gástrico. La intubación endotraqueal es particularmente útil en las personas que han ingerido opiáceos y en quienes la dilatación gástrica y el piloroespasmo son frecuentes; en ellos, la regurgitación puede producir broncoaspiración con todos sus riesgos.

Es conveniente tomar muestras del contenido gástrico para su análisis toxicológico, y canalizar una vía venosa a fin de permitir la administración de soluciones y medicamentos. Si la persona mejora en un periodo de 8 a 12 h, probablemente sólo requerirá observación del estado de conciencia y monitoreo de los signos vitales. Es indispensable la valoración de la progresión del estado de coma del paciente durante las primeras horas, ya que la profundidad del estado de coma mantiene relación directa con la cantidad de sustancia utilizada y la evolución esperada. Cuando el estado de coma o la depresión respiratoria se producen poco tiempo después de la administración de sustancias, es factible esperar un curso más prolongado del episodio de pérdida de conciencia. Es importante evaluar este estado de manera frecuente, a fin de determinar la progresión o tendencia a la mejoría en un paciente. Las observaciones deben realizarse continuamente. Si el paciente se encuentra en estado de coma, es necesario valorar la profundidad de esta alteración, puesto que requiere un tratamiento de apoyo especializado. Cabe recordar que por lo general, durante los estados de coma, los reflejos tendinosos profundos se pierden antes de que ocurra la supresión del reflejo corneal. Este último puede estar presente incluso en individuos apneicos.

Las medidas por seguir en los pacientes que cursan con estado de inconsciencia deberán incluir:

- **Permeabilización de las vías aéreas.** La simple colocación del paciente en decúbito lateral puede evitar la obstrucción causada por la lengua flácida que cae hacia la parte posterior de la faringe. A continuación deberá procederse a la limpieza de las vías respiratorias que estuvieran obstruidas. Esto se logra limpiando la boca de la persona con una gasa. Para ello, es necesario jalar la lengua ha-

cia afuera y remover residuos alimenticios, de sangre, moco, vómito o goma de mascar que hubiera en la cavidad.

- **Posición del paciente.** Se colocan las manos sobre los ángulos mandibulares y el mentón, se tira de ellos traccionando ligeramente la cabeza hacia atrás y hacia arriba, cuidando de mantener el mentón en alto y no causar hiperextensión del cuello. La lengua habrá de ser jalada hacia delante para asegurar que no se obstruya la parte posterior de la orofaringe. Si el individuo aún presentara reacción a los estímulos evidenciados por la presencia de reflejos, el examinador deberá ser cauteloso, para evitar ser mordido. Si no existen reflejos, deberá colocar una cánula de Guedel para hacer permeable la vía aérea superior. En caso de no contar con esta cánula, la lengua deberá mantenerse traccionada constantemente o, lo que es mejor, se procederá a la intubación del paciente.
- **Administración de oxígeno.** Por vía de catéter nasal se administra éste a una velocidad aproximada de emisión de 1 000 a 1 500 mL/min si el individuo se encuentra apneico. Cuando no se cuente con los recursos necesarios para la intubación endotraqueal, deberá aplicarse respiración asistida con un ambú o, en último caso, asistir con respiración de boca a boca o boca a nariz. La frecuencia de insuflación debe ser de aproximadamente 12 veces/min, cuidando que el aire penetre efectivamente en los pulmones. Ello se evidencia con la expansión del tórax y la exhalación audible del aire inspirado.

El aparato cardiovascular debe ser rápidamente valorado, constatando el ritmo y la frecuencia del pulso. Los pulsos carotídeos, temporales, radiales y femorales también deben ser revisados. Si los ruidos cardiacos se encuentran ausentes, es necesario iniciar el masaje cardiaco externo colocando las palmas de ambas manos, una encima de la otra, sobre el esternón bajo, oprimiendo firmemente 60 veces/min. Esta maniobra debe efectuarse simultáneamente con las de ventilación. Cuando se cuente con un aparato electrocardiógrafo, es necesario realizar un monitoreo cardiaco. Asimismo, tanto la fibrilación como las arritmias deberán ser adecuadamente manejadas. Si a pesar de las maniobras el corazón continúa en paro, se recomienda administrar adrenalina intracardiaca en concentración de 1:10 000 y en dosis única de 1 a 5 mL.

sencia de por lo menos dos personas, con el fin de efectuar de manera simultánea la respiración asistida y el masaje cardiaco externo sobre la pared del tórax. Si existe sospecha de hipoglucemia, deberá aplicarse una carga IV de 25 g de dextrosa a 50% en 50 mL. En ocasiones es muy difícil determinar si el paciente se encuentra intoxicado o cursando un periodo de hipoglucemia; en este momento, sin embargo, es crucial la intervención, ya que el SNC puede sufrir daño muy prontamente. La administración de líquidos debe hacerse estrictamente de acuerdo con las necesidades del individuo, usando de preferencia soluciones glucosadas (podrían estar contraindicadas en pacientes diabéticos), con el fin de evitar el posible edema pulmonar agudo. Cuando el edema pulmonar se desarrolla, pueden ser necesarias la intubación y la traqueotomía para aplicar ventilación con aparato de presión positiva al final de la inspiración, e impedir así la progresión del edema. Tanto el ingreso como las pérdidas de líquidos deberán ser registrados, a fin de establecer el balance hídrico.

El equilibrio ácido-base y la administración de electrolitos deberán hacerse en función de los resultados obtenidos en las gasometrías arteriales, en conjunción con las determinaciones electrolíticas de la sangre. La hipotensión arterial es un signo presentado por los pacientes con deficiencias en la oxigenación tisular.

La intubación y la ventilación pueden resultar en una elevación de la presión sanguínea. Una hipotensión persistente puede incrementar la capacidad vascular, así como una eyección cardiaca reducida. La frecuencia del pulso en estas circunstancias es normal, y la hipotensión puede responder a la administración de soluciones salinas endovenosas. Ésta es una medida racional que puede ser empleada en aquellos pacientes cuya función renal se encuentre intacta.

Si existe estado de choque, se recomienda el uso de vasopresores como dopamina (Clorpamina®), que en dosis de 2 a 5 µg/kg/min permite obtener efecto beta estimulante compensatorio. En dosis de 5 a 30 µg/kg/min es estimulante de los receptores beta adrenérgicos, y pasados los 30 µg/kg/min actúa sobre los receptores alfa adrenérgicos. La dopamina se administra en dosis de 5 a 30 µg/kg/min en perfusión endovenosa continua. La Cryosolona® (metilprednisona) 100 a 500 mg (30 mg/kg) IV o IM cada 4 a 6 h hasta por 48 h, o la hidrocortisona (Flebocortid®) en dosis IV de 50 mg/kg bolo único para pasar en 2 a 4 min, que se repetirá si es necesario cada 4 a 6 h, según el esquema dosis/respuesta, pero no más allá de 48 h.

La acidosis en muchas ocasiones es producto de la insuficiencia cardiaca. Su corrección se logra mediante la administración IV de carbonato ácido de sodio (bi-

Para la ejecución de las maniobras mencionadas, especialmente las de reanimación, es recomendable la pre-

carbonato) en dosis de 50 mL (3.7 g), con lo que el estado acidótico se revierte y la función cardíaca se mejora.

La fibrilación ventricular debe corregirse con corriente eléctrica o por medio de la aplicación de lidocaína en dosis IV de 50 a 100 mg, a una velocidad no mayor de 25 a 50 mg/min. Las crisis convulsivas se tratan con diazepam (Valium®) en dosis IV de 5 a 10 mg.

El medicamento debe ser perfundido a una velocidad de 2 mg/min a fin de evitar el paro respiratorio producido habitualmente por la administración súbita. Este último fenómeno es más frecuente en las personas que han ingerido fármacos, alcohol o barbitúricos.

Si la crisis no es yugulada en los siguientes 10 min, la dosis puede repetirse. En los pacientes que no responden a dosis repetidas de diazepam (hasta un total de 20 mg) puede aplicarse difenilhidantoína (Epamin®) a una velocidad de 50 mg/min en dosis IV total de 18 mg/kg.

En aquellos individuos que desarrollan *status epilepticus* será necesaria la intubación endotraqueal, y probablemente la anestesia general, para controlar el cuadro que puede poner en peligro la vida.

En niños, el uso de este fármaco es en dosis de 0.1 a 0.2 mg/kg/día, y puede aumentarse repitiendo la dosis a los 10 o 15 min cuando se presente la epilepsia convulsiva generalizada en su modalidad de *status epilepticus*, hasta 0.15 a 0.25 mg/kg/día hasta 3 mg en 24 h.

La hemodiálisis no se encuentra indicada, excepto en el estadio IV de coma. Aunque la diálisis peritoneal no sustituye a la hemodiálisis, puede ser usada junto con la diuresis forzada en aquellos pacientes que no puedan ser transferidos a una unidad de hemodiálisis.

Las sustancias dializables incluyen a los barbitúricos, el etanol y el etoclorovinol.

Son indicaciones de hemodiálisis:

- Estado de coma profundo con apnea e hipotensión persistente.
- Administración de una dosis de psicotrópico potencialmente letal.
- Niveles sanguíneos de la sustancia que correspondan a concentraciones potencialmente letales.
- Disfunciones en las vías o rutas de degradación y excreción.
- Estado de coma prolongado y complicaciones severas.
- Estas indicaciones son más relativas que absolutas; por ello, es necesario considerar la situación específica de cada paciente a fin de decidir su uso.
- Dado que el individuo a quien se somete a hemodiálisis requiere ser manejado bajo anticoagulantes, heparina o equivalentes, es necesario descartar la existencia de una hemorragia del SNC y, a su vez, antes de efectuar este procedimiento, debe descartarse la presencia de un hematoma subdural.

Es importante que el equipo de salud detecte en forma oportuna las complicaciones físicas y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica existente, y solicite interconsulta a los servicios e instituciones especializadas cuando esto sea necesario.

Cuando los medicamentos o fármacos de uso médico son utilizados por autoprescripción, es decir, sin indicación ni vigilancia profesional, pueden convertirse con alguna frecuencia en sustancias de abuso. Muchos de ellos son capaces de producir cuadros tóxicos con alucinaciones.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud: *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*. México, Secretaría de Salud, 1993.
2. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Sánchez HR: *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. 3ª ed. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003.
3. Gopalan R, Santora P, Stokes EJ: Evaluation of a model curriculum on substance abuse at the Johns Hopkins University School of Medicine. *Acad Med* 1992;67:260-266.
4. Bourne G: *A treatment manual for acute drug abuse emergencies*. U. S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administr., 1996.
5. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: *Informe final de la primera reunión del grupo de expertos sobre reducción de la demanda*. Buenos Aires, Organización de Estados Americanos, 1997.
6. Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (CLACT): *1er Encuentro Nacional*. México, 1997.
7. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga L, Guisa CVM, Lorenzoi AS et al.: *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCCPA)*. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Reporte interno. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997.
8. Long P, Arif A, Westermeyer J: *Manual of alcohol and drug abuse. Guidelines for teaching in medical and health institutions*. Plenum Press, 1988.
9. Souza y Machorro M: *Sociedad y enajenación: adicciones*. Simposio Reflexiones sobre las Adicciones. II Congreso de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental. Oaxaca, septiembre 2 al 6, 1997.
10. American Psychiatric Association: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.

11. Organización Mundial de la Salud: *Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades*. Capítulo Quinto. Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
12. OMS: *Evaluation of dependence liability and dependence potential of drugs*. Technical Report Series No. 577. Report of a WHO Scientific Group, 1975.
13. **Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Sánchez HR:** *Alternativas de rehabilitación en salud mental*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
14. **Ellenhorn M, Barceloux G:** *Medical toxicology*. Nueva York, Elsevier, 1988.
15. **Díaz Barriga SL:** *Clasificación y farmacología de las sustancias psicoactivas*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
16. **Lipton M, Di Mascio A, Killan KF:** *Psicofarmacología*. Madrid, Espasa, 1982.
17. **Ellenhorn M:** *Medical toxicology. Diagnosis and treatment of human poisoning*. William and Wilkins, 1997.
18. **Souza y Machorro M:** Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina. *Rev Fac Med UNAM* 1988;31(3):61-68.
19. **Souza y Machorro M:** *Educación en salud sexual para personal de salud*. Programa de Actualización Continua. México, Asociación de Psiquiatría Mexicana, A. C., 2001.
20. **Kaplan H, Sadock B:** *Synopsis of psychiatry*. 8ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
21. **Goldman H:** *Review of general psychiatry*. 4ª ed. Appleton and Lange, 1995.
22. **Díaz Barriga SL:** *Manual para la realización del examen físico y neurológico a pacientes farmacodependientes*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1995.
23. **Waxman S:** *Neuroanatomía y neurología funcional*. México, El Manual Moderno, 1997.
24. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCPCA). Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;7:291-307.
25. **Madden J:** *Alcoholismo y farmacodependencia*. México, El Manual Moderno, 1986.
26. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
27. **Souza y Machorro M, Montero MC, Cárdenas AJ, Domínguez JL:** Historia clínica codificada para la sexualidad femenina (HCCSF). *Ginecol Obstet Méx* 1987;55:227-287.

## La normatividad de la salud

Entre los problemas psiquiátricos de salud pública más graves del mundo contemporáneo están la patología adictiva y su comorbilidad.<sup>1-3</sup> Hasta hace unos años, en México, el consumo diversificado de medicamentos psicotrópicos, marihuana, alcohol y disolventes volátiles ocupaba un lugar preferencial en las tasas de abuso de sustancias, especialmente entre los jóvenes.<sup>3,4</sup> A pesar de innumerables acciones emprendidas por las diversas instituciones que luchan contra su diseminación y consecuencias patógenas, éstas señalan actualmente que su potencialidad destructiva aún ocupa un lugar primordial entre abusadores y adictos a psicotrópicos.<sup>1,2,5-7</sup> A ello se agrega la amplia difusión del tabaquismo y el abuso del alcohol entre niños, jóvenes y mujeres.<sup>7,8</sup>

La edad de inicio de consumo de psicotrópicos ha descendido, y sigue generalizándose en la población el abuso de cocaína como droga de inicio,<sup>8-10</sup> sin contar el consumo de fármacos de uso médico por automedicación —con finalidad tóxica—, así como otros sedantes opiáceos y nuevas drogas sintéticas (metil-endioxi-metanfetamina).<sup>9,10</sup> Sin embargo, cabe destacar que, muy a pesar de la gran dispersión del fenómeno adictivo —el cual rebasa las medidas y recursos destinados a su control—, el panorama actual para el abordaje y la terapéutica clínica de esta severa problemática finalmente muestra un nuevo escenario de lucha: una potencialidad institucional en desarrollo, que consiste en su reorganización conceptual con las modificaciones normativas correspondientes, así como la profesionalización del modelo y sus procedimientos de modo integral, con miras a una mejor comprensión y manejo.<sup>11</sup>

De hecho, en múltiples reuniones profesionales se ha puesto de manifiesto la relevancia y utilidad de esos lineamientos que, en materia de salubridad general, rigen

la atención de los usuarios de los servicios de salud imprescindibles en el manejo de problemas adictivos.<sup>13</sup> De ahí que las acciones reportadas y las estrategias tiendan a seguir el marco de una normatividad más precisa y adecuada, comentada en su requerimiento indispensable desde hace varios lustros,<sup>12,14</sup> ya que faculta mejores procedimientos al amplio espectro del manejo de los casos, desde la prevención hasta la rehabilitación.<sup>3,4,14</sup>

El derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución Mexicana<sup>15</sup> y reglamentado por la Ley General de Salud.<sup>11</sup> Las instancias terapéuticas del país para el logro cabal de sus objetivos —en materia de adicciones— han de consolidar las consideraciones que son el espíritu de dicha legislación:<sup>7,16</sup> “El logro del bienestar físico y mental del hombre enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”<sup>16</sup> Todas estas consideraciones van apareadas *a fortiori* con la vigorización, el adecuado aprovechamiento y la utilización de los servicios de salud.<sup>108</sup>

Lo anterior, por otra parte, se nutre, a título indispensable, del desarrollo de programas de enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.<sup>7,16</sup> De ese modo, al tomar en cuenta las acciones correspondientes, se comprende por qué la sola labor de desintoxicación que algunos grupos de los distintos niveles de



actuación en el tema realizan sin el logro de una abstinencia permanente y, en la medida de lo posible, sin recaídas —aunque éstas sean parte de la evolución de los casos de abuso/adicción—, nunca es suficiente para consolidar un manejo adecuado del caso, ya que no podrían recuperarse las potencialidades perdidas ni se alcanzaría a desarrollar otras nuevas<sup>3,17</sup> (cuadro 1-1 en la página 2). Sólo una mejoría tal, ajustada a las condiciones de cada paciente,<sup>3,18</sup> es capaz de llevar al individuo a la superación de su compleja enfermedad, a través de una auténtica y global reivindicación como ser humano, en los planos individual, familiar y social.<sup>3,6,18,19</sup> (cuadro 3-1).

La legislación mexicana de la salud considera, en el marco de la salud pública, la atención médica preferencial para beneficio de los grupos vulnerables, que incluye: “La salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud y la coordinación de la investigación para la salud. La educación para la salud a la población. Los programas específicos contra las adicciones. El control sanitario de la publicidad, de actividades, productos y servicios vinculados.”<sup>7,16</sup>

Por su parte, los servicios destinados a garantizar el derecho a la protección de la salud —a través de programas de educación para la salud, acciones de prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes y de los accidentes— hermanan la salud mental a la asistencia social. Esto es posible toda vez que los programas de protección de la salud y prestación de servicios fortalecen la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud y tienden a incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.<sup>7,16</sup> Como puede apreciarse, todo esto se encuentra íntimamente relacionado con las adicciones y su manejo institucional. Asimismo, la legislación otorga prioridad a la prevención de las enfermedades mentales basada en el conocimiento de los factores que la afectan, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control, así como otros aspectos relacionados.

### **Cuadro 3-1. Modelos de atención preventiva aplicados a las adicciones**

---

Modelo sociológico  
 Modelo legal  
 Modelo económico  
 Modelo psicosocial  
 Modelo riesgo/protección

---

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

A efecto de lograr la promoción de la salud mental, la Ley General de Salud establece<sup>11</sup> que: “La Secretaría de Salud y otras entidades deben fomentar y apoyar el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a su desarrollo, preferentemente de la infancia y de la juventud, la realización de programas para la prevención del uso y abuso de psicotrópicos, estupefacientes, disolventes volátiles y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental colectiva”. Por lo tanto, la atención de las enfermedades mentales comprende la atención de personas con tales padecimientos, la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos crónicos, los deficientes mentales, alcohólicos y personas que habitualmente usen sustancias psicotrópicas, y la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas a su estudio, tratamiento y rehabilitación.

De modo que, con el internamiento u hospitalización de personas con tales padecimientos en establecimientos destinados a ello, se espera que se asuman principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales determinados a este efecto.<sup>18,16</sup> Y como la Secretaría está facultada para crear las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) —para prestar atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental—, recomienda las normas y criterios para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud y la promoción de actividades requeridas para la satisfacción de las necesidades del país en la materia. De ello se desprende que la Secretaría y los gobiernos de las entidades federales están encargados de coadyuvar, con las autoridades e instituciones educativas, en el señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en sus diferentes niveles académicos y técnicos. Ello es relevante para la terapéutica antiadictiva, especialmente respecto de la definición del perfil de los profesionales de la salud, en sus etapas de formación.<sup>7,16</sup> En este sentido, la legislación establece<sup>11</sup> que la investigación para la salud comprenda: “El desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. A la prevención y control de los problemas de salud considerados prioritarios para la población. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud. Y al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la presta-

ción de servicios de salud.” En consecuencia, la investigación en este ámbito precisa del cumplimiento de ciertos requisitos mínimos indispensables. Éste es el caso de la investigación en seres humanos, la cual debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, especialmente en lo relativo a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

Pero esto sólo podrá ser realizado por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades competentes.<sup>7,16</sup> También es de importancia capital para esta breve revisión acotar que las disposiciones en la materia puntualizan claramente que los establecimientos que presten servicios de salud llevarán las estadísticas que les señale la Secretaría y proporcionarán la información correspondiente<sup>7,16</sup> (cuadro 1-5 en la página 5).

La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. De ahí que se delimite dicha promoción en los ámbitos de la educación para la salud, el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, la salud ocupacional y el fomento sanitario. Para dicho efecto, la ley determina que:<sup>11</sup> “La educación para la salud fomente en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud; proporcione a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud. Oriente y capacite a la población preferentemente en materia de salud mental, educación sexual, riesgos de la automedicación, prevención de las adicciones, la salud ocupacional y otros relativos a la rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades”.<sup>7,16</sup> De la mano de esto, la labor de prevención y el control de enfermedades y accidentes incluye, entre las enfermedades transmisibles, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sujeto a notificación obligatoria de casos.

Al respecto, establece la obligación de las medidas por tomar de acuerdo con la naturaleza y características del padecimiento,<sup>22</sup> aplicando los recursos al alcance para proteger la salud de los individuos, que en la terapéutica de las adicciones —especialmente en el uso intravenoso de drogas— resulta de trascendencia capital.<sup>7,16,23,24</sup>

Este ordenamiento general<sup>11</sup> creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) para promover

y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas correspondientes. El Consejo estableció la coordinación para la ejecución del programa contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, para aglutinar en él distintas acciones, como la prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los dependientes del alcohol, así como la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales —dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva— y el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.<sup>7,16</sup>

Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se propone la realización de actividades de investigación de los siguientes aspectos: “Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo”.<sup>7,16</sup> De modo similar, se propone la ejecución del Programa contra el Tabaquismo, que comprende diversas acciones. Entre éstas, la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y la educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud —dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes— a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva.

Éstos incluyen la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos, y la prohibición de fumar en el interior de los edificios públicos propiedad del Gobierno Federal —en los que se alberguen oficinas o dependencias de la Federación y en aquellos en los que se otorguen servicios públicos de carácter federal—, a excepción de las áreas restringidas reservadas en ellos para los fumadores. En consecuencia, para ejecutar las acciones contra el tabaquismo, se establece<sup>11</sup> tener en cuenta la investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas, así como la educación de la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes. Asimismo, el ordenamiento dispone a la Secretaría para coordinar las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promover y organizar servicios de orientación y atención a

fumadores que deseen abandonar el hábito, y desarrollar acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes.<sup>7,16</sup>

Paralelamente, también establece la ejecución del Programa contra la Farmacodependencia, a través de diversas acciones de prevención y tratamiento y, en su caso, “la rehabilitación de los pacientes adictos. La educación sobre los efectos del abuso de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la dependencia a fármacos y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento, en el marco de un programa nacional coordinado entre las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas”.<sup>7,16</sup> Al efecto, la normatividad define como bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción entre 2 y 55% en volumen, las cuales no deben expendirse o suministrarse a menores de edad y cuyos envases deben ostentar la leyenda: “El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud.”<sup>7,16</sup>

Los medicamentos, y de modo semejante las sustancias psicotrópicas y el alcohol, son definidos como: “toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas”. Y como fármaco se define: “toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento”.<sup>7,16</sup> Por lo anterior, los fármacos psicotrópicos se clasifican en cinco grupos:

1. Con valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública (psilocibina).
2. Los que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública (anfetamina).
3. Los que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública (ácido barbitúrico, efedrina).
4. Los que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública (biperideno, amitriptilina).

5. Los que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismos que se terminarán en las disposiciones reglamentarias correspondientes.<sup>7,16</sup>

En tal contexto, es importante resaltar que la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas, o cualquier producto que los contenga, se encuentra a disposición del citado ordenamiento,<sup>11</sup> las disposiciones del Consejo de Salubridad General y otras normas del Ejecutivo Federal relacionadas con la materia. Por lo tanto, los actos a que se refiere este artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos, y requerirán, al igual que las sustancias respectivas, previa autorización de la Secretaría,<sup>11,16</sup> la cual autoriza la adquisición de psicotrópicos sólo para fines de investigación científica, entregadas a organismos o instituciones bajo control y vía protocolo.<sup>7,16</sup>

A efecto de una más amplia divulgación, cabe destacar algunas características prácticas de la prescripción de psicotrópicos (fracción III Art. 245-246):<sup>16</sup> “cuando se trate del grupo al que se refieren las citadas fracciones, requerirán para su venta o suministro al público, receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la que deberá surtirse por una sola vez y retenerse en la farmacia que la surta, de acuerdo a las disposiciones de la Secretaría”. Otros psicotrópicos (fracción IV Art. 245-246)<sup>16</sup> “requerirán para su venta o suministro al público, receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la cual podrá surtirse hasta por tres veces, con una vigencia de 6 meses, contados a partir de la fecha de su expedición y no requerirá ser retenida por la farmacia que la surta, las primeras dos veces”.<sup>7,16</sup>

Tomando en consideración el riesgo que representan para la salud pública por su frecuente uso indebido, es prerrogativa de la Secretaría determinar cuáles sustancias con acción psicotrópica, que carezcan de valor terapéutico y puedan ser utilizadas en la industria, artesanías, comercio y otras actividades, deban ser consideradas como peligrosas, y su venta deba estar sujeta al control de la dependencia.<sup>16,17</sup> En relación a los disolventes volátiles, para evitar y prevenir el consumo de estas sustancias que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, la Secretaría y los gobiernos de las entidades federales “deben determinar y ejercer medios de control en el expendio de disolventes volátiles, para prevenir su consumo por parte de menores de edad e incapaces. Es-

tablecer sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de tales sustancias, para evitar su empleo indebido. Brindar la atención médica que se requiera a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de disolventes volátiles, y promover y realizar campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de dichos psicotrópicos. Todo ello sin perjuicio de que a los establecimientos que vendan o utilicen dichas sustancias volátiles con efecto psicotrópico que no se ajusten al control que disponga la autoridad sanitaria, así como a los responsables de los mismos, se les apliquen las sanciones correspondientes”.<sup>11</sup>

El decomiso de psicotrópicos (nalbufina, pentobarbital, secobarbital y las sustancias de los grupos III-IV Art. 245) requiere dar aviso a la Secretaría, para que expresen su interés en alguna o algunas de estas sustancias. Destaca el hecho de que los medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas que puedan causar dependencia, y que no se encuentren comprendidas en sus disposiciones aplicables (Arts. 245-246), son considerados como tales y quedan igualmente sujetos a lo estipulado (Arts. 251-252).<sup>7,16</sup>

Por último, pero en lugar preponderante, se señala el interés de la normatividad<sup>11</sup> frente a la publicidad, ya sea dirigida a profesionales de la salud o a la población en general. Aquí destaca la autorización de la publicidad para promover el uso, venta o consumo, en forma directa o indirecta, de los insumos para la salud, las bebidas alcohólicas y el tabaco, así como otros productos y servicios determinados en esta ley.<sup>11</sup>

En materia de publicidad se establecen varios requisitos: “La información contenida en el mensaje sobre calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficios de empleo debe ser comprobable. El mensaje debe tener contenido orientador y educativo. Los elementos que lo compongan, en su caso, deben corresponder a las características de la autorización sanitaria respectiva. Éste no debe inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos para la salud física o mental que impliquen riesgo o atenten contra la seguridad o integridad física o dignidad de las personas, en particular de la mujer. El mensaje no debe desvirtuar ni contravenir los principios, disposiciones y ordenamientos que en materia de prevención, tratamiento de enfermedades o rehabilitación, establezca la Secretaría y debe estar elaborado conforme a las disposiciones legales aplicables.

“Tratándose de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, ésta no debe asociarse directa o indirectamente con el consumo de bebidas alcohólicas. La publicidad no debe inducir a hábitos de alimentación noci-

vos, ni atribuir a los alimentos industrializados un valor superior o distinto al que tengan en realidad. La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas debe incluir en forma visual, auditiva o visual y auditiva, según sea para impresos, radio o cine y televisión, respectivamente, mensajes precautorios de la condición del producto o mensajes promotores de una alimentación equilibrada”.<sup>7,16</sup>

Por su parte, la publicidad de bebidas alcohólicas y del tabaco debe ajustarse a los siguientes requisitos: “limitarse a dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos. No debe presentarlos como productores de bienestar o salud, o asociarlos a celebraciones cívicas o religiosas. No podrá asociar a estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o feminidad. No podrá asociar estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo. No podrá incluir, en imágenes o sonidos, la participación de niños o adolescentes ni dirigirse a ellos. En el mensaje, no podrán ingerirse o consumirse real o aparentemente los productos de que se trata ni podrán participar en dicho mensaje personas menores de 25 años. En el mensaje deben apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario empleado” (Artículos 218-276).<sup>7,16</sup>

Es importante señalar, a efecto de la conveniencia de la salud pública, que la Secretaría puede dispensar ciertos requisitos de ley cuando en el mensaje, y en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración, se promueva la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, se desaliente el consumo de tabaco —especialmente en la niñez, la adolescencia y la juventud—, así como advierta contra los daños a la salud que ocasiona el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y del tabaco. Los horarios en los que las estaciones de radio y televisión y las salas de exhibición cinematográfica podrán transmitir o proyectar, según el caso, publicidad de bebidas alcohólicas o de tabaco, se ajustarán a lo que establezcan las disposiciones generales aplicables.<sup>7,16</sup>

Por otro lado, la publicidad dirigida a la población en general sólo se efectuará sobre medicamentos de libre venta y remedios herbolarios, y debe incluirse en ella en forma visual, auditiva o ambas, según el medio, el texto: “consulte a su médico”, así como otras leyendas de advertencia que la Secretaría determine. Pero en ambos casos, la publicidad se limitará a difundir las características generales de los productos, sus propiedades terapéuticas y modalidades de empleo, señalando en todos los casos la recomendación de consulta médica antes de

su uso. Sólo se autorizará la publicidad de medicamentos con base en los fines para los que estén registrados, y se determinará, asimismo, en qué casos la publicidad de productos y servicios a que se refiere esta ley<sup>11</sup> deberá incluir, además de los ya expresados, otros textos de advertencia de riesgos para la salud.<sup>7,16</sup>

Una parte capital del problema terapéutico de las adicciones radica en que a menudo genera un ánimo divergente en el personal de salud, entre quienes sólo unos cuantos tienen preparación formal, mientras que el resto —bajo el aval discrecional del Estado— actúa con sólo el favor de su experiencia subjetiva.<sup>25</sup> De estos últimos, la mayor parte lo hacen desde el empirismo y sin bases observacionales confiables, por lo que aún mantienen cierto grado de confusión, iatrogenia y diversos tipos de charlatanería, destacado en la normatividad al efecto.<sup>26-28</sup> Otra parte del problema se liga a la diversidad de modelos curativos empleados,<sup>3,28</sup> abordajes que, desde la óptica de sus respectivas filosofías y por distintas razones intrínsecas y ajenas, no contribuyen aún a integrar la unidad funcional que permita ofrecer, en conjunto, la respuesta social unitaria y eficaz que el problema requiere.<sup>1,3,7,11,25,26</sup> Desde que inició el combate del fenómeno adictivo en el país, los esfuerzos dirigidos a su estudio y las diferencias técnicas y presupuestales entre lo destinado a prevención primaria y lo dirigido a tratamiento y rehabilitación siguen siendo mucho menores en esta última porción.<sup>3,20,25,29</sup> Quizá esto se deba a la conveniencia teórica de consolidar el supuesto deteni-miento del problema adictivo por vía de la educación y promoción de la salud —en boga entonces— como principales elementos de la estrategia dirigida a contener la demanda social de consumo.<sup>26,29</sup> Y por otro lado, quizá se deba al amplio apoyo político-económico dado a los esfuerzos dirigidos a reducir la disponibilidad de sustancias, lo cual, tanto en el sector oficial como en el privado, ha mermado el interés y los recursos humanos y materiales destinados al manejo de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos.<sup>20,29</sup> Entre tanto, parecen haberse empobrecido las acciones curativas y desgastado los criterios destinados al mantenimiento de esquemas terapéuticos, que no incluyen regularmente la farmacoterapia especializada, ni el uso de escalas u otros instrumentos de diagnóstico autoaplicables (cuadro 3-2).

Asimismo, éstos carecen de, o presentan severas deficiencias en, la utilización de expedientes clínicos especializados en adicciones, y no dan fomento adecuado a las actividades destinadas a la resocialización de los pacientes, bajo supervisión regular y evaluación de sus programas.<sup>3,25-27</sup> Comoquiera que sea, los esquemas prevalentes no han progresado al ritmo de la demanda

asistencial, ni de la actualización de su filosofía operativa, lo cual da lugar a la ignorancia, o bien, al desacato de la normatividad por determinados grupos que continúan concibiendo el manejo en términos de penitencia o castigo.<sup>3,20,25,28,29</sup> (cuadros 1-1 [página 2] y 3-3). Dada la magnitud del problema y sus peculiares características, persisten diversos escollos por librar. Entre los más importantes destacan, a juicio de algunos formadores de recursos humanos en salud:<sup>20,29,31,32</sup>

- Conceptuar claramente, para su neutralización, el papel de la mitología popular predominante y la desinformación que la acompaña y distorsiona,<sup>33</sup> lo cual detiene el progreso de la simiente racional del conocimiento actualizado.
- El adecuado uso de las herramientas técnicas que habrán de esgrimirse para combatirla<sup>34-36</sup> desde el punto de vista de sus paradigmas clínicos y nosopropedéuticos,<sup>35,36</sup> en el marco de una estrategia interactiva que facilita la Internet como el vehículo

### Cuadro 3-2. Principales instrumentos codificados y cuestionarios para la detección de consumo de alcohol

---

CAGE ( <i>Cut Down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, eye-opener drinks</i> ) es uno de los más sencillos y fáciles de usar
MAST ( <i>Michigan Alcoholism Screening Test</i> ) cuenta con varias versiones abreviadas. Es el más confiable y preciso de los métodos disponibles actualmente, pues con sólo 3 preguntas de las 24 que conforman la prueba, se abarca casi 30% de la puntuación total (¿Alguna vez has asistido a una reunión de AA?, ¿Has buscado ayuda de alguien por tu forma de beber? y ¿Has estado en un hospital por haber bebido?)
AUDIT ( <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> ) es muy útil para identificar bebedores con nivel de consumo peligroso
EADA (Escala Autoadministrada de Detección de Alcoholismo) sirve para realizar autodiagnóstico
MAC (Escala de Alcoholismo de MacAndrew) es útil en pacientes que niegan preguntas directas sobre el beber
CMF (Cuestionario Mortimer-Filkins) tamiza entre pacientes alcohólicos y bebedores problema
IBA (Índice para Bebedores Adolescentes) discrimina estilos de beber: automedicamentoso vs. rebelde
CIDI ( <i>Composite International Diagnostic Interview</i> ) es una entrevista psiquiátrica estructurada que tamiza el alcoholismo en etapas sintomáticas y es un instrumento básico en la investigación epidemiológica psiquiátrica

---

AA = Alcohólicos Anónimos. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.

lo más preciso, expedito, específico y rentable para la enseñanza local, o a distancia, de las poblaciones seleccionadas como receptores de mensajes formativos.<sup>20,34,37</sup>

- Una clara visión terapéutica nutrida de recursos teórico-prácticos capaz de hacer tal labor<sup>21,38</sup> en el marco de conocimientos y destrezas que distingan su carácter profesional.<sup>38-46</sup> Deficiencias en cuyo lecho se albergaron las más diversas dificultades para el enfrentamiento cabal de tan severa patología social,<sup>28,30,33,47</sup> que reclama nuevas y mejores acciones correctivas, a corto y largo plazo.<sup>21,31,32,38</sup>

Cuando aparecieron los modelos profesionales y para-profesionales combinados (modelo Minnesota) al inicio de la concepción terapéutica antiadictiva durante la segunda mitad del siglo XX,<sup>4</sup> ocurrió un cambio drástico en la perspectiva del manejo de una pequeña fracción del ámbito clínico.<sup>3</sup> Pero si bien esta modalidad ha dado frutos con su visión combinada, debido a su ubicación particular y reducida área de influencia resulta benéfica sólo para un pequeño sector pudiente de la población, siendo insuficiente en términos de cobertura local, y menos aún nacional.<sup>20</sup>

A ello se suma la omisión, por ignorancia o uso inapropiado, de la Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades (ICD-10),<sup>48</sup> que en su carácter de clasificación oficial no permite su utilización de modo consistente en los distintos espacios clínicos, con fines nosológicos, bioestadísticos, discriminación comórbida y asignación terapéutica adecuada a cada caso<sup>3,25,28,35,36</sup> (cuadro 1-3).

En la actualidad, la visión profesional de la terapéutica busca su desarrollo y consolidación en complementar las actividades preventivas. Para ese efecto se precisa de la implementación de una subespecialidad psiquiátrica acorde con la visión internacional recomendada por los expertos mundiales.<sup>20,21,29,31,48,51-57</sup> En esa dirección, cabe destacar que tras el establecimiento de la NOM para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994)<sup>38</sup> —dirigida básicamente a establecer y hacer respetar los derechos humanos y la dignidad del paciente psiquiátrico—, se han agregado otras medidas. Entre ellas está la NOM del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998),<sup>26</sup> que establece los criterios científico-tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico —obligatorio en México— para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado.<sup>25,58-66</sup> En ésta destaca la integración del expediente clínico y

la obligación del personal de salud de cumplir la normatividad en forma profesional, cuidando que la información sea manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Dicha información sólo podrá ser dada a conocer a terceros —o a CONAMED, para arbitraje médico— por orden de la autoridad competente. En el caso de los expedientes de psicología clínica, la historia clínica y las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, en el marco ético-científico señalado.<sup>26</sup> De la mano con esto, la NOM para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM 028-SSA2-1999)<sup>7</sup> establece y uniforma los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas.<sup>1</sup> Incluye acciones dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico<sup>11</sup> como herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, avalado por criterios internacionales, publicados, para programas de tratamiento contra las adicciones.<sup>38</sup>

Para completar el breve marco jurídico de esta comunicación y a efecto de una mejor valoración y control de esta problemática en el ámbito institucional, es preciso señalar que la adición de los criterios de la NOM para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH (NOM-010-SSA2-93),<sup>22</sup> como respuesta oficial a los avances científicos de los últimos años, en torno a la infección por el VIH y al SIDA, sus repercusiones sociales y sus alternativas actuales —en cuanto a productos para diagnóstico y tratamiento— motivan la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para su prevención y control.<sup>22</sup>

Esta norma estipula que:<sup>22</sup> “la enfermedad puede transmitirse por prácticas sexuales de riesgo (hombres y mujeres con vida sexual activa que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección son potencialmente vulnerables, como los hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual), por los compañeros sexuales de personas con VIH/SIDA. Personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales. En particular, los usuarios de drogas intravenosas y quienes comparten agujas o jeringas contaminadas; aquéllos(as) expuestos(as) a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual, amén de otras variadas condiciones, que es de suma utilidad conocer.”<sup>11,23,24</sup> Por ejemplo, entre las medidas de prevención destaca que éstas deben aplicarse a toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de la infección, además de realizarse acciones específicas dirigidas al personal de sa-

lud, poblaciones en riesgo y contextos de vulnerabilidad para adquirir la infección.<sup>67-72</sup>

La prevención del estatus de “VIH-positivo” debe ser llevada a cabo por los órganos competentes, a través de actividades de educación para la salud, promoción de la salud y participación social. Sus actividades deben orientarse a la formación de conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección.<sup>69-71,73,74</sup> De manera específica, se deben llevar a cabo la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud, dirigiéndose al personal de salud y a los grupos con mayor vulnerabilidad a adquirir la infección.<sup>75-82</sup>

Las acciones de promoción de la salud se orientan a: “informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH como problema de salud pública. Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables para reducir el riesgo de contraer el VIH. Orientar a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos adolescentes. Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas seropositivas o que tengan SIDA. Dar a conocer a la población los mecanismos de transmisión, formas de prevención e instituciones de información y atención, relacionadas con la infección por VIH. Informar a la población acerca de la importancia de otras enfermedades de transmisión sexual, ETS (sífilis, gonorrea, clamidiasis, herpes genital, vaginosis bacteriana), como factores facilitadores para adquirir la infección por VIH, y promover la búsqueda de la atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención de contactos para otras ETS”.<sup>82-92</sup>

Las acciones de participación social se dirigen a: “sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control. Invitar al personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubs, grupos deportivos y otros grupos de la comunidad, a que colaboren en actividades educativas y de promoción. Promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad, en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA. Promover la integración y participación activa de la sociedad, para la realización de acciones concretas de educación y detección. Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales, en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas”.<sup>70,72,73,75,87</sup>

En materia de educación, las acciones se encaminan a: “desarrollar modelos educativos que respondan a los

intereses de los distintos grupos poblacionales, por lo que deben estar orientados a la adopción de conductas preventivas para disminuir el riesgo de contraer el VIH. Instruir a todas las personas que desempeñen labor docente, en el sentido de que el tema del VIH y SIDA sea abordado con objetividad y en función de los resultados del progreso científico. Colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr una modificación en su conducta, a efecto de obtener una detección oportuna y la atención adecuada. Instruir al personal de salud con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas. Capacitar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes en su manejo adecuado, dando preferencia al uso de material desechable y, cuando esto no sea posible, para que dichos instrumentos sean esterilizados y desinfectados en los términos que establece el apartado. Promover el uso consistente y correcto de los condones de látex (masculino) y/o poliuretano (femenino) en prácticas sexuales de carácter coital. Recomendar a la población con prácticas de riesgo que evite la donación de sangre, leche materna, tejidos y células germinales”.<sup>67,70,71,78,81,83,88,89</sup>

El personal de salud debe recomendar a la población infectada con el VIH/SIDA: “realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (vía condón). No donar sangre, semen ni órganos para trasplante. No compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y, en general, objetos punzocortantes que sean de uso personal. Valorar la conveniencia de evitar el embarazo, entre muchas otras más.”<sup>67,69,70,76,77,81,82,89,90</sup> En el mismo sentido, es muy importante señalar las medidas de control, detección y diagnóstico, atención y tratamiento, notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos. Las instituciones del sector salud deben ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico en el individuo afectado, y favorecer su adaptación a la nueva situación. Para evitar discriminación y mayores repercusiones sociales en la familia, el acta de defunción que expida el registro civil debe tomar como causa de muerte la que en el certificado de defunción expresamente se señale como causa primaria.<sup>11,22-24,67,68,72,77,80</sup>

El SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, y es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana. Esta responsabilidad compete al médico tratante, o al personal de salud directamente involucrado, a los laboratorios, sean públicos o privados, y a los bancos de sangre que

obtengan resultados positivos al realizar la prueba. La notificación de casos de VIH/SIDA debe hacerse de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, así como proteger al afectado contra daños a su honor y dignidad. El resultado no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial, la cual deberá acatarse en todo momento.<sup>11,22</sup> Por lo tanto, la notificación del caso de SIDA o infectado por VIH se debe hacer en sobre cerrado, marcado como “confidencial”, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo confidencial y bajo su estricta responsabilidad. Para fines de vigilancia epidemiológica, se consideran casos de “infección por VIH” aquellos sujetos con infección confirmada.<sup>11,22</sup>

De esta breve reseña se desprende la intencionalidad normativa de la salud: la imprescindible utilización de un modelo profesional inclusivo e integral, que dé cuenta global del problema de las adicciones y su comorbilidad, desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada. Que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos de los que se dispone contra su historia natural, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad.<sup>3,52-56,93,94</sup> Ello demanda preparación organizada de los recursos humanos y materiales y su actualización constante, supervisada según los criterios de vanguardia más prácticos en el campo.<sup>4,25</sup> El gremio psiquiátrico-psicoterapéutico dedicado a este problema reclama preparación profesionalizada, experiencia y asesoría al personal terapéutico con miras al establecimiento de un cuerpo colegiado, que avale la participación de cada grupo, en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención. Ello es la base del ofrecimiento de servicios de alta calidad y amplia cobertura, cuya resocialización y el mantenimiento prolongado de la abstinencia de los pacientes de las distintas poblaciones usuarias permita y fomente su crecimiento personal y comunitario.<sup>4,9,20,24,30,47,93,94</sup>

La atención profesionalizada es una de las constantes preocupaciones del campo médico-psicológico. Dada la proliferación de instituciones con servicios de consulta ambulatoria o internamiento para problemas relacionados con el abuso y adicción a psicotrópicos u otras alteraciones de la salud, es necesario atender esta cir-

cunstancia.<sup>1,3,20,21,25</sup> Desde la óptica profesional, los servicios asistenciales contra las adicciones representan un serio reto, debido a que la atención curativa de seres humanos debe ser firmemente avalada por una amplia gama de conocimientos adquiridos de manera formal.<sup>20,21,32</sup> Pero se requiere un nivel de intervención que parta del conocimiento de causa, amparado por un método eficaz de experiencia comprobada. En tanto las elaboraciones teóricas desarrollan estrategias y herramientas técnicas de abordaje en la intervención de los fenómenos, el concepto de la profesionalización se inscribe en un marco de conocimientos estructurados con aval académico, el cual reconoce sus efectos en una respuesta similar a la ejercida durante su función. Así, desde esta óptica, lo profesional es patrimonio de la formalidad y la confección estructurada del conocimiento, sin menoscabo de que tal función pueda ejercerse compartidamente con los grupos de autoayuda —o ayuda mutua, como los denomina la NOM—,<sup>7</sup> siempre que se estipule, de acuerdo con el curso natural del trastorno, el orden, tipo de recursos pertinentes y acciones de los respectivos niveles de atención —como en el caso del alcoholismo<sup>12,14,30,33,36</sup>— cuando estos servicios existen en la comunidad.<sup>3,95</sup> En su defecto, las acciones operarán sin el aval técnico y científico necesario.<sup>47</sup>

Dicha profesionalización integra un elemento sustancial para el reconocimiento de los avances en el plano académico: la transformación de la formación, lo cual significa cambios en los elementos que una estructura de capacitación ha de contener y en la organización de las instituciones que la promuevan. En ese sentido, su implementación es una construcción colectiva en la que participan directivos y especialistas en la materia, con el propósito de garantizar la formación y su funcionamiento, de acuerdo con la normatividad de Prestación de Servicios,<sup>38</sup> de Tratamiento y Control de Adicciones,<sup>7</sup> de Expediente Clínico<sup>26</sup> y de Prevención y Control de VIH/SIDA.<sup>22</sup> Esto supone una interdependencia entre lo que se elabora, desde la especificidad de cada área de transformación, el perfeccionamiento en la actividad y la capacitación respectiva.<sup>20,29,34,35</sup>

Entendida así, la profesionalización como sistematización del conocimiento científico —en forma comprobatoria y documental— demuestra su eficacia comparativa y ofrece la realización de métodos y procedimientos. Asimismo, promueve el uso y análisis de estadísticas como herramientas de su eficacia, para el reordenamiento del curso de los procedimientos preferenciales,<sup>35</sup> y sirve de guía para las políticas de atención institucional por niveles<sup>20,21</sup> (cuadros 1-1 y 1-5, en las páginas 2 y 5). En otras palabras, profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los



profesionales, sino dar formalidad a la labor a partir de la utilización del conocimiento veraz que, simultáneamente, combate la mitología popular prevaleciente. Es facilitar la pronta recuperación de la salud, con base en lineamientos específicos, particularmente en la atención de casos agudos y subagudos de los síndromes de intoxicación y abstinencia. Y asimismo, es catalizar el manejo psicoterapéutico de sus distintas modalidades donde no ha habido supervisión ni se cuenta todavía con el respaldo académico indispensable, y donde la mayoría de quienes se dicen terapeutas no lo son formalmente<sup>20,25</sup> o no lo pueden documentar en términos de validez oficial.<sup>27</sup> Por su carácter profesional, una instancia terapéutica habría de enfocarse en reducir las principales afectaciones que derivan de la condición adictiva y en abatir los problemas vinculados al consumo de sustancias, así como de la comorbilidad personal y psicosocial. Un programa tal, planteado *grosso modo*, ha de incluir varios objetivos y distintas acciones conectadas con el riesgo y los daños del proceso adictivo sobre la población: retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales; establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo destinadas a reducir el consumo nocivo, abuso y adicción de psicotrópicos; disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario, y fomento de la autogestión y autoasistencia por los usuarios.<sup>3,46</sup>

Los planteamientos realizados llevan a considerar que la magnitud del problema rebasa los recursos actuales para su contención, lo que hace necesaria una más efectiva y útil participación política, económica, social y profesional en el campo, especialmente en cuanto a la nosología y a la propedéutica, y particularmente en la prescripción de psicofármacos —en algunos casos, a manos de médicos generales y especialistas no psiquiatras—, que ha sido equívoca e indiscriminada. En tanto la extensión de los registros no cumpla la normatividad ni haga factible su comparación bioestadística en las unidades asistenciales, debido a su insuficiencia cualitativo-cuantitativa,<sup>20,25</sup> entre las prioridades más descolantes se han de contemplar:

- El mejoramiento de los procedimientos básicos de recolección de información, para su logística y clasificación nosográfica, con base en las normas oficiales.
- El uso sistemático de la historia clínica especializada como técnica indispensable para el manejo terapéutico-rehabilitatorio.

### Cuadro 3-3. Principales trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones

---

Trastornos afectivos  
 Trastornos por ansiedad  
 Trastornos por déficit de atención con hiperactividad  
 Trastornos de conducta  
 Trastornos alimentarios  
 Trastornos psicosexuales  
 Trastornos del sueño  
 Suicidio  
 Esquizofrenia  
 VIH/SIDA  
 Otros

---

Whimore EA, Milulick SK, Thompson LL: Influences on adolescent substance dependence, conduct disorders, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:87-97; Essau CA, Conradt J, Peterman F: Frequency and co-morbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37:831-843; Wilens T, Biederman J, Spencer T: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1996;5:73-91; Giancola PR, Mezzich AC: Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: Better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61:809-817; Bulik CM, Sullivan P, McKee M: Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283; Shaffi M, Steltetz-Linarky J, Derrick AM: Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:227-233; Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA: Comprehensive textbook of psychiatry. 7ª ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1999; Guisa CVM, Díaz Barriga SL; Quintanilla BJ, Souza y Machorro M: *Manual de diagnóstico y tratamiento de cuadros agudos por abuso de drogas*. Dirección de Tratamiento. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.

- La revisión de los preceptos que guían el trabajo, actualización e incorporación de los criterios de validez comparativa internacional, como formato oficial para todos los documentos institucionales.
- La promoción de una adecuada formación y actualización continua del personal terapéutico.
- La promoción de la investigación clínica aplicada que vigorice la enseñanza profesional y reoriente las políticas de servicio en este campo, así como el conocimiento de los niveles de complejidad de la enfermedad, los cuales, en su calidad de historia natural, se personalizan en forma distinta en cada paciente (cuadro 3-3).

En consecuencia, en la atención de cada caso se debe solicitar que el profesional responsable:

- Establezca, lo más precozmente posible, un diagnóstico antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas.
- Discrimine entre las sustancias de abuso y adicción, responsables de la condición que enfrenta, y sus consecuencias.

- Establezca un grado de severidad aproximado del caso, así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
- Señale las variantes posibles de las indicaciones terapéuticas por realizar, incluidas las valoraciones e interconsultas.
- Evalúe, en la admisión, la severidad global del caso y establezca su posible pronóstico.<sup>3,20,21</sup>

En suma, el reconocimiento temprano del problema, la corrección efectiva y el apego a la normatividad son un imperativo de salud pública. La actuación individual y familiar son un objetivo factible y capital para impedir los tradicionales alcances negativos. En ello, el autococonocimiento y la autoaceptación del abuso y adicción, en cada paciente, son elementos preventivos y terapéuticos

importantes, en la medida en que permiten, o no, el desarrollo de estrategias para la modificación de los hábitos riesgosos.

Como el conocimiento de la personalidad premórbida del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se ligan a la recaída y combaten el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo<sup>3,6,30,32,95,96</sup> es prioritario lograr su adecuada comprensión, para eliminar la recaída del paciente y promover su reincorporación a un mejor funcionamiento psicosocial, en pro de la elevación de su calidad de vida.<sup>96-99</sup> Pero los esfuerzos descritos no podrán lograr eficacia y eficiencia, ni serán confiables, sin la participación de lineamientos éticos indispensables.<sup>100</sup> Dedicación, profesionalismo, tolerancia y respeto son los valores capitales e insustituibles en el ejercicio de esta actividad.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud: *Prevención y control de adicciones en México*. México, SS, 1998.
2. Dirección General de Epidemiología: *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*. México, Secretaría de Salud, 1998.
3. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
4. **Prado GA:** Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En: Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
5. **Souza y Machorro M:** *Análisis de la información sobre marihuana publicada en los medios de información masiva en la Ciudad de México*. Cuadernos Científicos. México, Centro de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), 1979:10.
6. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría* 1999;15:23-27.
7. *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial. México, viernes 18 de agosto de 2000.
8. Secretaría de Salud: *El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones*. México, SSA-CONADIC, 1999.
9. **Prado GA, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Adicciones y farmacoterapia: uso de bupropión en la dependencia a cocaína. *Psiquiatría* 2001;17:58-64.
10. Centros de Integración Juvenil: *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento*. México, CIJ, 2002.
11. Secretaría de Salud: *Ley General de Salud*. Decreto de Reforma a la Ley General de Salud del 26 de mayo de 2000. Incluye la modificación a la fracción II del artículo 188 del 31 de mayo de 2000 y la adición de los artículos 199-Bis del 5 de enero de 2001. México, SSA, 2000.
12. **Souza y Machorro M:** Legislación y alcoholismo. *Salud Mental* 1981;4:1-3.
13. Centros de Integración Juvenil, Dirección General Adjunta: *Normativa*. Reunión Nacional. Reporte Interno. México. Noviembre 11 al 15, 2002.
14. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33:15-26.
15. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917*. México, Trillas, 2002. Título Primero. Capítulo I. Art. 4º. Secretaría de Salud (SSA). Ley General de Salud. 3ª ed. México, SSA, 1993.
16. **Levin, FR, Bisaga A, Kleber HD:** Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: presentes y prometedores. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;2:35-45.
17. **Carroll KM:** Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;2:46-53.
18. **Westreich L:** Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;2:58-60.
19. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría* 1998;14:100-106.
20. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000;16:110-116.
21. *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010 SSA2-93 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. Diario Oficial. México, 16 de marzo de 2000.
22. **Hsu J, Fishman M:** Abuso de sustancias e infección por VIH. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;2:54-57.
23. **Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado GA:** Binomio SIDA-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría* 1999;15:61-67.
24. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.

25. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico*. Diario Oficial. México, lunes 7 de diciembre de 1998.
26. **Mercado del CVR: Dirección de Desarrollo Universitario**. *Requisitos para los planes de estudios de licenciaturas, maestrías y doctorados*. México. Dirección General de Educación Superior, Secretaría de Educación Pública, 1997.
27. **Souza y Machorro M: Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones**. I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 16 de octubre de 1999:13-16.
28. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la Ciudad de México*. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal, 1998.
29. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo**. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.
30. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: *Informe final de la primera reunión del grupo de expertos sobre reducción de la demanda*. Buenos Aires, Organización de Estados Americanos, julio 29-agosto 1, 1997.
31. **Souza y Machorro M: Curso básico de adicciones**. Centros de Integración Juvenil. Instituto de Asistencia e Integración Social. México, Gobierno del Distrito Federal. Curso dictado en noviembre 11 al 15, 2002.
32. **Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones**. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
33. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL: Actualización médica y tecnología comunicacional**. *Rev CIJ* 1997;9:77-78.
34. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL: Nosología psiquiátrica ¿DSM-IV o CIE-10?** *Rev CIJ* 1997;8:85-87.
35. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ: Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCPCA). Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo**. *Salud Pùb Mex* 1985;7:291-307.
36. **Cunningham JA, Humphreys KA: Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project**. *J Stud Alcohol* 2000;61:794-798.
37. *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*. Diario Oficial. México, miércoles 15 de noviembre de 1995.
38. Secretaría de Salud: *Compendio de documentos elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental*. Junio 1992-junio 1993. México, SSA, 1993.
39. Comisión Nacional de Derechos Humanos: *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1995.
40. *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. México, Diario Oficial, 14 de mayo de 1986.
41. *Norma Técnica 196 para la prestación de servicios de atención médica-psiquiátrica en hospitales generales y de especialidad*. México, Diario Oficial, 21 de agosto de 1987.
42. *Norma técnica 144 para la prestación de servicios de atención médica en hospitales psiquiátricos*. México, Diario Oficial, 6 de julio de 1987.
43. National Advisory Mental Health Council: Health care reform for Americans with severe mental illnesses. Report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993;150:57-64.
44. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: *Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud*. Ginebra, Naciones Unidas, 1991.
45. Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental: *Carta de derechos humanos para personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas*. México, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991.
46. **Souza y Machorro M: I Simposio CIJ-IMSS de Diagnóstico y Tratamiento de Adicciones**. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México, Centros de Integración Juvenil, 1997.
47. Organización Mundial de la Salud: *Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo*. En: OMS: *Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades*. Ginebra, OMS, 1993.
48. **Souza y Machorro M: Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos**. México. Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
49. **Elizondo LJA: Evolución histórica del concepto de alcoholismo**. En: Velasco FR: *Alcoholismo. Visión integral*. 2ª reimpr. México, Trillas, 1997.
50. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4ª ed. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
51. American Psychiatric Association: Work group on substance use disorders. practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 1995;152(59):3-5.
52. **Chick J, Erickson CK: Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment (review)**. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:391-402.
53. **Marlatt A, Barret K: Relapse prevention**. En: Galanter M, Kleber H (eds.): *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994:285-287.
54. Programme on Substance Abuse: *Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra. World Health Organization, 1993: 27-31.
55. National Institute on Drug Abuse: *Therapy manual for drug addiction. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction*.
56. Dirección de Prestaciones Médicas: *Programa institucional de fomento de la salud ante las adicciones. Coordinación comunitaria*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997.
57. *Estudio analítico del expediente clínico*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
58. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Evaluación médica*. México, Subdirección General Médica del IMSS, 1972.
59. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Expediente clínico en la atención médica*. México, Subdirección General Médica del IMSS, 1973.
60. DGRSS, Secretaría de Salubridad y Asistencia: *Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes*. Norma técnica núm. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico. México, SSA, 1986.
61. **Quintero L, Díaz I, Vethencourt A, Vivas L: Las abreviaturas en la historia clínica**. *Salus Militeae* 1991;16:5-12.

62. Secretaría de Salubridad y Asistencia: *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. México, Secretaría de Salud, 1990.
63. Secretaría de Salud: *Reglamento interior de la Secretaría de Salud*. México, Diario Oficial, 6 de agosto de 1997.
64. **Tabak N, Ben OT**: Legal and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. *Med Law* 1995;14: 275-282.
65. OPS: *SIDA, perfil de una epidemia*. Publicación científica No. 514, Washington, OPS, 1989.
66. Centers for Disease Control: Guidelines on the management of occupational exposures to HIV. *MMWR Morb Mort Wky Rep* 1996;45:468.
67. **Petersen LR, White CR**: Premarital screening for HIV type 1 in the U. S. *Am J Public Health* 1990;80:1087-1090.
68. Centers for Disease Control: Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure prone invasive procedures. *MMWR Recomm Rep* 1991;40.
69. **Izazola JA, Sánchez HJ, Del Río C**: El examen serológico para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de los exámenes prenupciales. *Gac Med Mex* 1992; 128:317-327.
70. National Commission on AIDS: *Preventing HIV transmission in health care settings*. Washington, NCA, 1992.
71. World Health Organization (WHO): International statistical classification of diseases and related health problems. 10ª rev. Ginebra, WHO, 1992:153-155.
72. Global Programme on AIDS: *Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera*. GPA/RES/DIA/92.
73. Global Programme on AIDS: *Statement from the consultation on testing and counseling for HIV infection held in Geneva, Switzerland, in November, 1992*. World Health Organization, 1992.
74. Definición operacional de caso de sida. *MMWR Recomm Rep* 1992;17.
75. Global Programme on AIDS: *Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera*. GPA/RES/DIA/93. 1993; report 6.
76. Organización Panamericana de la Salud: Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Washington, OPS, 1994.
77. Organización Panamericana de la Salud: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª rev. (CIE-10). Washington, OPS, 1995:145-147.
78. Public health service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *MMWR Recomm Rep* 1990;39.
79. Consejo Nacional Contra el Sida: *Guía para la atención de pacientes con infección por HIV/SIDA en consulta externa y hospitales*. México, CONASIDA, 1997.
80. Centers for Disease Control: 1997 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Recom Rep* 1997; 47. Community Mobilization and AIDS: UNAIDS. Technical Update Ginebra, abril, 1997.
81. Community Mobilization and AIDS: *UNAIDS. Technical Update*. Ginebra, abril, 1997.
82. ONUSIDA: *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones*. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 1997.
83. ONUSIDA: *Educación sobre el SIDA en la escuela*. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 1997.
84. ONUSIDA: *Asesoramiento y VIH/SIDA*. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 1997.
85. ONUSIDA: *Mother to child transmission of HIV*. UNAIDS technical update. UNAIDS Best Practice Collection, 1997.
86. ONUSIDA: *Métodos para las pruebas del VIH*. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 1997.
87. AIDSCAP: *Regional accomplishments and lessons learned. The HIV/AIDS Prevention and Control SYNOPSIS Series*. Latin America and Caribbean Regional Office AIDSCAP/ Family Health International, dic. 1997.
88. ONUSIDA, Naciones Unidas: *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices Internacionales*. Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas, 1998.
89. UNAIDS: *UNAIDS and the military*. Point of view. UNAIDS Best Practice Collection, Ginebra, 1998.
90. UNAIDS: *The female condom and AIDS*. UNAIDS: Point of view. UNAIDS Best Practice Collection, Ginebra, 1998.
91. Report of the NIH Panel to define principles of therapy of HIV infection and Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. *MMRW Recomm Rep* 1998;47.
92. **Souza y Machorro M, Prado GA, Vélez BA**: *Modelo terapéutico residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas*. México, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA), 1999.
93. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones: *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México*. Dirección General. Reporte interno. México, FINCA, 1998.
94. **Souza y Machorro M**: *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
95. **Souza y Machorro M**: *Psicoterapia psicodinámica de las adicciones*. Evento académico en memoria del Dr. Erich Fromm. Instituto Mexicano de Psicoanálisis. Nov. 29-30, 2002.
96. APPAL: Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10/DSM-IV. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;1:12-14.
97. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM**: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCCPA). *Psiquiatría* 1998;14:13-25.
98. **Mercado CG, Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ**: *La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto*. Trabajo presentado en el simposio "Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de vida". X Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional "Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad". Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", México, 1999.
99. Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP): *Médicos, pacientes, sociedad. derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires, AMP, 1998.

100. **Whimore EA, Milulick SK, Thompson LL:** Influences on adolescent substance dependence, conduct disorders, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:87-97.
101. **Essau CA, Conradt J, Peterman F:** Frequency and comorbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37:831-843.
102. **Wilens T, Biderman J, Spencer T:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1996;5:73-91.
103. **Giancola PR, Mezzich AC:** Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000; 61:809-817.
104. **Bulik CM, Sullivan P, McKee M:** Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283.
105. **Shaffi M, Steltetz-Linarky J, Derrick AM:** Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:227-233.
106. **Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA:** Comprehensive textbook of psychiatry. 7ª ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1999.
107. **Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A:** Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.
108. Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 16-20 nov. de 2001. Guisa CVM, Díaz Barriga SL; Souza y Machorro M: Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría* 2ª época, 2004;20(3): 25-37.

## Filosofía y políticas de los programas

La visión terapéutica de las adicciones ha ido adecuando sus metas en las últimas décadas merced a varios acontecimientos simultáneos.<sup>1</sup> Por una parte, se ha logrado un mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes en los distintos programas de manejo;<sup>2,3</sup> por la otra, los estudios de seguimiento y de costo-efectividad han arrojado luz sobre los beneficios institucionales alcanzados, en relación a las metas por lograr. Esos resultados permiten normar, en alguna medida, las filosofías, objetivos y metas de los programas en cuestión,<sup>4-6</sup> de acuerdo con los criterios de la OMS.<sup>7</sup>

Diversas investigaciones contemporáneas, como la realizada por las universidades de Wisconsin, Vermont, Cleveland y Boston en un proyecto conjunto para el estudio de las adicciones más frecuentes en EUA, señalaron recientemente en un comunicado que las drogas más frecuentemente implicadas en la atención clínica son los analgésicos opiáceos, los ansiolíticos, sedantes e hipnóticos y los estimulantes.<sup>8</sup> Los pacientes con dolor crónico, ansiedad, depresión y trastornos con déficit de la atención e hiperactividad, entre otros con características peculiares, tienen mayores posibilidades documentadas de aumentar el riesgo de consumo de estas sustancias, a un lado de su respectiva comorbilidad.<sup>9-20</sup> Por ello se hace recomendable el incremento de las estrategias que mejoren el cuidado de los pacientes desde la óptica profesional en la materia.<sup>1,22</sup>

Los médicos generales y otros especialistas no psiquiatras prescriben a menudo fármacos sedantes, ansiolíticos e hipnóticos con una frecuencia mayor a la esperada, al parecer por ignorar, subestimar o desear recurrir a otros métodos de manejo, como la psicoterapia, propia para estos y otros pacientes.<sup>23</sup> Paralelamente, la autome-

dicación y la cultura blanda en torno del consumo de medicamentos en general hacen que los pacientes tiendan a incrementar las dosis que toman y a no obedecer las recomendaciones de los médicos, escalando así una más elevada necesidad de consumo de sustancias a largo plazo, carentes de toda supervisión.<sup>24-26</sup> De hecho, los pacientes consumidores y los abusadores/adictos a psicotrópicos muestran distintas motivaciones de consumo, tipo, vías de administración de las sustancias y combinaciones de ellas.<sup>27</sup>

Debido a ello, no pueden ser referidos conceptualmente, y menos aún etiquetados a través de una generalización, con el fin de ser aglutinados en una misma categoría. Ello simplemente dificultaría su adecuado abordaje de estudio. Por ejemplo, si tan sólo se tomara en cuenta su edad de inicio de consumo, la cronicidad y la gravedad del caso, dadas por el tipo de sustancias empleadas (habitualmente mezclas de tres a cinco o más de ellas) y las modalidades farmacológicas de éstas, aunadas a los antecedentes patológicos y comorbilidad individual-familiar, se tendría un cuadro clínico bastante más complejo, realista y adecuado para ofrecer una estrategia de medidas correctivas dirigibles, de modo igualmente más específico.<sup>28</sup> Para esclarecer algunas de las dificultades implicadas en la atención de este problema, y en función de su magnitud, baste señalar la estimación respecto de que más de 20% de los pacientes atendidos por los médicos generales u otros especialistas no psiquiatras han tenido, o presentan en la actuali-

Souza y Machorro M: *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2004.

dad, algún problema de consumo de sustancias, lo cual no siempre se revela en las historias clínicas porque éstas no se llevan a cabo con tal propósito.<sup>1,29-32</sup>

Es un hecho documentado que la mayoría de los pacientes que se recuperan a largo plazo son aquellos que reúnen las características necesarias para dar continuación a su manejo ambulatorio en consulta externa.<sup>32,33</sup>

Se ha observado, por ejemplo, que quien cursa completo un programa de tratamiento y consolida su abstinencia tiene altas posibilidades de continuarlo por sí mismo en lo sucesivo.<sup>34</sup> En tal sentido, hay que enfatizar que el apoyo que pueda brindarse a estos pacientes en un marco de referencia de tolerancia y respeto es decisivo para afirmar su postura de cambio y reforzar su motivación,<sup>35,36</sup> con miras a establecer una conciliación adecuada de las diferencias entre el profesional y el paciente y su familia. Es imprescindible tomar en cuenta lo anterior, precisamente en el primer contacto con el profesional (cuadro 4-1). Asimismo, se considera esencial el intercambio con el paciente para informarle y guiarlo en el curso de su trastorno; de ahí que la función educativa y formadora del profesional y, por extensión, del personal de salud, deba considerarse adecuadamente como un elemento esencial participante en favor de la curación,<sup>37</sup> que en este caso cobra un valor relativo, no *ad integrum*.<sup>1,22,23</sup>

La actitud permisivo-reflexiva que brinda este enfoque refuerza la motivación del paciente al cambio, favoreciendo el análisis de otras dimensiones del problema, como la familiar, la social, la legal, la emocional y la referente a la salud psicofísica del paciente, las cuales

no podrían alcanzarse por la vía de la confrontación simple.<sup>37,38</sup> Y si así fuera el caso, si interesara documentar la evolución de algún paciente, se podrían monitorear los niveles séricos enzimáticos (gamma glutamil transferasa) para demostrar la mejoría de la salud en relación con el consumo de etanol.<sup>39</sup> Lamentablemente, este marcador biológico no está disponible para todas y cada una de las sustancias de abuso y dependencia.

Por otra parte, como complemento de la acción rehabilitatoria, hacer participar a la familia resulta muy adecuado y conveniente en todos los casos de abuso/adicción a psicotrópicos, debido a la fuerza de apoyo que ésta ha brindado.<sup>40,41</sup> No obstante, el terapeuta debe alertar a la familia acerca de la dinámica destructiva que implica el consumo de sustancias, así como de las dificultades que tiene la recuperación de los casos.<sup>41</sup> El ambiente terapéutico puede permitir, asimismo, cuestionar para su eliminación los brotes de violencia,<sup>42-44</sup> el consumo de sustancias de otro familiar o personas en torno del paciente, etc.<sup>45-47</sup>

De la misma forma se deben mejorar los mecanismos implicados en los sistemas comunicacionales y la sintomatología mostrada en ese terreno (lucha de poder, descalificaciones, etc.), para así descubrir, describir y evitar las manipulaciones y otras situaciones circunstanciales de la dinámica familiar, que confunden a los participantes y entorpecen el manejo del caso y la recuperación productiva de entorno.<sup>46,47</sup> Es conveniente también promover la participación de los grupos de ayuda mutua y las Casas de Medio Camino y otros programas, como el Hospital de Día, donde haya la posibilidad de lograr estos recursos, más propios para el mantenimiento de la abstinencia<sup>48</sup> que para sustituir el tratamiento especializado. De hecho, la individualización del esquema de los 12 pasos en algunas personas ha permitido conocer que se alcanza el mantenimiento de la abstinencia en forma de programa personal.<sup>49</sup> En cualquier caso, se trata de descubrir la motivación del paciente e incrementarla a través del conocimiento de las actitudes empleadas en el curso de su enfermedad.<sup>6,7,8,22,28,37,38</sup> Tal es el espíritu de la presente comunicación.

La revisión de la literatura contemporánea plantea un doble escenario para la conceptualización clínica del paciente abusador/adicto. Se trata de una visión que no parte de la frecuente generalización de que estos individuos son objeto en la sociedad,<sup>50</sup> considerada equívoca debido a su fundamento de inferencias falaces,<sup>51</sup> toda vez que entre paciente y paciente existen muy amplias diferencias claramente apreciables a lo largo del proceso de estudio, desde la nosopropedéutica hasta su rehabilitación.<sup>52</sup> Véase por una parte el universo de los pacientes leves y, por la otra, el relativo a los pacientes

#### **Cuadro 4-1. Estrategia para la prevención de recaídas con médicos de primer contacto**

---

Identifique a los pacientes en recuperación
Establezca una relación médico-paciente de apoyo
Diseñe y realice un esquema de seguimiento
Movilice el apoyo de la familia
Facilite la participación de grupos de ayuda mutua
Enseñe al paciente a reconocer los elementos participantes del deseo-necesidad imperiosa de consumo ( <i>craving</i> ) que precipitan la recaída
Aconseje a los pacientes que desarrollen un plan de manejo temprano de la recaída
Promueva los cambios de estilo de vida saludable
Asigne tratamiento a la depresión, ansiedad y otras condiciones comórbidas
Considere y ofrezca manejo farmacológico cuando sea necesario
Colabore con el especialista en adicciones

---

Modificado de: Friedmann PD, Saitz R, Samet J: Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: relapse prevention in primary care. *JAMA* 1998;279:1227-1231.

graves, complicados, inveterados, etc., cuya problemática ha hecho que los expertos se dediquen a proponer nuevos paradigmas terapéuticos, dada la particular circunstancialidad que representa, sólo comparable a los casos terminales y, por lo tanto, no representativa de toda la población beneficiaria de los servicios asistenciales<sup>7,52,53</sup>

Los pacientes que requieren ser tratados por el abuso/adicción a psicotrópicos cuando este cuadro no es aún muy severo son, en primera instancia, candidatos a realizarlo en ambientes clínicos de primer contacto. Esto se debe acompañar de una cálida relación que permita alojarlos y mantenerlos funcionalmente en esquemas de manejo a largo plazo.<sup>8,53</sup> Una de las principales características del cuadro de la dependencia a psicotrópicos, después del fenómeno de tolerancia, es el deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) que conduce a la recaída,<sup>54</sup> en relación al cual, trátase lo mismo de alcohol que de otros psicotrópicos, cabe enfatizar que es indudablemente una característica *sui generis* del problema adictivo y su manejo,<sup>54</sup> que requiere motivación y participación activa por parte del paciente, pero a su vez demanda de su contraparte, el equipo salud, una preparación profesional adecuada y un conocimiento cabal de los lineamientos que permiten cursar a largo plazo esta difícil enfermedad.<sup>52,55</sup>

Para ofrecer una aproximación a esta dificultad, baste señalar que sólo entre 20 y 50% de los pacientes tratados por esquemas terapéuticos de estirpe profesional —ya que no todos lo son en la comunidad mexicana— logran mantenerse sin recaídas en el primer año de manejo,<sup>56-58</sup> debido, en primera instancia, a la circunstancialidad dinámica del proceso, tipo y duración del trastorno, modalidad del programa correctivo, recursos disponibles y todo lo imputable al beneficiario de la atención. Este último, a menudo, hace fracasar las maniobras correctivas y el manejo sugerido a largo plazo (más allá de cinco años). Tal condición, ya sea por su costo de operación y mantenimiento u otros obstáculos teóricos, técnicos y prácticos, no puede realizarse sólo en unidades especializadas de internamiento residencial, sino que además requiere otros ambientes clínicos igualmente o más efectivos, económicos, pero sobre todo diseñados a la medida de las necesidades planteadas por la condición de cada tipo de paciente.<sup>59,60</sup> Para ello, el personal debe contar con el entrenamiento y las habilidades necesarias,<sup>61-63</sup> especialmente una vez que hayan disminuido las recaídas y se pretenda mantener la abstinencia total, permanente y sin concesiones,<sup>62</sup> en particular cuando ya no se requiera el uso del recurso farmacológico.<sup>54,55</sup>

Debido a esta circunstancialidad, se produjo el análisis profesional consensuado que recomienda que en to-

dos los ambientes clínicos se interroge de rutina a cada paciente sobre su consumo de psicotrópicos<sup>8,52</sup> para conocer su situación y a la vez crear conciencia (de enfermedad mental) acerca de su potencial problemática con las distintas variedades de consumo<sup>7,53-55</sup> y, en consecuencia, ofrecer la guía necesaria para trabajar este complejo asunto.<sup>57,64</sup> Al efecto, el manejo recomendado, presentado de manera concisa, debe ser continuo, comprensivo y centrado en cada paciente, considerando sus aspectos médicos y psicosociales individuales.<sup>51,64</sup>

Como en cualquier otro trastorno crónico, debe poderse prevenir la recaída estudiando los momentos y circunstancias en que sucede, lo cual requiere una relación médico-paciente especialmente fuerte y el mantenimiento de una actitud comprensiva que no juzgue la conducta del paciente; una comunicación empática, sencilla y clara, mediante la cual se asignen los frecuentes reforzamientos necesarios hacia los pequeños cambios actitudinales y conductuales que se vayan dando en el curso del manejo. A ello se agrega el trabajo con las familias de los pacientes y su entorno inmediato, escolar, laboral, etc., manejo que ha sido considerado en la literatura especializada como eficaz, necesario y conveniente para reducir los riesgos y daños del abuso-adicción a psicotrópicos.<sup>59-62</sup>

Los casos de abuso o adicción no muy graves pueden, desde el inicio de su manejo, beneficiarse de distintas medidas farmacológico-psicológicas,<sup>23,63,65</sup> ya que la recuperación de los casos sin duda alguna se relaciona estrechamente con las respuestas maladaptativas que presentan los pacientes frente a los estímulos estresantes que viven,<sup>65-67</sup> por lo que se requiere cierto “nuevo aprendizaje enfocado a la salud” y un apoyo particular que brinde ayuda eficaz con experiencia en el manejo de estos problemas. Cabe señalar que es poco probable que el paciente por sí mismo —ésta es la impresión de muchos profesionales de la materia— logre una consolidación adecuada de su recuperación en forma “lírica”.<sup>65-67</sup> Además, resulta más sensato y conveniente ayudarlo a ayudarse, y así enseñarle a protegerse con los criterios más actuales, basados en la experiencia y en las instituciones dedicadas a ello. En otras palabras, se requiere nada menos que el control de los estados emocionales, como frustración, enojo, cansancio, aburrimiento, estrés, ansiedad, conflictos familiares, peleas conyugales, percepción de alta presión social en ambientes colectivos (como el trabajo, las fiestas y reuniones, etc.), y el aislamiento en cualquier ambiente, etc.<sup>66,68-70</sup>

Una meta recomendable de eficacia comprobada es que el individuo afectado por esta compleja enfermedad se aleje de las condiciones y circunstancias que disparan su imperioso deseo de reiniciar el consumo, el cual no



es fácilmente gobernable sin tratamiento apropiado, debido precisamente a su condición patológica cerebral, psicofamiliar y sociocultural.<sup>69-74</sup> En muchas ocasiones el individuo ni siquiera es consciente de lo que le ocurre sino hasta que le ha ocurrido y vive las más diversas consecuencias.<sup>23,75,76</sup> Lamentablemente, en otros casos más graves y complicados, ni las consecuencias son suficientes para invitar a los pacientes a buscar ayuda e intentar cambiar su conducta en sentido saludable. Por ello tiende a considerarse, con base en la experiencia, que los desencadenantes de las recaídas son muchos y muy variados elementos, que deben advertírsele al paciente para su estricta obediencia, ya sea por mediación de la intervención técnica del profesional, de otros pacientes o de otras personas de su entorno. Este conocimiento en particular, a diferencia de otros conceptos presentes en el campo de las adicciones, es útil en sí mismo, sin importar de dónde provenga.

Debido a lo anterior, en este peculiar trance el médico debe escuchar con atención a su paciente, asesorarlo y guiarlo en la dirección correcta para evitar las recaídas, evadiendo responsable y deliberadamente los disparadores mencionados.<sup>42,76</sup> La adecuada discusión de tales asuntos informa y previene las recaídas sólo cuando se logra desarrollar una nueva conducta frente a ello.<sup>55,75</sup> Y como la exposición a los estímulos ocurre todo el tiempo y en cualquier parte, la fortaleza del paciente en la cual se sustentará su rehabilitación recae en su conocimiento, voluntad y poder para evitarlos.<sup>71-74</sup> Por tal razón se dirige la didáctica de la materia, coadyuvante de la terapéutica, hacia la relación médico-paciente.<sup>54,55,63,77-81</sup>

De hecho, se estima de suma utilidad el manejo farmacológico, en particular en el manejo sintomático de la condición adictiva (intoxicación o abstinencia), lo mismo que respecto de su comorbilidad con distintos psicofármacos. Y ha sido tan benéfica la experiencia que desde hace algunas décadas se inició la idea de poder ofrecer, incluso, manejos sustitutivos a aquellos pacientes incapacitados por la propia enfermedad para continuar los tradicionales manejos recomendados.

Este relativamente nuevo enfoque terapéutico, con perfil de amplia seguridad y bajo potencial adictivo, hace de los agentes sustitutivos —antagonistas, agonistas parciales o mixtos y otros— los más idóneos para ser usados a largo plazo en los pacientes que reúnen las características para ello, o sea, en personas que merced a sus características especiales, graves o complicadas requieren otras maniobras terapéuticas más determinantes. Así, por ejemplo, la naltrexona ha dado buen resultado en el manejo de pacientes alcoholodependientes, permitiendo alcanzar abstinencias de entre 30 y 50% en

quienes la toman en forma regular por periodos mayores de 12 semanas,<sup>78-81</sup> ya que esta modalidad de trastorno requiere, además, apoyos más energéticos y su participación simultánea a distintos niveles. Asimismo, el mantenimiento de la abstinencia a través del uso de metadona contra la adicción a opiáceos ha demostrado ser de alta utilidad en el manejo de pacientes heroínómanos.<sup>77-80</sup>

En torno de los beneficios que aportan los tratamientos de abstinencia y prevención de recaídas en pacientes de menor complejidad terapéutica,<sup>80,81</sup> el personal de salud de primero y segundo nivel de atención está en buena posición para prevenir, diagnosticar y tratar, de primera instancia, los casos leves o iniciales de personas con abuso/adicción a psicotrópicos, por lo que deben colaborar con el proceso en la inteligencia de que el manejo sintomático es insuficiente por definición, y que tal recuperación siempre será a largo plazo. La farmacoterapia empleada se destina al manejo de los casos agudos de intoxicación y abstinencia, lo mismo que a aquellos que ameritan tratamiento y seguimiento a largo plazo, como la dependencia al alcohol (naltrexona,<sup>78</sup> disulfiram<sup>79</sup> y acamprosato<sup>80</sup>), la dependencia a sedantes, ansiolíticos e hipnóticos,<sup>81-83</sup> la dependencia a opioides, especialmente heroína (metadona, LAAM<sup>77-80</sup>) y la de cocaína y nicotina (bupropión y otras sustancias antidepresivas, ansiolíticas, etc.<sup>54,55,84</sup>), aunque pueden usarse diversos fármacos, solos o combinados, a un lado de la participación de otras medidas psicosociales complementarias, destinadas a apoyar la rehabilitación.<sup>49,50</sup>

Las benzodiazepinas y sus congéneres, por ejemplo, son medicamentos útiles comúnmente usados en el manejo de los síndromes de abstinencia.<sup>14,18,81</sup> La naltrexona y el disulfiram en la etapa de prevención de recaídas favorecen la recuperación en pacientes graves o comórbidos,<sup>55</sup> y ésta siempre deberá reforzarse con la participación de actividades destinadas a mejorar el estado de salud y la atención de ciertos aspectos legales y psicosociales de los afectados y sus familiares.<sup>7</sup> Ahora bien, cuando los pacientes se hallan crónica o gravemente afectados, se recomienda la aplicación de programas de manejo *ad hoc*, por medio de la utilización de medidas dirigidas a la reducción de daños y riesgos en el caso de los pacientes dependientes.<sup>85</sup>

Estas medidas, si bien son parte de ciertos programas terapéuticos de las unidades clínicas antiadictivas, son distintas, pues implican una filosofía con diferente visión de la tradicional, que reúne recursos y procedimientos conceptuados que buscan lograr la disminución sintomática de la amenaza intrínseca de la adicción, sus complicaciones y comorbilidad. Es decir, sus acciones, pensadas para atender el profundo nivel de afectación al

que han llegado estos pacientes, se dirigen principalmente a proteger la salud de los usuarios y a mejorar, en la medida de lo posible, su realidad psicosocial más inmediata.<sup>86,87</sup> Entonces, lo importante por destacar es que su meta no es la abstinencia total, completa y sin concesiones, sino, por el contrario, al paciente se le facilita la medicación sustitutiva como un método —menos negativo— para llegar al control de las complicaciones de su obtención (robos y otra criminalidad, venoadicción clandestina y otros riesgos), que en cada caso se representa en distintos niveles.<sup>88</sup>

Esta visión de “nuevos abordajes”, iniciada a finales de la década de 1980, surgió de la necesidad de reconocer la importancia de la disminución de daños como propuesta ante la comorbilidad adictiva y psiquiátrica que suelen presentar los adictos, en particular el VIH/SIDA en consumidores de drogas por venopuntura.<sup>87,88</sup> Como una buena parte de los pacientes no se plantean siquiera la posibilidad de abandonar sus episodios de abuso, ni de asumir tratamientos formales en el sentido de su reorientación hacia la salud —como parte de un proyecto de vida individual—, sino que están gravemente dañados a consecuencia de su historia de adicción, su comorbilidad y circunstancias psicosociales, la OMS y otros Estados se han interesado en asignar un manejo especial que los proteja de las condiciones en que están inmersos.

Para reducir la morbimortalidad en estos pacientes y favorecer su acceso a las instancias clínicas y otros dispositivos vinculados a la salud, se recomienda priorizar los planteamientos más pragmáticos y cercanos a esta particular realidad. Por ejemplo los objetivos de los programas de reducción de riesgos se centran en quienes intentan:

- a. Abolir la compartición de jeringas.
- b. Cambiar la vía de consumo.
- c. Reducir el número de personas con las que comparten.
- d. Cambiar de drogas ilegales a drogas legales, entre otras.<sup>89,90</sup>

En consecuencia, las conductas de riesgo por uso de psicotrópicos se valoran según sus dos dimensiones:

- a. Cualitativa (acceso, preparación, vía de administración, lugar de consumo, cuidados posteriores y patrón del consumo).
- b. Cuantitativa (dosis, frecuencia, potencia de la sustancia), por lo que las actuaciones se fundamentan en orientar al consumidor hacia unas y otras medidas, con base en postulados humanitarios, tolerantes y liberales.<sup>91-93</sup>

Contextualmente, la fundamentación en que se basan los programas de reducción de daños en pacientes graves está dada por:

- a. La aceptación de que el consumo de psicotrópicos es una característica común en la historia de la humanidad.
- b. La decisión libre de los usuarios de drogas de consumirlas ha de ser respetada, reconociendo su responsabilidad, competencia y capacidad.

La atención clínica y terapéutica se desplaza ahora del consumo de drogas hacia los efectos y consecuencias determinados por sus distintas formas de uso:

- a. El concepto de consumo de psicotrópicos remite a un fenómeno complejo y multidimensional que abarca una multiplicidad de conductas relacionadas con el abuso y la dependencia.
- b. El daño asociado al consumo de sustancias es considerado desde una perspectiva multidimensional, que afecta indistintamente al usuario de drogas, a su red social próxima o al entorno social amplio, sin menoscabo de producir diversos daños a la salud, así como otros daños económicos y sociales.
- c. Las desigualdades sociales, así como múltiples formas de discriminación (racismo, sexismo, etc.), afectan la vulnerabilidad de las personas y los grupos organizados, su capacidad para disminuir los daños, y los comportamientos más saludables.
- d. Se debe, por lo tanto, favorecer la participación de los usuarios de psicotrópicos en el diseño y aplicación de programas terapéuticos.
- e. Se deben dirigir esfuerzos a reducir los daños asociados al consumo y a favorecer la participación de los propios pacientes en su calidad de agentes de salud comunitarios.
- f. La buena cooperación entre los profesionales gestores de las políticas de salud y las personas afectadas favorece la implementación de respuestas adaptadas a la problemática sociosanitaria que se plantea.<sup>86-93</sup>

Sin embargo, al considerar el otro lado del fenómeno, puede apreciarse que uno de los principales obstáculos en la evolución de los programas de este tipo ha sido la implicación de un replanteamiento de las acciones que conlleva, como forma selectiva de intervención a favor de la salud. Es decir, la oferta de servicios asistenciales sociosanitarios dirigidos a disminuir los posibles efectos nocivos derivados del consumo de psicotrópicos no había contemplado, hasta la década de 1980, la llamada “no eliminación del consumo” como po-

sibilidad terapéutica —en particular para éstos, los pacientes más afectados—, lo cual refiere *a fortiori* un cambio radical en la visión conceptual y filosófica de los programas usados hasta el momento.<sup>85,92</sup> Dicha óptica favorece, no obstante, lo heterodoxo de sus métodos:

- g. Una reducción de la criminalidad asociada al consumo.
- h. Una reducción del consumo de psicotrópicos y de su mortalidad asociada.
- i. Fomenta el aumento de la reinserción laboral.
- j. Produce aumento de la retención participativa de los pacientes en los centros asistenciales (adherencia terapéutica),<sup>93,94</sup> la cual es hoy día constatable en más de 35 países del mundo, donde diversos autores estiman que participan por lo menos medio millón de pacientes.<sup>85</sup>

Al efecto, las estrategias de reducción de daños y riesgos se definen como un conjunto de medidas sanitarias asistenciales, individuales o colectivas, que buscan disminuir los efectos negativos causados por el consumo abusivo y la adicción a psicotrópicos, y que permiten, a la vez, no estigmatizar al usuario, por lo cual tienden a intensificar y diversificar la oferta asistencial, dando la oportunidad de desarrollar nuevas propuestas terapéuticas o dispositivos psicosociales, así como brindar al paciente la facultad de que sea responsable consigo mismo, al tomar decisiones sobre su salud en el marco “no de las decisiones ideales, sino de las mejores decisiones posibles”.<sup>8</sup>

En tal dirección, considérese, por ejemplo, que los programas que utilizan como manejo básico metadona, heroína o buprenorfina, los programas de contacto y centros de acogida a pacientes, los destinados al intercambio de jeringuillas, los de tipo sociosanitario en comunidades, los de Ayuda Mutua y los de Sexo Seguro son sólo algunas de las modalidades de intervención de las estrategias de reducción de daños y riesgos. Hace pocos años, muchos de los profesionales que laboraban en la atención clínica de adictos rechazaron los abordajes sustitutivos de heroína de la calle por fármacos agonistas opiáceos, porque consideraron, en primera instancia, que tal sustitución significaba tan sólo cambiar una expectativa por otra, expectativa en la que, además, se implicaban necesariamente algunos planteamientos éticos respecto del personal, el cual siempre se ve afectado por esta participación, en una suerte de “complicidad” con la cual siempre hay quien no esté de acuerdo. No obstante las resistencias descritas, muchos elementos del equipo de la salud e incluso instituciones se debilitaron con el peso de la experiencia, por lo que los progra-

mas continúan extendiéndose debido a su eficacia,<sup>94,95</sup> especialmente cuando se observa, desde la perspectiva del costo-beneficio, una visión salubrista que prevalece en esta porción de la especialidad desde hace un par de decenios.<sup>96</sup>

Los tratamientos con metadona y otros psicotrópicos sustitutivos han dejado de verse en muchos países como una amenaza, y han dejado también de ser satanizados por las implicaciones que tiene el “allegar drogas a los pacientes” con el afán de “cambiar su adicción original por otra”. Ello se debió a que precisamente en aquellos años, cuando nació la idea de la reducción del daño —frente a la imposibilidad real de ofrecer mejores condiciones rehabilitatorias a estos pacientes—, la conceptualización de la meta terapéutica para todos los pacientes sin distinción era la abstinencia, sin importar la gravedad de su condición.<sup>7,61</sup> Esa meta, cabe señalar, difería y aún difiere de aquellos otros pacientes cuyas condiciones clínicas dadas por su motivación, participación y evolución clínica son muy distintas de las que viven los adictos graves, comórbidos e inveterados, circunstancia que sigue dando pie, con su desarrollo, a la reformulación de las políticas y metas para la salud en el nivel institucional, y permite a la vez conceptualizar a los pacientes más graves como el centro de los recursos terapéuticos, en este caso no etiopatogénicos, como en la mayor parte de las especialidades de la medicina, sino paliativos.

En otras palabras, es trascendental clarificar este punto: se trata de una estrategia diseñada *ex profeso* para quien cumple ciertos requisitos especiales, pero no para todos los abusadores/adictos. Una de las sustancias más utilizadas en pacientes adictos a opiáceos es la metadona, que tiene la propiedad de neutralizar su síndrome de abstinencia; suprime el deseo-necesidad imperioso de consumo (*craving*) e inhibe la euforia.<sup>94,95</sup> Además, se ha documentado que promueve la adherencia del paciente a su manejo.<sup>94,95</sup> Los pacientes que participan en estos programas muestran tasas de seroconversión a VIH menores que quienes no están bajo tratamiento o bien permanecen en otros programas de manejo,<sup>96,97</sup> disminuyen los episodios de sobredosis y conductas de riesgo, expresadas en términos de un menor uso de la vía inyectable y menor compartición de materiales de inyección, con tasas de mortalidad muy inferiores que quienes no están bajo tratamiento.<sup>98</sup>

Por otro lado, ocurren menores consumos de heroína en quienes participan en programas de mantenimiento con metadona que en quienes están bajo otros tipos de tratamiento, en especial aquellos que se dirigen sólo a la abstinencia<sup>98</sup> —haciendo caso omiso de las recomendaciones internacionales en la materia— y mejores con-

diciones de consumo, con cambios en la vía de administración de los consumidores, lo que se vincula a la reducción del riesgo de contagio o transmisión del VIH/SIDA,<sup>99,100</sup> que es necesariamente una de las metas fundamentales de este tipo de programas. Además, en los periodos y fases de estabilización del manejo se ha encontrado una significativa reducción del consumo de otras sustancias, como cocaína, benzodiazepinas, marihuana y alcohol, mismas que suelen hacer aún más grave el problema de la adicción, lo cual resulta un asunto de alto interés por tratarse precisamente de una población muy deteriorada por la poliadicción, que en ellos es la regla.<sup>52,55</sup>

Hay una reducción importante de los índices delictivos, con menor número de actos delincuenciales, menor número de detenciones e incluso de estancias en recintos de confinamiento carcelario.<sup>99,100</sup> Actualmente el uso de metadona se ve garantizado por su seguridad —en personas tolerantes a opiáceos—, no habiéndose encontrado efectos adversos importantes ni toxicidad en estudios de seguimiento de hasta entre 10 y 25 años.<sup>99,100</sup> Asimismo, la metadona y también otros opiáceos, utilizados en un medio controlado,<sup>101</sup> son eficaces y por lo tanto útiles como fármacos de mantenimiento, incluso en condiciones especiales, como las que propician las mujeres embarazadas adictas a opiáceos.<sup>102</sup> Y otra circunstancia trascendente por considerar en este asunto es que se calcula que los costos del tratamiento con metadona son por lo menos 100 veces menores que los costos sanitarios y sociales de muchos de los pacientes adictos que no reciben tratamiento.<sup>103</sup>

Otra consideración importante por resaltar respecto de esta visión de manejo de los casos graves es que la experiencia acumulada en la literatura mundial, hasta ahora, señala que el éxito de los programas de mantenimiento depende más de las características asistenciales de los programas que de las características particulares de los pacientes.<sup>103</sup> En tal sentido, se debe remarcar, por otra parte, que la dosis diaria aplicada se ha identificado como un potente predictor de la adherencia al tratamiento, pues dosis menores permiten más y más prontamente los abandonos del manejo que las dosis terapéuticas altas y mantenidas, lo cual tiende a correlacionarse con otros factores que participan del éxito de los tratamientos, como:

- El apoyo psicosocial recibido.
- El conocimiento de las dosis recibidas por el paciente.
- La posibilidad de llevarse la dosis al domicilio.
- La orientación a mediano y largo plazo del programa, en forma parecida a lo que ocurre al usar la buprenorfina (agonista parcial opiáceo usado en

Francia desde mediados de la década de 1980), dado que se trata de un fármaco más flexible que la metadona.

De la mano de lo anterior, considerando el otro polo de la condición, se debe reconocer que aún quedan problemas por resolver, como el que tales programas no hayan podido alcanzar, al mismo tiempo que su eficacia de manejo, otras condiciones deseables para la elevación de la calidad de vida de los pacientes que tratan. Es decir, no se ha podido desarrollar ese modelo asistencial integral deseado que atienda simultáneamente la adicción, la salud física y mental, así como las condiciones sociales y económicas de la población bajo su cuidado.

No obstante las limitaciones planteadas, la OMS considera que estos programas son un buen ejemplo de la minimización del daño cuando por distintas razones han fracasado otros manejos, y es a la vez una estrategia más eficaz para prevenir el riesgo de contraer la infección del VIH/SIDA<sup>55</sup> Ello, sin embargo, requiere nuevas líneas de investigación y otros esfuerzos que aporten más y mejores acciones terapéuticas, especialmente destinadas a contender las distintas circunstancias de los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos, en particular aquellos cuya circunstancialidad los hace no ser candidatos a otra terapéutica, y así permanecen en la calle con sus consumos riesgosos, afectándose directa e indirectamente y afectando, por ende, a la sociedad.

En sintonía con lo señalado hasta aquí, es factible arribar a ciertas conclusiones en relación con este tipo de intervención. Los centros de tratamiento a adictos nacieron apoyados por filosofías y servicios comunitarios, y se han centrado en el desarrollo de un modelo individualizado, lo cual puede limitar el éxito de los programas, tanto por la permanente falta de recursos como por la incapacidad de llegar a las personas afectadas hasta el sitio mismo donde consumen. Los cambios de conducta saludable exigen enfoques orientados a favorecer el cambio cultural y comunitario de los lugares de consumo de sustancias, con actuaciones sobre grupos más amplios y no sólo respecto del individuo aislado. Se ha constatado en la literatura que, si las drogas que se consumen en la calle fueran más accesibles, más baratas y de mejor calidad, la probabilidad de inyectarse sería menor y tendería a cambiarse por la vía fumada o la oral, con la consecuente ventaja de un menor riesgo de infección de VIH, siendo un objetivo primordial el contener su propagación.

De llegar a identificarse los programas de mantenimiento con opiáceos como programas terapéuticos de reconocida eficacia y seguridad, y diseminándose los centros para el manejo de casos, se podría alcanzar, en

un futuro cercano, el fomento de la accesibilidad e incorporar, asimismo, nuevas alternativas farmacológicas, como el uso de la buprenorfina u otras. Además de que la mayor disponibilidad de opiáceos legales tiende a reducir el interés por su comercio clandestino en estos pacientes, los programas de reducción de daños y riesgos pueden verse complementados en ocasiones con programas llamados “libres de drogas”, los cuales no han de entenderse *a fortiori* como posibilidades antagónicas, sino como parte de una misma estrategia de intervención de la salud comunitaria, que puede coexistir en beneficio de las opciones terapéuticas brindadas a esta población. Como uno de los factores de mayor riesgo es la compartición de agujas y jeringuillas, se vuelve imprescindible disponer de material de inyección estéril, educando *ad hoc* a los usuarios y facilitándoles, de igual forma, que puedan deshacerse de modo responsable del material usado.

Además, no obstante la obviedad del asunto, resulta difícil la atención a la población de pacientes adictos a sustancias ilegales precisamente por su ilegalidad, la cual empuja a la marginación y la exclusión social, dificultando el contacto asistencial deseable. Éste debe verse como un aspecto fundamental y por ello dirigirse en favor de las políticas humanitarias, pragmáticas y efectivas, en el necesario debate global sobre las drogas. Y puesto que, en ocasiones, los pacientes que participan en programas de disminución de riesgos se desplazan de una región a otra, de una provincia a otra y de un país a otro, es necesario que los recursos asistenciales destinados a ello estén básicamente coordinados, y dispongan y participen en documentos unificados (manuales, instructivos, etc.) que faciliten el acceso a quienes ya reciben algún tratamiento en su lugar de origen.

El incremento de programas de disminución de daños y riesgos y de sus apreciables resultados favorables en la literatura exige en su oportunidad la evaluación de estrategias, programas y medidas empleados, así como de sus resultados. Aunque su dificultad operacional interinstitucional es reconocida, es importante la organización de los usuarios para apoyar y potenciar la existencia de grupos de ayuda mutua, manteniendo la

autonomía y complementariedad de los grupos de iguales, con el apoyo solidario de los profesionales y el soporte administrativo y el aval moral de las instituciones, de modo que los profesionales que intervengan en la atención a las adicciones junto a las instituciones públicas, especialmente todas las de carácter salubrista y social, así como las organizaciones no gubernamentales y las de los usuarios, coordinen sus esfuerzos para favorecer la transmisión a la opinión pública y a los medios de comunicación de mensajes acerca de que la dependencia de los opiáceos requiere la normalización de tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos u otras medidas pertinentes, integrándolos así a los esquemas de manejo institucionales como una opción terapéutica útil y eficaz. Una vez conocida la situación acerca de que los programas de disminución de daños y riesgos son efectivos, se hará oportuna su generalización. Esto no implica, empero, que se anulen necesariamente los anteriores programas y recursos, aunque sí habrán de adaptarse a las necesidades reales de las poblaciones afectadas, partiendo de la consideración clara de sus demandas.

Como puede apreciarse, no se plantea una argumentación que haga competir a los programas entre sí frente a los usuarios, sino que, por ser complementarios, funcionen para beneficio del usuario y su entorno, como ya se mencionó en el perfil terapéutico de la psiquiatría de las adicciones. Por último, las políticas a nivel internacional y local, las orientaciones de los profesionales, los gestores, los políticos y los intereses sociales, incluidos los usuarios, son elementos que aún requieren un debate respetuoso y consensuado, así como cooperación y esfuerzos conjuntos para consolidar la meta de un mayor bienestar para todos. Los programas de reducción de daños y riesgos, concebidos originariamente frente a los problemas concretos de los usuarios de drogas y su entorno social, pueden llegar a entenderse como un proceso emergente hacia la normalización de las sustancias psicotrópicas. El concepto de reducción de daño y riesgos se irá integrando en la cultura social cuando se eliminen las connotaciones moralistas que aún acompañan a la mayor parte de las intervenciones con personas adictas.

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. Editorial. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
2. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;(4):601-622.
3. **Gerstein DR, Johnson RA, Harwood H, Fountain D et al.:** Evaluating recovery services: the California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA). Sacramento, State of California Department of Drug and Alcohol Programs, 1994.
4. **Holder HD, Blose JO:** The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *J Stud Alcohol* 1992;53:293-302.

5. **Turnure C:** Minnesota Consolidated Fund, annual cost offsets. Minnesota Department of Human Services, 1993.
6. **Chappel JN:** Long-term recovery from alcoholism. *Psychiatr Clin North Am* 1993;16:177-187.
7. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (PNUFID): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
8. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
9. **Longo LP, Parran T, Johnson B, Kinsey W:** Addiction: Part II. Identification and management of the drug-seeking patient. *Am Fam Physician* 2000;61:2121-2128.
10. American Society of Addiction Medicine: *Public policy statement on the rights and responsibilities of physicians in the use of opioids for the treatment of pain*. January 21, 2000.
11. **Parran T:** Prescription drug abuse. A question of balance. *Med Clin North Am* 1997;8: 967-978.
12. American Medical Association: Balancing the response to prescription drug abuse: report of a national symposium on medicine and public policy. Chicago, American Medical Association, Department of Substance Abuse, 1990.
13. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
14. **Roache JD, Meisch RA:** Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines. *Psychiatric Ann* 1995;25(3):153-157.
15. **Brookoff D:** Abuse potential of various opioid medications. *J Gen Intern Med* 1993;8:688-690.
16. **Longo LP:** Non-benzodiazepine pharmacotherapy of anxiety and panic in substance abusing patients. *Psychiatric Ann* 1998;28(3):142-153.
17. **Gold MS, Miller NS, Stennie K, Populla-Vardi C:** Epidemiology of benzodiazepine use and dependence. *Psychiatric Ann* 1995;25:146-148.
18. **Salzman C, for the Task Force on Benzodiazepine Dependence, American Psychiatric Association:** Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a Task Force report of the American Psychiatric Association. Washington, APA, 1990.
19. **Longo LP, Johnson B:** Treatment of insomnia in substance abusing patients. *Psychiatric Ann* 1998;28(3):154-159.
20. **Ratey JJ:** Paying attention to attention in adults. *Chadder* 1991;1:13-14.
21. **Savage S, Schofferman J:** Pain in the addicted patient. En: Miller NS (ed.): *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase MD, American Society of Addiction Medicine, 1994.
22. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3): 110-116.
23. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª época* 2003;19(1):28-38.
24. **Johnson B:** The mechanism of codependence in the prescription of benzodiazepines to patients with addiction. *Psychiatric Ann* 1998;28(3):166-171.
25. **Bursztajn HJ, Brodsky A:** Ethical and legal dimensions of benzodiazepine prescriptions: a commentary. *Psychiatric Ann* 1998;28(3):121-128.
26. **Pettis RW, Guthiel TG:** Misapplication of the Tarasoff duty to driving cases: a call for a reframing of theory. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993;21:163-175.
27. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCPCA). Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;17(4):291-307.
28. **Friedmann PD, Saitz R, Samet J:** Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: relapse prevention in primary care. *JAMA* 1998;279:1227-1231.
29. **Robins LN, Helzer JE, Weissman MM:** Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-958.
30. **Buchsbaum DG, Welsh J, Buchanan RG, Elswick RK:** Screening for drinking problems by patients' self-report. *Arch Intern Med* 1995;155:104-108.
31. **Klamen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480 xi.
32. **O'Connor PG, Samet JH:** Prevalence and assessment of readiness for behavioral change of illicit drug use among primary care patients. *J Gen Intern Med* 1996;11(suppl):53.
33. **Samet JH, Vega M, Nuciforo S, Williams C:** Assessment of readiness for behavioral change of substance abusers in primary care. *J Gen Intern Med* 1995;10(suppl):48.
34. **Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB:** Recovery from alcohol problems with and without treatment. *Am J Public Health* 1996;86:966-972.
35. **Barnes HN:** Addiction, psychotherapy, and primary care. *Subst Abuse* 1995;16:31-38.
36. **Bigby J:** Negotiating treatment and monitoring recovery. En: Barnes HN, Aronson MD, Delbanco TL (eds.): *Alcoholism: a guide for the primary care physician*. Nueva York, Springer-Verlag, 1987:66-72.
37. **Westreich L:** Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002:58-60.
38. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-1114.
39. **Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R:** Brief physician advice for problem alcohol drinkers. *JAMA* 1997;277:1039-1045.
40. **McCrary BS, Epstein EE:** Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. En: Rotgers F, Keller D, Morgenstern J (eds.): *Treating substance abusers: Theory and technique*. Nueva York, Guilford Press, 1996: 117-142.
41. **Daley DC:** Five perspectives on relapse in chemical dependency. En: Daley DC. (ed.): *Relapse: conceptual, research and clinical perspectives*. Binghamton, Haworth Press, 1989:3-26.
42. **Liebschutz JM, Mulvey KP, Samet JH:** Victimization among substance-abusing women: worse health outcomes. *Arch Intern Med* 1997;157:1093-1097.
43. **Flitcraft AH, Hadley SM, Hendricks-Matthews MK, McLeer SV, Warshaw C:** *American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence*. Chicago, American Medical Association, 1994.
44. **Souza y Machorro M, Rochín GG:** Violencia sexual: revictimación, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría 2ª época* 1999;15(2):28-33.

45. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
46. **O'Farrell TJ:** *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. Nueva York, Guilford Press, 1993.
47. **Souza y Machorro M:** Alcoholismo: enfermedad familiar. En: Souza y Machorro M: *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México, El Manual Moderno, 1996.
48. **Hoffmann NG, Dehart SS:** *Committee on benefits project working toward clinically effective and cost efficient treatment*. Providence, National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the Brown University Center for Alcohol and Addiction Studies, 1996.
49. Project Match Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. *J Stud Alcohol* 1997;58:7-29.
50. **Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *Liber@ddictus* 2003;69:13-16.
51. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
52. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
53. **Hunt WA, Barnett W, Branch LG:** Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971;27:455-456.
54. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neurociencias México* 2000;5(4):201-204.
55. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
56. **Larson MJ, Samet JH, McCarty D:** Managed care of substance abuse disorders. *Med Clin North Am* 1997;81:1053-1069.
57. **O'Brien CP, McLellan AT:** Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996;347:237-240.
58. **Hasin DS, Grant BF, Dufour MG, Endicott J:** Alcohol problems increase while physicians' attention declines. *Arch Intern Med* 1990;150:397-400.
59. **Saitz R, Mulvey KP, Plough A, Samet JH:** Physician unawareness of serious substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997;23:343-354.
60. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
61. American Society of Addiction Medicine: Public policy statement on screening for addiction in primary care settings. *ASAM News* 1997;17:17-18.
62. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
63. **O'Brien CP:** A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science* 1997;278:66-70.
64. Institute of Medicine: *Dispelling the myths about addiction*. Washington, National Academy Press, 1997.
65. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las adicciones (FINCA). México, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
66. US Preventive Services Task Force: *Guide to clinical preventive services*. 2ª ed. Alexandria, International Medical Publishing, 1996.
67. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
68. **Marlatt GA, Gordon JR:** *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, Guilford Press, 1985.
69. **Miller WR:** What is a relapse? *Addiction* 1996;91(suppl):S15-S27.
70. **Connors GJ, Longabaugh R, Miller WR:** Looking forward and back to relapse: implications for research and practice. *Addiction* 1996;91(suppl):S191-S196.
71. **Nowinski J, Baker S, Carroll K:** *Twelve step facilitation therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse or dependence*. Washington, Superintendent of Documents, US Government Printing Office; 1995. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH monograph series, vol. 1, DHHS publication No. (ADM) 94-3722.
72. **Wallace BC:** Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. *J Subst Abuse Treat* 1989;6:95-106.
73. **Gorski TT, Miller M:** Staying sober workbook. Independence, Independence Press, 1988.
74. **Dejong W, Finn P, Grand J, Markoff LS:** Relapse prevention: clinical report series. Washington, Superintendent of Documents, US Government Printing Office, National Institute on Drug Abuse; 1994. DHHS publication No. (ADM) 93-3845.
75. **Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM:** Conceptualizations of relapse. *Addiction* 1996;91(suppl):S5-S13.
76. **Saitz R, O'Malley SS:** Pharmacotherapies for alcohol abuse. *Med Clin North Am* 1997;81:881-907.
77. **Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG:** Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997;81:909-925.
78. **O'Connor PG, Farren CK, Rounsaville BJ, O'Malley SS:** A preliminary investigation of the management of alcohol dependence with naltrexone by primary care providers. *Am J Med* 1997;103:477-482.
79. **Miller NS, Gold MS:** Management of withdrawal syndromes and relapse prevention in drug and alcohol dependence. *Am Acad Fam Physician* 1998.
80. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Epidemiology of alcohol use and alcohol-related consequences. En: *Alcohol and health. Eighth special report to the U. S. Congress from the Secretary of Health and Human Services*. 1993:1-35.
81. **Rickels K, Schweizer E, Case WG, Greenblatt DJ:** Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:899-907.
82. **Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC:** Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12:274-283.
83. **Hirshfeld RMA, Russell JH:** Current concepts: assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997;337:910-915.
84. **Prado GA, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Bupropión y uso de cocaína. *Rev Mex Neuroci* 2000;1(3):39-41.

85. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social: *Drogo-dependencias: reducción de daños y riesgos*. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2000.
86. **O'Hare PA, Newcomb R, Mathews A:** *The reduction of drug related harm*. Londres, Routledge, 1992. Versión castellana: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, Grupo Igia, 1995.
87. Canadian Centre for Substance Abuse: *National working group on policy. Harm reduction concepts and practice*. A policy discussion paper. Ottawa, 1996.
88. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario: *Reducción del daño. Principios y estrategias básicas*. Chiclana de la Frontera, 1998.
89. **Marlatt GA, Tapert SF:** Harm reduction. Reducing the risk of addictive behaviors. En: Baer JS, Marlatt GA, McMahon R (eds.): *Addictive behaviors across the lifespan*. Newbury Park, Sage, 1993.
90. **Newcomb R:** The reduction of drug related harm. A conceptual framework for theory, practice and research. En: O'Hare PA (ed.): *The reduction of drug related harm*. Londres, Routledge, 1992. Barcelona, Grupo Igia, 1995.
91. **De Andrés M:** *Contando con la competencia de los usuarios de drogas*. IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias. Jerez de la Frontera, 1998.
92. **Simpson DD:** National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP), follow-up research. En: Tims FM, Ludford JP (eds.): *Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects*. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Research Monograph 51. DHHS: Pub. (ADM). Washington, 1984;1329:29-41.
93. **Colom J:** Los programas de reducción de riesgos. *Adicciones* 1997;2:163-170.
94. **Caplehorn JR, Irwig L, Saunders JB:** Physicians attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Substance Use Misuse* 1996;31(6):663-677.
95. **Caplehorn JR:** Retention in methadone maintenance and heroin addicts of death. *Addiction* 1994;89:203-207.
96. **Borras T, Roig P:** Del hospital a la farmacia comunitaria. *Idea Prevención* 1999;18:42-43.
97. **Fernández Miranda JJ:** Efectividad en un tratamiento de mantenimiento con metadona en Asturias. *Newsletter Euro-Methwork* 1997;11:9-10.
98. **Des Jarlais DC, Paone D, Fridman SR:** Regulating controversial programs for unpopular people: methadone maintenance and syringe exchange programs. *Am J Public Health* 1995;85(11):1577-1584.
99. **Torrens M, Castillo C, Pérez Sola V:** Retention in low-threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Dependence* 1996;41:55-59.
100. **Poo M, Markez I, Etcheoien R, Ruiz J:** *Programa de mantenimiento con metadona en farmacias. Valoración tras un año de funcionamiento en Bizcaia*. Colegio Oficial de Farmacéuticas de Bizcaia, 1997.
101. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, 2003.
102. **Fisher G, Jagsch R, Eder H:** Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addicts. *Addiction* 1999;94(2):231-239.
103. **March JC, Zunzunej MV, Aceijas C:** *Evaluación del programa de mantenimiento con metadona en Andalucía*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Mimeo, 1999.





## Nosología y terapéutica

Los tratamientos antiadictivos son, en general, efectivos para reducir los problemas médicos, psíquicos y psiquiátricos de los pacientes con problemas derivados del consumo de psicotrópicos, ya sean estimulantes, sedantes o psicodislépticos de consumo aislado, episódico o consuetudinario, solos o combinados.<sup>1-17</sup> Asimismo, son igualmente efectivos para contener o dar resolución, en su caso, a la amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad,<sup>5</sup> como la disfuncionalidad familiar,<sup>15,18-21</sup> los aspectos delictivos,<sup>22</sup> la violencia psicofísica,<sup>23</sup> sexual<sup>24</sup> u otras modalidades que caracterizan a la mayor parte de los casos. Pero ningún tratamiento es efectivo por sí mismo,<sup>25,26</sup> menos aún si se trata de la utilización de uno solo de los variados recursos correctivos de que se dispone.<sup>27</sup>

Así pues, la complejidad de la patología adictiva, de estirpe multifacética e impacto multimodal, puede medirse tan sólo por el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues aun con la participación de un equipo multidisciplinario, transdisciplinario e interdisciplinario, podría, según el caso, no consolidarse el resultado favorable esperado por el equipo de salud, independientemente de que su delicado manejo requiere, en la mayoría de los casos, mucho tiempo<sup>28</sup> gastado en forma constante y una adherencia especial. De ahí que los programas terapéuticos varíen tanto en sus abordajes, contenidos y especialmente en su efectividad.<sup>29-32</sup> Por otra parte, se supone, con base en la experiencia, que los distintos tratamientos son eficaces, dadas sus características, preferentemente con cierto tipo de pacientes, pero no con otros.<sup>33</sup> Los métodos para clasificar nosológicamente a cada paciente son conocidos y en cierto modo complejos y desatendidos, aunque hayan sido descritos en la literatura desde hace más de una década,

lo cual colabora en parte, entre otras razones, a que la evaluación clínica completa de los pacientes lamentablemente casi nunca se supervise.<sup>34,35</sup>

Para el desarrollo de estos prolegómenos se describen los primeros esfuerzos académicos en adicciones en EUA, que fueron realizados por la Asociación Médica sobre Alcoholismo de Nueva York en 1954 y reforzados en 1967 por la Sociedad Médica Americana de Alcoholismo, todo lo cual permitió diseñar, organizar y establecer acciones destinadas a estudiar, clasificar y promover la educación en esta materia.<sup>36</sup> Un valioso precedente histórico ocurrido en 1956 fue cuando la Asociación Médica Americana (AMA) reconoció por primera vez al alcoholismo como una enfermedad.<sup>36</sup> Sin embargo, pese al trascendental reconocimiento de esta acción, en la mayoría de los países que aceptan las adicciones como parte de la patología psiquiátrica acorde con las recomendaciones de la OMS no se observa en la actualidad la esperada repercusión académica en la enseñanza del personal de salud.<sup>37,38</sup>

Con la creación en 1935 de Alcohólicos Anónimos (denominados Grupos de Ayuda Mutua en la NOM)<sup>39</sup> empezaron a desarrollarse acciones asistenciales diversas, emparentadas con los objetivos médicos y de lo que en algunos países se conoce como psiquiatría de las adicciones.<sup>38</sup> La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) reconoció en 1981 que cerca de 30% del total de los problemas psiquiátricos ocurridos en ese país derivan regularmente de problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras sustancias psicotrópicas,<sup>40</sup> aceptando implícitamente la naturaleza crónica del padecimiento adictivo y las consecuentes recaídas. De ahí que, como meta óptima de toda terapéutica antiadictiva, se recomiende la consolidación de la abstinencia

cia y su supervisión,<sup>41,42</sup> la que, de acuerdo con la experiencia clínica, debe ser total, sostenida y sin concesiones, para poder alcanzar beneficios duraderos y permitir, asimismo, el acceso a un estilo de vida saludable.<sup>43,44</sup>

La primera vez que se expidió en EUA un reconocimiento académico a personal de la salud que asistió a un curso de alcoholismo fue en 1983, y lo hizo la Sociedad Médica de California.<sup>45</sup> En 1985 el Colegio Americano de Médicos asentó en la política pública de salud estadounidense que “la dependencia a sustancias químicas debía reconocerse como enfermedad y, por lo tanto, se requería practicar un diagnóstico médico y un tratamiento adecuado, razón por la que se recomendó el reforzamiento de una enseñanza formal”.<sup>46</sup> De hecho, una revisión de estudios epidemiológicos realizada en torno a los problemas adictivos mostró que 70% de los pacientes de ese país, a diferencia de lo que ocurre en México, habían sido atendidos, en primera instancia, por médicos de atención primaria.<sup>47</sup> A pesar de los logros alcanzados y de la intención educativa a nivel técnico y profesional, las actividades nosológicas y terapéuticas, entendidas como un fenómeno dinámico, implican una renovación constante en la metodología, la investigación, las técnicas didácticas y el conocimiento de la población objetivo<sup>27,28,38,48</sup> (cuadro 5-1).

En 1986 se incluyeron en la currícula médica temas relacionados con las adicciones; así, se podría decir que, pese a los antecedentes aislados de su atención, en esa fecha se inició el manejo profesional de las adicciones.<sup>43,49</sup> A partir de 1987 se recomendó que durante la formación psiquiátrica y psicoterapéutica se incluyera la supervisión clínica de casos, variante pedagógica frecuentemente ignorada por los profesionales que debe considerarse como un componente fundamental en los programas de enseñanza.<sup>27,47</sup> En 1988 la AMA publicó los lineamientos médicos prioritarios sobre adicciones, en los que definió su postura sociopolítica y que fundó su participación profesional, a efecto de difundir “el punto de vista oficial de ese país (EUA)”,<sup>50</sup> con el doble propósito de mejorar el conocimiento profesional del problema y favorecer el desarrollo de habilidades en el personal de salud. Para hacer frente al creciente fenómeno de salud pública derivado de esta acción, se estima que en el ámbito educativo de esta materia, el conocimiento mínimo que debe tener el personal de salud debe acompañarse siempre de una temática *ad hoc* (cuadros 4-1 y 5-2).<sup>37,38,51</sup>

En este contexto, todo tratamiento posible en casos de adicción debe efectuarse tomando en consideración la singularidad del sujeto y su visión del mundo. Así, de

### Cuadro 5-1. Temas y aspectos por considerar en la educación en adicciones a personal de salud

---

Importancia epidemiológica del incremento social del consumo
La adicción como enfermedad
La experiencia educativa en adicciones
Pertinentes modificaciones curriculares
Uso del modelo cognitivo-conductual
a. Evaluación de las necesidades de aprendizaje
b. El diseño <i>ad hoc</i> de programas
c. La imprescindible evaluación de los resultados
Participación del sistema educativo
Importancia de los elementos formativos curriculares
a. La identificación correcta del problema
b. La intervención adecuada que éste requiere
c. La educación pertinente
Desarrollo de una labor conjunta
Presencia del síndrome de exhaustión
Introgénia y reacciones contratransferenciales
Estrategias interactivas
Estudio de los patrones de inicio y cesación de consumo
Prevención de adicciones y comorbilidad
Reconocimiento del consumo problemático
Automedicación
Denominación usada en el campo terapéutico y sus diversas connotaciones
Amplia tolerancia social a la intoxicación y el abuso en el consumo de sustancias sin prescripción y el cabal desconocimiento del concepto de consumo perjudicial
Identificación apropiada de la naturaleza del daño
Duración del consumo
Incompatibilidad con otra entidad nosológica
Consumo desadaptativo y sus alcances
Identificación del consumo en la familia
a. Cambios de carácter y deterioro del rendimiento académico o laboral, o ambos
b. Presencia de signos de intoxicación
c. Exploración de los hábitos nocturnos
d. Amistades malsanas
e. Presencia de restos de consumo

---

Modificado de: Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL *et al.*: *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. Subdirección de Investigación en Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA). Gobierno del Distrito Federal. México, 2000.

modo complementario, la familiarización profesional con los grupos de ayuda mutua forma parte de los lineamientos de prevención de esta patología<sup>27,42</sup> en distintos programas de tratamiento.<sup>27,41,47</sup>

Los programas de internamiento con duración de 28 días, difundidos en su operación desde el inicio de la década de 1980, recogieron el espíritu y principios de AA, y al mezclarse con otras consideraciones médicas con-

### Cuadro 5-2. Metas de la labor educativa

---

Semblanza indispensable acerca de la magnitud del fenómeno adictivo

Unificación de criterios clínicos para su abordaje

Familiarización en el uso de la terminología técnica internacional que promueva el uso de las mejores medidas terapéuticas

De ello dependería en buena medida una adecuada diseminación de la información específica a los pacientes y sus familiares sobre la necesidad de buscar atención profesional en casos de abuso/adicción a sustancias

Paquetes de información básica para los pacientes y familiares afectados por el consumo de sustancias psicotrópicas de abuso y otras, especialmente las relativas a sus consecuencias sobre la salud individual y colectiva

Información acerca de los modelos y técnicas terapéuticas para el abordaje de los trastornos adictivos por los profesionales de la salud involucrados en el problema

Conocimiento más detallado de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales básicos relacionados con el tema, a efecto de lograr una unificación en la integración conceptual del problema adictivo, sus distintas modalidades de presentación (afectación) y sus variedades de manejo (terapéutica)

Por ello resulta de suma importancia entre el personal la diseminación de información actual acerca de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos usados contra esta patología

---

Modificado de: Dove HW: Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):481-488,XI; Klamen DL: Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480,XI; NIDA (The National Institute on Drug Abuse): *Information for Researchers and Health Professionals*. U. S. Department of Health and Human Services. April 11, 2003; Marcus MT, Rickman KA, Sobhan T: Substance abuse education liaisons: a collaborative continuing education program for nurses in acute care settings. *J Contin Educ Nurs* 1999;30(5):229-234; Kosten T: Management of drug alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-1795; El Guebal N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S: Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction* 2000;95(6):949-957; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry: Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.

formaron el llamado Modelo Minnesota, que evidencia fehacientemente la amplia variedad de resultados a los que puede llegarse a falta de una apropiada clasificación nosológica, por lo que se ha requerido desintoxicar previa y apropiadamente a los pacientes antes de proceder al internamiento,<sup>52</sup> a su rehabilitación residencial<sup>53,54</sup> en la estancia de cuatro semanas<sup>52</sup> o a la extensión del tratamiento a modo de recontratación de otro servicio terapéutico extra<sup>55</sup> (cuadro 1-3).

Todas ellas representan condiciones que, a la luz de la experiencia, reclaman sin duda un análisis más cuidadoso de parte de los profesionales. Posteriormente, en los albores de la década de 1990, los retos terapéuticos de los servicios asistenciales, en particular aquellos que desarrollaban programas antiadictivos, se enfocaron en dos cuestiones complementarias e ineludibles: el costo-beneficio del servicio brindado y la siempre pertinente clasificación clínica de los pacientes, por lo cual, presionados los servicios por el costo de tal manejo, se optó por enfatizar las acciones destinadas a la desintoxicación ambulatoria (que en EUA representaba en aquel entonces una décima parte del costo de un internamiento regular o promedio<sup>52,53</sup>) y el tratamiento diurno, lo cual en un principio, quíerese o no y dada la dificultad de su reconocimiento, dejaba un poco de lado la condición medico-psiquiátrica y psicosocial de los pacientes.<sup>56-58</sup>

Por su parte, la hospitalización parcial de los abusadores y adictos ofreció iguales o mejores resultados, en comparación con la rehabilitación residencial, calculada económicamente entre una mitad y un tercio de su costo,

por lo que se consideró que el manejo del internamiento no lograba la meta de la deseada “rentabilidad”.<sup>53</sup>

Para optimizar la calidad del cuidado de estos pacientes es necesario determinar sus características individuales como la psicopatología, que sirve de posible predictor de la evolución terapéutica,<sup>56</sup> y con base en ello sustentar el grado de compromiso y participación en aras de un mejor pronóstico rehabilitatorio,<sup>35,52</sup> criterios que, no obstante, aún permanecen bajo investigación<sup>31,58</sup> debido a que los resultados de los estudios que clasifican adecuadamente a sus pacientes *versus* aquellos que no lo hacen han arrojado, por diversas razones conceptuales y técnicas, resultados sólo ligeramente superiores que no justifican la diferencia esperada.<sup>31,59</sup> Se busca, en todo caso, lograr una clasificación sencilla y funcional que permita pronosticar la evolución de los tratamientos para considerarlos óptimos.<sup>26,60-62</sup> Sin embargo, este delicado proceso aún se ve sometido al logro de un mejor esclarecimiento de por lo menos dos cuestiones esenciales y convergentes:

- a. La clasificación adecuada de las modalidades terapéuticas.
- b. La ubicación del paciente en su nivel de atención con base en su condición clínica.

Ambos enfoques son teórica y clínicamente importantes, y deben ser integrados, dada su deseabilidad operativa, a la práctica cotidiana de esta y cualquier otra especialidad médica<sup>27,28</sup> (cuadro 1-1). A la enorme demanda

de atención de problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso<sup>63,64</sup> se suman por lo menos 31% de los pacientes que acuden a servicios de emergencias<sup>65</sup> y que deberían poder beneficiarse también de la asesoría correctiva en las distintas modalidades que ofrece la comunidad: profesionales (internamiento residencial, internamiento breve, consulta externa y rehabilitación a largo plazo, con apoyo o no de Casas de Medio Camino) o bien para profesionales (grupos de ayuda mutua),<sup>66-68</sup> pero todos esos pacientes —como cualquier paciente en medicina— requieren ser apropiadamente clasificados para una mejor valoración clínica.<sup>28,48</sup>

En esa dirección, considérese el estudio de los grados de afectación del paciente abusador/adicto<sup>66</sup> señalado por la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (SAMA), que señala los niveles de atención, coincidentes con el esquema Atención Preventiva referido hace décadas por Leavell y Clark.<sup>69</sup> El primero de ellos, o nivel II, acoge a quienes pueden ser tratados en forma ambulatoria e intensiva. Para el cuidado diurno o vespertino se diseñaron los programas de manejo del nivel II.1. La hospitalización parcial se ubica en el nivel II.5, y en el nivel III o de rehabilitación está el internamiento residencial, el cual se refuerza por las acciones realizadas en la Casa de Medio Camino, ubicada en el nivel III.1. En forma complementaria, el designado para las acciones rehabilitatorias del Programa de la Comunidad Terapéutica se ubica en el nivel III.5.<sup>66</sup> En tal sentido, cabe señalar que el nivel I o de atención primaria no se incluye por razones obvias, ya que se trata de una condición localizada previa al horizonte clínico de la atención médica, por lo que oscila entre el nivel 0.5 y el I, toda vez que se destina a las acciones de intervención temprana para aquellos casos que representan cierto riesgo de enfermedad, donde la ayuda profesional puede ser de utilidad en sentido preventivo, pero no se logra aún establecer formalmente un diagnóstico.<sup>66</sup>

Como puede apreciarse, los grados de afectación del paciente abusador/adicto y su diagnóstico, basados en la historia natural de la enfermedad, caracterizan una condición particular: la participación de una amplia serie de variables sociodemográficas como edad, género,<sup>70,71</sup> nivel social y cultural,<sup>72</sup> tipología, grado de severidad o afectación sindrómica, donde destacan los elementos que conforman el patrón de consumo, como la edad de inicio de consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso; la severidad de los síndromes de intoxicación o abstinencia; la cantidad, frecuencia y condiciones de consumo, tipo de sustancias usadas, variedad o número de ellas, vías de administración alterna o simultánea, etc.

Las características intrapersonales son: diagnóstico(s) psiquiátrico(s), eficacia y funcionalidad cognitiva, etapa de cambio psicológico donde se encuentre el paciente, correspondiente al esquema de Prochazka,<sup>73,74</sup> funcionalidad interpersonal y su estabilidad, entre otros. Así, a la pregunta: ¿dónde encontraría utilidad la clasificación nosológica de los pacientes para ser ubicados en niveles adecuados de tratamiento?, se puede responder con los argumentos que brinda cualquiera de los estudios que se mencionan. El primero de ellos fue realizado en el Centro para Adicciones del Centro Médico Foothills de Calgary, Canadá, entre un grupo heterogéneo de 44 pacientes abusadores/adictos a analgésicos con dolor crónico musculoesquelético u otras condiciones leves (distintas de los pacientes terminales), que fueron atendidos (10 semanas) ambulatoriamente, y refiere que el programa contra adicciones se dividió en cuatro aspectos:

1. Grado de severidad de la adicción.
2. Tipo de dolor.
3. Grado de estrés emocional.
4. Plan de reducción de la medicación, que evaluó la evolución lograda a los 3 y 12 meses del ingreso, respectivamente.

La mitad de los pacientes mostraron mejoría estadísticamente significativa en por lo menos uno de los aspectos referidos. La mitad de los adictos a opiáceos se abstuvieron del consumo tras 12 meses de manejo. Los resultados indican, en opinión de sus autores, que las personas con dolor crónico y trastornos por consumo de sustancias responden bien a un modelo mixto de tratamiento para adicciones y manejo del dolor, basado en el aprendizaje personal para controlar la adicción y evitar las recaídas<sup>75</sup> si cooperan y permanecen en estrecha supervisión a largo plazo.<sup>10,76,77</sup>

El segundo estudio, realizado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, en San Francisco, señala que, a pesar de que la adicción etílica es un trastorno crónico con frecuentes recaídas,<sup>26,78</sup> no se ha estudiado a largo plazo en su pronóstico vinculado al tiempo utilizado en las medidas empleadas en su manejo. Señalan los análisis de regresión logística que la duración del manejo es un importante factor para el logro de abstinencias más largas y duraderas, y que entre los factores que las propician se identifican la edad, ser mujer, llevar con apego los lineamientos de los grupos de ayuda mutua y realizar trabajos o labores orientados a la recuperación. De modo que los pacientes tratados en internamiento residencial por un mínimo de seis meses, y es importante enfatizar esto, muestran abstinencia de cinco años o más en el postratamiento.<sup>79</sup>

El tercero de los estudios dirigidos a apoyar la argumentación que plantean es el realizado por el Centro de Programas Integrados contra el Abuso de Sustancias de la Universidad de Los Ángeles, California, cuyos resultados refieren que la predictibilidad de los casos en pacientes con adicción a cocaína, en su pronóstico a largo plazo, es difícil, ya que se requiere el análisis combinado de los distintos elementos que conforman los casos. De ahí que entre las variables sociodemográficas incluidas destaquen: edad, género,<sup>80</sup> raza, nivel educativo, tiempo de consumo de la(s) sustancia(s), condición en el Índice de Severidad de la Adicción (ISA, citado en literatura múltiples veces por considerarse un reconocido instrumento práctico de medición que ubica el grado de afectación de los pacientes), el cual puede ligarse al tiempo de estancia, participación y adecuación de los abusadores/adictos a su tratamiento y, en consecuencia, a su evolución y pronóstico postrero.<sup>13,81</sup>

En un plano semejante, pero ahora tratándose de alcohol, una de las adicciones más importantes de la mayor parte de las sociedades, un cuarto estudio refiere la investigación realizada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Creighton, Nebraska, que indica que el consumo de etanol en poblaciones de adultos mayores de 55 años o más permanece subatendido clínicamente, debido a múltiples barreras, ya diagnósticas,<sup>3,82-85</sup> ya terapéuticas.<sup>26,64,65,86</sup> Pocos estudios en la literatura, afirman sus autores, examinan el pronóstico de los manejos otorgados, los cuales no suelen evaluar correctamente las acciones emprendidas. De acuerdo con las recomendaciones de la SAMA al efecto, para evitar recaídas, riesgos medicopsiquiátricos y su comorbilidad, el ambiente clínico de la modalidad terapéutica que proporciona el modelo de Hospital de Día contribuiría decididamente a su control.<sup>87</sup>

Por último, en relación con el control terapéutico de las adicciones, cabe señalar que se han desarrollado varias formas de manejo; por ejemplo, en opiáceos, las clínicas de Nueva York administran metadona desde 1960,<sup>88</sup> con la intención de producir una evitación de los síntomas de abstinencia usando dosis de 50 a 100 mg/día.

El LAAM (levo-alfa-acetil-metadol), otra forma de metadona de acción más prolongada, dosificado entre 70 y 100 mg/día, es capaz de eliminar los síntomas de abstinencia entre 48 y 72 h. Puede administrarse tres veces por semana. La buprenorfina, agonista parcial de los opiáceos (con propiedades mixtas: agonistas y antagonistas), se utiliza desde 1970 contra la dependencia de estas sustancias. La naltrexona, medicación antagonista de los opiáceos, es eficaz en dosis única por 24 h, al bloquear los receptores cerebrales de la sustan-

cia adictiva primaria.<sup>88</sup> Asimismo, se han usado otras sustancias como la naloxona.<sup>87</sup>

Tratándose de cocaína, aunque se dispone de varias sustancias bloqueadoras para su manejo farmacológico, éstas no han mostrado mucha eficacia. Por razones éticas, al intentar continuar el trastorno en un intento por cambiar este tipo de manejo por otro “más conveniente”, ello ha resultado controversial para muchas personas; no obstante, se ha documentado como conveniente para el mantenimiento favorable a largo plazo del posttratamiento de ciertos pacientes graves o complicados, especialmente los portadores de adicción al alcohol y otras sustancias de abuso, como los opiáceos,<sup>65,87,89,90</sup> por lo que cabe tener en cuenta otras condiciones clínicas y circunstancias del tratamiento de estos pacientes, donde de todas maneras las maniobras por realizarse siguen siendo revisadas en los estudios internacionales.<sup>91</sup>

En forma complementaria, y para redondear la visión ofrecida en torno de las actividades terapéuticas para los procesos adictivos, la sólida argumentación de apoyo existente para las medidas del postratamiento en favor de los distintos tipos de pacientes y sus peculiares y muy variadas características, así como las instituciones participantes, documenta una amplia serie de psicotrópicos y acciones reforzadas por la participación de las Casas de Medio Camino y, en su caso, programas de Hospital de Día. Su función brinda a largo plazo contención funcional a los pacientes, complementada o en sustitución, en su caso, de la labor de los grupos de ayuda mutua. De la misma manera lo hace la persistencia en el tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.<sup>75,92,93</sup> Como era de esperarse, la buena evolución de los pacientes en el posttratamiento depende simultáneamente de distintos factores, los cuales tienen alta significación personal y, por lo tanto, influyen en su adherencia al tratamiento. Tal es el caso de la motivación,<sup>62,94-98</sup> el grado de involucramiento en el manejo y el desempeño en las actividades programadas.

En esa dirección se señala la participación de diversos factores, mencionados sin orden de importancia:

- a. La institución (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc., características del personal y organización y recursos destinados al manejo).
- b. El tratamiento (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad<sup>98,99</sup> de la condición clínica por tratar).
- c. El paciente (grado de afectación, conciencia de enfermedad, motivación y recursos disponibles).
- d. La familia (grado de funcionalidad, participación,

abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adherencia, etc.).

- e. Sociales y culturales (estigma, grado de aceptación y simpatía por la labor y esfuerzo de los afectados, etc.).

Tómese, por ejemplo, que en un reciente reporte de la oficina de las Naciones Unidas para Prevención de las Drogas y el Delito (PNUFID),<sup>88,100</sup> se señala el carácter indudable de los graves problemas sociales ocasionados por las adicciones a psicotrópicos y el abuso de sustancias y sus generalizadas y costosas consecuencias. Así, independientemente de que el problema sea considerado por los distintos grupos organizados como pecado, delito, mala costumbre o enfermedad (síndrome), según lo señala la nosología mundial, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el problema universal del abuso de drogas sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción familiar y el uso desproporcionado de servicios de atención médica que derivan de esta particular condición.

Pero, si bien la ciencia y el desarrollo tecnológico actuales han generado amplios y decisivos progresos en los últimos años, no es posible todavía explicar completamente los procesos fisiológicos y psicológicos capaces de transformar el “uso” voluntario y controlado del alcohol y otros psicotrópicos en una adicción involuntaria e incontrolada de esas sustancias, para las cuales no existe curación. O, en todo caso, lo que se puede hacer es tratar ese particular fenómeno eficazmente, y ofrecer beneficios tangibles a cambio de la inversión que haga la sociedad en su terapéutica. En el ámbito de este punto puede apreciarse la marcada diferencia conceptual, y en consecuencia operativa, entre el trabajo clínico individual con pacientes abusadores/adictos y la visión epidemiológica del problema, observados desde su nivel macrológico. Ambas posturas resultan igualmente responsables de la no convergencia inmediata del abordaje y desarrollo de la labor rehabilitatoria de los afectados y sus familias. No obstante, cabe esperar que posiblemente no lo sean tanto en su visión final, dados los fines que persiguen, que son semejantes.<sup>88,100</sup>

Los ensayos controlados y los trabajos de campo en gran escala han demostrado mejorías significativas, a nivel estadístico y clínico, en lo que respecta al consumo de psicotrópicos y a los problemas sanitarios y sociales conexos de las personas bajo tratamiento. Además, esa mejoría se traduce en reducciones sustanciales de problemas sociales y de diversos costos para la sociedad. Al compararse en cada uno de los casos la eficacia de las diversas formas de tratamiento modernas con

otras opciones que no conllevan manejo especializado, como la ausencia completa y total de tratamiento en distintas circunstancias y otras intervenciones de la justicia penal, los resultados de la investigación contemporánea indican la tendencia a reconocer que es más eficaz suministrar tratamiento que no hacerlo. De ahí que las diversas formas de tratamiento disponibles, algunas de las cuales han sufrido modificaciones en su extensión, haciéndose más prolongadas en el postratamiento, incluyen, en orden de importancia asignado por la propia historia natural de la enfermedad, lo siguiente:

- a. La desintoxicación o estabilización (o ambas) de cuadro clínico a través del manejo de la abstinencia de los síndromes que ocasiona cada uno de los tipos de sustancias, ya sea solas o combinadas, y que suele durar unos cuantos días.
- b. La terapéutica con miras a su rehabilitación, la cual puede tardar semanas o meses, e incluso años, según las características de cada cuadro y su comorbilidad.
- c. La atención continuada dirigida al manejo de la rehabilitación psicosocial de distintos factores en juego, como condición escolar, laboral, etc., especialmente la reestructuración del proyecto de vida de cada paciente, lo cual puede tardar varios años en consolidarse, según sea la motivación, los recursos empleados y otros elementos, como el evitar eficazmente las recaídas, el manejo del resentimiento, la resignificación de los contenidos mentales y simbólicos que el psicotrópico tiene para el paciente, etc.<sup>88,101</sup>

En la bibliografía científica de los últimos años se contemplan distintos componentes que hacen, o no, eficaces los tratamientos. La variable independiente más importante al respecto, y en la que coinciden los autores y la experiencia, señala que la duración del tratamiento, y en más amplio sentido su continuación a largo plazo (más de cinco años), es la que más efectos benéficos produce.<sup>86</sup> Cabe señalar que, por lo general, obtienen mejores resultados las modalidades terapéuticas que tienen una mayor duración recomendada como parte de las acciones contempladas en su programa.<sup>85</sup> Y así, como los pacientes continúan en tratamiento por más tiempo, logran mejores resultados a pesar de la modalidad empleada, lo cual es importante a efecto de discriminar entre las alternativas disponibles que los programas emplean. En consecuencia, es pertinente enfatizar:

- a. Los trabajos de investigación han mostrado de manera concluyente que, para los que padecen graves formas de adicción, los mejores manejos

de que se dispone son los que reúnen características integrales.

- b.** Hay tratamientos continuados y los que se dirigen al control de otras enfermedades crónicas.
- c.** Hay tratamientos capaces de abordar múltiples problemas a la vez y que constituyen un riesgo para la recaída, como síntomas físicos y psíquicos, y en particular factores relacionados con la inestabilidad social.
- d.** Hay tratamientos que están mejor integrados en la sociedad para disminuir el fácil acceso a los efectos de seguimiento y planes de prevención de recaídas.<sup>88,100</sup>

Otro aspecto importante que revelan los estudios es que, si bien la motivación para someterse a un tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida que aquél requiere, la mayoría de los pacientes bajo estudio terapéutico que hacen uso de psicotrópicos se someten al manejo como resultado de una combinación de factores de motivación interna, presiones familiares, laborales e incluso judiciales, juntas. Estas presiones, al combinarse con el manejo profesional o paraprofesional (de ello dependen, como es de esperarse, ciertas diferencias en las consecuencias prácticas), rinden sus frutos tanto al paciente como a la familia y, en el más amplio sentido, a la sociedad.<sup>37,38</sup> Con base en lo planteado, puede afirmarse que el conocimiento actual indica que es mejor considerar la adicción como un trastorno crónico recurrente, y aunque es cierto que no todos los casos de adicción son crónicos, que varían en distintas porciones de configuración y están sometidos a diferencias notorias entre un paciente y otro aunque sean consumidores de la(s) misma(s) sustancia(s).<sup>88,100</sup>

Esta condición induce a pensar que precisamente por ello mismo algunos pacientes logran recuperarse completamente, en algunos casos incluso sin tratamiento. No obstante, muchas de las personas que padecen de problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento, y se piensa que están propensas a recaídas durante muchos años, o quizá toda la vida, según las características biopsíquicas y sociales individuales. De ahí que se considere que, como en muchas otras enfermedades, es imposible predecir si, y en qué plazo, una estrategia de cuidados intensivos dará lugar a una remisión completa. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión, padecimiento analogable, los cambios de dieta, el hacer ejercicio y el cambio de hábitos en la vida a favor de un estilo más saludable pueden reducir la enfermedad en algunos pacientes sin medicación ni tratamiento continuado; en cambio, muchos otros pacientes

necesitan asistencia y supervisión continuada y el uso de medicamentos específicos, además de una evaluación periódica de la dieta, el estrés y el ejercicio. Si la adicción se considera un trastorno crónico, ya no resultará sorprendente que ni el encarcelamiento ni un breve periodo de estabilización resulten eficaces en producir los cambios esperados.<sup>88,100</sup> Por otra parte, los estudios al respecto señalan igualmente un complemento de la visión acerca de esta patología, en la que en forma categórica se indica que:

- a.** La educación por sí misma no corrige la toxicomanía, toda vez que no se trata simplemente de falta de conocimientos al respecto. De hecho, la mayoría de los pacientes conocen y manejan información al respecto que no es del dominio de otras personas de la comunidad.
- b.** Las consecuencias del consumo del alcohol y otros psicotrópicos (p. ej., el desequilibrio hidroelectrolítico grave, la pérdida del trabajo o la detención policial) parecen ser estímulos importantes para someterse al tratamiento en algunos pacientes, pero habría que llegar a ello, lo cual trae aparejadas ciertas consecuencias y gravosidad para el caso, condición con la que los clínicos, con base en su experiencia en el manejo de casos, están de acuerdo, aunque difieren del criterio y las recomendaciones de los educadores preventivos.
- c.** De hecho, muy pocos pacientes abusadores/adictos logran beneficiarse de un planteamiento de tipo correctivo por sí solo.
- d.** En todas las formas de intervención de la justicia penal se registran tasas de recaída de más de 70%.
- e.** En el caso de la adicción, no se trata simplemente de que la persona se estabilice y elimine las drogas del organismo, sino de que se someta a largo plazo a una corrección lo más completa posible.
- f.** Las tasas de recaída después de los tratamientos de desintoxicación o manejo de la abstinencia son aproximadamente las mismas que después del encarcelamiento, es decir, demasiado altas como para considerar que son útiles como forma rehabilitatoria del problema.<sup>88,100</sup> Tomando en cuenta lo anterior, se llega a la conclusión de que el mejor tratamiento para el abuso/adicción de psicotrópicos y otras sustancias es la combinación de terapia ambulatoria, medicación cuando el caso lo amerite y seguimiento continuados, según los distintos modelos de abordaje del problema.<sup>88,100</sup>

Recientes investigaciones farmacéuticas han aportado recursos eficaces para el tratamiento de la dependencia del etanol, la nicotina y los opiáceos, y se han encon-



trado posibles medicaciones prometedoras que, sin duda, ayudarán a los médicos a tratar estas enfermedades. Por ello, se puede mencionar que las adicciones, incluido el alcoholismo, son enfermedades cerebrales tratables con fuertes perfiles psicofamiliares y socioculturales.<sup>88,100</sup>

La medicación contra el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (*craving*) de que se dispone en la actualidad conforma una lista más o menos amplia de recursos con buenas posibilidades de apoyar el manejo. Este tipo de medicación, iniciada hace relativamente poco tiempo (1994) en varios países europeos, incluye el acamprosato y en EUA la naltrexona. El primero es un agente modulador específico del sistema glutamatérgico que interactúa con los receptores neuronales de la NMDA en los canales de calcio<sup>102-107</sup> e inhibe los síntomas de la privación etílica.<sup>108-113</sup> El segundo es un antagonista que interfiere con el refuerzo producido por el etanol al bloquear los receptores opiáceos, pero puede a su vez precipitar un síndrome de abstinencia, e incluso producir hepatotoxicidad en los casos donde ocurre sobredosisificación.<sup>108,114,115</sup> Asimismo, el GABA y el etanol por sí mismos reducen el deseo-necesidad de consumo, al restablecer la actividad dopaminérgica de las neuronas mesolímbicas, sustrato neural del estado disfórico que acompaña la privación etílica.<sup>27,116,117</sup> La amperozida, antagonista de los receptores 5-HT<sub>2</sub>, tiene propiedades de liberación dopaminérgica.<sup>27,118</sup> La lisurida, agonista-d<sub>2</sub> dopaminérgico y antagonista d<sub>1</sub> con propiedades serotoninérgicas, favorece la abstinencia hasta en 85% de los casos después de 90 días, y en 47% después de 180 días.<sup>119,120</sup> La memantina, receptor antagonista de los receptores NMDA, causa reducción significativa de los síntomas de la cesación etílica sin producir efectos colaterales estimulantes.<sup>120</sup> El disulfiram, cuyo potente efecto simpaticomimético reacciona con el acetaldehído, produce una sintomatología aversiva al etanol.<sup>117,119,121</sup>

Y dado que la incapacidad para continuar la abstinencia se relaciona con la hipofunción de los neurotransmisores, los antidepresivos (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, dopamina y norepinefrina cerebral, solos o mixtos), al favorecer la biodisponibilidad de los receptores se hacen fármacos de utilidad terapéutica.<sup>122-124</sup>

Otros antidepresivos atípicos, como la trazodona, en dosis bajas reducen el deseo-necesidad de consumo, los síntomas depresivos y la ansiedad asociada tras un lapso de por lo menos tres meses.<sup>125</sup> El carbonato de litio promueve la estabilidad del talante, y el ion magnesio, usado en situaciones derivadas de su deficiencia tisular, es útil en la enfermedad isquémica y el asma comórbida de la adicción en ancianos y desnutridos.<sup>124,126</sup> La carba-

mazepina, químicamente semejante a los antidepresivos, es potente como anticonvulsivo, moderada como sedante y leve como estabilizador del ánimo,<sup>29,124</sup> y si bien las benzodiazepinas proveen un seguro y efectivo manejo terapéutico en los síndromes adictivos, la investigación se enfoca en otras posibles drogas con menor capacidad adictiva, para impedir la dependencia consecutiva a su uso.<sup>27,106,1087</sup> El clonazepam es eficaz contra la ansiedad, y al ser combinado con betabloqueadores, clonidina o neurolépticos, funciona todavía mejor.<sup>106,116,120,122,123</sup>

Los valproatos con su posible acción GABAérgica favorecen la disminución del deseo-necesidad de consumo.<sup>118,119,126,127</sup> Por último, la metadoxina y otras sustancias similares,<sup>127,128</sup> usadas experimentalmente, revierten los efectos tóxicos de la intoxicación etílica.<sup>27,127,129</sup> Lamentablemente, no se encuentran todavía disponibles para el suministro cotidiano, pues no forman parte del cuadro básico de medicamentos que compone la terapéutica de las unidades de salud del país.<sup>27,120,121,128-133</sup>

En relación con la comparación entre la adicción y otras enfermedades crónicas, cabe mencionar que las mínimas diferencias no ameritan atención, en tanto que una de las semejanzas más significativas es la repercusión que tiene sobre la familia y el multiimpacto social. De modo que los principales objetivos de la mayoría de los tratamientos profesionales de estos padecimientos son:

- a. La remisión de los síntomas.
- b. La recuperación de la función en beneficio del paciente, donde se da por sentada la participación de la alianza médico-paciente.

Cuando se trata de adicciones, muchas personas suponen que el manejo del paciente es “para que se sienta bien”, lo cual llama poderosamente la atención, pues todos aquellos que han sufrido las consecuencias de la delincuencia, la pérdida de la productividad y el desconcierto relacionados con la adicción no están dispuestos a hacerlo.

El personal de salud encargado de suministrar tratamiento contra la adicción a psicotrópicos debe ampliar sus responsabilidades y centrarse en los siguientes fines recomendados por los expertos:<sup>90,102</sup>

- a. Trabajar con los empresarios y los organismos de bienestar social para que los afectados recuperen sus puestos de trabajo, o bien consolidar alguno donde puedan desarrollarse y ser de utilidad.
- b. Trabajar con los organismos de justicia penal y los intermediarios de la libertad condicional y la liber-

tad vigilada, para conseguir que el paciente no vuelva a cometer delitos relacionados con drogas ni a ser encarcelado.<sup>22</sup>

- c. Trabajar con organismos de bienestar familiar y con las familias para que los pacientes vuelvan a desempeñar su función familiar en forma responsable, o la asuman, especialmente el padre o la madre.<sup>88,100</sup>

La evaluación de una intervención terapéutica eficaz es la solución o adecuado manejo de los problemas señalados; de ahí que el espíritu de los tratamientos se dirija a mitigar los problemas de salud pública y las consecuencias sociales para los pacientes, lo cual es el centro del diseño y la realización de una estructura de prestación de servicios de atención societaria. En consecuencia, haciendo una formulación sintética, se estima que, aunque no se conozca la causa de la dependencia, administrar tratamiento es mejor que no hacerlo; cuanto mayor sea la duración de éste, mejores serán los resultados.<sup>88,100</sup> La patología adictiva es un trastorno de larga evolución<sup>74,83,84</sup> cuyas características no difieren de otros padecimientos.<sup>28,86</sup> Por lo tanto, la atención a su

comorbilidad es indispensable, y la motivación para el tratamiento es pieza fundamental de la rehabilitación, en la que el deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) causante de la(s) recaída(s) es el objetivo terapéutico del trastorno<sup>28</sup> cuyo control reclama los recursos más específicos posibles. El mejor tratamiento para esta entidad es la suma de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuados con bases psicoterapéuticas,<sup>85-87,134-139</sup> acciones que contextualizan una labor empática de orientación, correctiva y de apoyo informativo, íntimamente relacionada con la detección y combate del deseo-necesidad vehemente de consumo. Las metas de la eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia y toma de conciencia, así como de la participación activa de los afectados, son reflejo de la visión profesional, quintaesencia humanista que coadyuva a la disminución de las dificultades naturales del manejo en los procesos crónicos, al amparo de la nosología vigente.<sup>140</sup> Si “no es esperable una sociedad sin pestilencias”, como afirma René Dubois, el gran conjunto social reunido con y para todos sus miembros debe participar en forma conjunta desde sus particulares posiciones a la solución de sus propios problemas.

## REFERENCIAS

1. **Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS et al.:** Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend* 2000;59:215-221.
2. **Alterman AI, McKay JR et al.:** Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. *Drug Alcohol Depend* 1996;40:227-233.
3. **Babor TF:** Alcohol and drug use history, patterns and problems. En: Rounsaville BJ, Tims FM, Horton A (eds.): *Diagnostic sourcebook on drug abuse research and treatment*. Rockville, NIDA, 1993.
4. **Barry KL:** *Consensus Panel. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Rockville, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 1999. DHHS Publication No. (SMA) 99-3353.
5. **B BM, Blow FC, Cook CA:** Persistence of impaired functioning and psychosocial distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance abuse disorders. *J Gen Intern Med* 2001;16:57-65.
6. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C:** *Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram*. Nueva York, Oxford University Press, 2001.
7. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. En: Edwards G, Strang J, Jaffe JH (eds.): *Drugs, alcohol, and tobacco: making the science and policy connections*. Nueva York, Oxford University Press, 1993.
8. **Carroll KM:** Manual guided psychosocial treatment: a new virtual requirement for pharmacotherapy trials? *Arch Gen Psychiatry* 2002;23:43-51.
9. **Copeland A, Sorenson JL:** Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug Alcohol Depend* 2001;62:91-95.
10. **Currie SR, Hodgins DC, Crabtree A, Jacobi J, Armstrong S:** Outcome from integrated pain management treatment for recovering substance abusers. *J Pain* 2003;4(2):91-100.
11. **Childress AR, McLellan AT, O'Brien CP:** Assessment and extinction of conditioned withdrawal-like responses in an integrated treatment for opiate dependence. En: Harris LS (ed.): *Problems of drug dependence*, 1984.
12. **Davis JR, Glaros AG:** Relapse prevention and smoking cessation. *Addict Behav* 1986;11:105-114.
13. **Hodgins DC, El Guebaly N:** More data on the addiction severity index: reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:197-201.
14. **Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D:** *ASAM-patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders*. Washington, American Society of Addiction Medicine, 1991.
15. **McCrary BS, Stout R, Noel N:** Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *Br J Addict* 1991;86:1415-1424.
16. **McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS:** Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1141-1158.

17. **Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW:** Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain* 1996;11:307-315.
18. **McCrary BS, Epstein EE:** Marital therapy in the treatment of alcohol problems. En: Jacobson NS, Gurman AS (eds.): *Clinical handbook of couples therapy*. Nueva York, Guilford, 1995:369-393.
19. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
20. **Anton RF, Hogan I, Jalali B:** Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend* 1981;8:157-168.
21. **O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG:** Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993;54:652-666.
22. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
23. **Souza y Machorro M, Rochin GG:** Violencia sexual: revictimación, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):28-33.
24. **Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Violencia sexual y psicotrópicos. Aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría 2ª Época* 2002;18(1):44-56.
25. **Souza y Machorro M:** "Adicción" al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-490.
26. **Gastfriend DR, McLellan AT:** Treatment matching. Theoretic basis and practical implications. *Med Clin North Am* 1997;81(4):945-967.
27. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
28. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
29. **Hansen CF:** Drug dependence-treatment takes time. *Sygeplejersken* 1997;97(27):6-10.
30. **Ball J, Ross A:** *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. Nueva York, Springer-Verlag, 1991.
31. **McLellan AT, Grissom GR, Brill P:** Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993;10:243-254.
32. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997;58:7-29.
33. **Bowman K, Jellinek E:** Alcohol addiction and its treatment. *Q J Stud Alcohol* 1941;2:99-176.
34. Center for Substance Abuse Treatment: *The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 13. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.
35. **Hser Y:** A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *J Drug Issues* 1995;25:209-224.
36. **Chappel JN, Lewis D:** Medical education in substance abuse. En: Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrog JG: *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2ª ed. Cap. 72. Baltimore, William and Wilkins, 1992.
37. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Soc* 2000;8:99-106.
38. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
39. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 1998.
40. **Labs SM:** The career teaching program: alcohol and drug abuse education for health professionals. *J Med Educ* 1981;56(3):202-204.
41. American Psychiatric Association (APA): *Special essentials (requirements) for graduate education in psychiatry*. Washington, Residency Review Committee, 1989.
42. American Psychiatric Association (APA): Position statement of substance abuse. *Am J Psychiatry* 1981;138(6):874-875.
43. American Medical Association (AMA): Council on Mental Health and Committee on Alcoholism and Drug Dependency. Medical school education on abuse on alcoholism and other psychoactive drugs. *JAMA* 1972;219(13):1746-1749.
44. **Galanter M, Bean-Bayoug M:** A study of physicians certified in alcohol and drug dependency (editorial). *Alcoholism* 1989;13(1):1-2.
45. **Davies ACA, Correr F, Czechowicz D:** Substance abuse units taught by four specialties in medical school and residency programs. *J Med Educ* 1988;63(19):739-746
46. American College of Physicians (ACP). Health and Public Policy Committee. Chemical dependence. *Ann Int Med* 1985;102:405-408.
47. **Kamerow DB et al.:** Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice. *JAMA* 1986;225: 4-7.
48. **Souza y Machorro M:** Investigación y enseñanza en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
49. American Medical Students Association (AMSA): Appendix II. Alcoholism education in American medical schools. *Ann NY Acad Sci* 1971;178:135-138.
50. **Lewis DC, Czechowicz D:** A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA* 1987;257(21):2945-2948.
51. **Bowen OR, Sammons JH:** The alcohol abusing patient: a challenge to the profession. *JAMA* 1988;260:2267-2270.
52. **Hayashida M, Alterman A, McLellan A:** Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989;320:358-365.
53. **Annis H:** Is patient rehabilitation of the alcoholic cost effective? *Adv Alcohol Subst Abuse* 1986;5:175-190.
54. **Miller WR, Hester RK:** The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals. En: Miller WR, Heather N (eds.): *Treating addictive behaviors: processes of change*. Nueva York, Plenum Press, 1986:121-174.
55. **Edwards G, Taylor C:** A test of the matching hypothesis: Alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction* 1994;89:553-561.
56. **McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS:** The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993;269:1953-1959.
57. **Carroll KM, Power MD, Bryant KJ, Rounsaville BJ:** One year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers psychopathology and dependent severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:71-79.

58. Institute of Medicine: *Broadening the base of treatment for alcohol problems: a report of a study by a committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioral Medicine*. Washington, National Academy Press, 1990.
59. Project MATCH Research Group: Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17:1130-1145.
60. **Carroll KM, Nuro K**: Treatment manuals and treatment compliance. En: Carroll KM (ed.): *Facilitating compliance in alcohol treatment*. NIAAA Project MATCH Monograph Series. Rockville, NIAAA, 1999.
61. **Cooney NL, Kadden RM, Litt MD**: Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 2001;59:598-601.
62. **McLellan AT, O'Brien CP**: Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. *Drug Alcohol Depend* 1980;5:189-195.
63. **Miller WR, Zweben A, DiClemente CC**: *Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIAAA Project MATCH Monograph Series Volume 2, DHHS Publication No. (ADM) 92-1894. Rockville, NIAAA, 1992.
64. Schneider Institute for Health Policy: *Substance abuse: the nation's number one health problem*. Waltham, Schneider Institute for Health Policy, 2001.
65. **Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS**: Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med* 2003;41:802-813.
66. **Chase CH**: *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders*. American Society of Addiction Medicine, 1996:205.
67. **Simpson DD**: Treatment of drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:875-880.
68. **McCready BS**: Alcoholics Anonymous and behavior therapy: can habits be treated as diseases? Can diseases be treated as habits? *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1159-1166.
69. **Leavell HR**: Introducción a la 1ª edición. En: Freeman H, Lerine S, Reeder L (eds.): *Handbook of medical sociology*. 2ª ed. Englewoods Cliffs, Prentice-Hall, 1972.
70. **Green CA, Polen MR, Dickinson MD, Lynch FL, Bennett MD**: Gender differences in predictions of initiation, retention and completion in a HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2002;23:285-295.
71. **Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG**: Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 2002;97:887-889.
72. **Azrin NH**: Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 1976;14:339-348.
73. **Prochaska JO, DiClemente CC**: Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1986;19:276-288.
74. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC**: In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992;47:1102-1114.
75. **Carroll KM**: Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996;4:46-54.
76. **Portenoy RK**: Opiate therapy for chronic nonmalignant pain. *Pain Res Manag* 1996;1:17-28.
77. **Portenoy RK, Payne R**: Acute and chronic pain. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman EB (eds.): *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore, William and Wilkins, 1992: 691-721.
78. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, 2001.
79. **Weisner C, Ray RG, Mertens JR, Satre DD, Moore CH**: Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Dependence* 2003;71: 281-294.
80. **Anglin MD, Hser YI, Booth MW**: Sex differences in addict careers. 4. Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987;13: 253-280.
81. **McLellan A, Luborsky L, Cacciola J**: New data from the Addiction Severity Index -reliability and validity in three centers. *J Nerv Mental Dis* 1985;173:412-423.
82. **Saunders JB, Aasland OG, Babor TF**: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 1993;88:791-804.
83. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ**: Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;17(4):291-307.
84. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díazbarriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.**: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(1):9-25.
85. **Souza y Machorro M**: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
86. **Souza y Machorro M**: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208 (Editorial).
87. **Sattar SP, Petty F, Burke WJ**: Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriat Med* 2003;19(4):1-17.
88. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (PNUFID): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
89. **Fudala PJ, Berkow LC, Fralich JL**: Use of naloxone in the assessment of opiate dependence. *Life Sci* 1991;49:1809-1814.
90. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffman NG, Smith DE**: Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3): 239-248.
91. **Hser Y, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B**: Predicting post-treatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health* 1999;89(5):666-671.
92. **Friedman PD, Lemmon SC, Anderson BJ**: Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug Alcohol Dependence* 2003: 243-251.
93. **Alderman C**: Open house detox. *Nurs Stand* 2002;17(4): 16-17.
94. **De León G, Jainchill N**: Circumstance, motivation, readi-

- ness and suitability as correlates of treatment tenure. *J Psychoactive Drugs* 1988;18:203-208.
95. **Miller WR, Benefield RG et al.:** Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-461.
  96. **Miller WR, Rollnick S:** *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* Nueva York, Guilford, 1991.
  97. **Miller WR:** Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985;98:84-107.
  98. **Simpson DD, Joe GW:** Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 1993;30:357-368.
  99. **Woody GE, McLellan AT, Luborsky L:** Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The Veterans Administration-Penn Study. *Am J Psychiatry* 1984;141:1172-1177.
  100. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (PNUFID): *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento debate para la formulación de políticas.* Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Nueva York, ONU, 2003.
  101. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
  102. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: *Behavioral Risk Factor Surveillance System.* 2001.
  103. **Waltz J, Addis ME, Koerner K:** Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:620-630.
  104. **Al Qatari M, Bouchenafa O, Littleton J:** Mechanism of action of acamprosate. Part II. Ethanol dependence modifies effects of acamprosate on NMDA receptor binding in membranes from rat cerebral cortex. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;22(4):810-814.
  105. **Holter SM, Landgraf R, Zieglansberger W, Spanagel R:** Time course of acamprosate action on operant ethanol self-administration after ethanol deprivation. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21(5):862-868.
  106. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* Verano 1998;7(3):205-209.
  107. **Kratzer U, Schmidt WJ:** The anticraving drug acamprosate inhibits the conditioned place aversion induced by naloxone-precipitated morphine withdrawal in rats. *Neurosci Lett* 1998;7;252(1):53-56.
  108. **Spanagel R, Zieglansberger W:** Anticraving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci* 1997;18(2):54-59.
  109. **Diana M, Pistis M, Muntoni A, Gessa G:** Mesolimbic dopaminergic reduction outlasts ethanol withdrawal syndrome: evidence of protracted abstinence. *Neuroscience* 1996;71(2):411-415.
  110. **Ciraulo AM, Alperet N, Franko KJ:** Naltrexone for the treatment of alcoholism. *Am Fam Physician* 1997;56(3):803-806.
  111. **Naassila M, Hammoumi S, Legrand E, Durbin P, Daoust M:** Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(4):802-809.
  112. **Spanagel R, Holter SM, Allingham K, Landgraf R, Zieglansberger W:** Acamprosate and alcohol: I. Effects on alcohol intake following alcohol deprivation in the rat. *Eur J Pharmacol* 1996;3,305(1-3):39-44.
  113. **Holter SM, Danyesz W, Spanagel R:** Evidence for alcohol anti-craving properties of memantine. *Eur J Pharmacol* 1996;314(3):1-2.
  114. **Mann K:** The pharmacological treatment of alcohol dependence: needs and possibilities. *Alcohol Suppl* 1996;1:55-58.
  115. **Chow L, Sellers M, Tomkins M:** Effect of naltrexone and its derivatives, nalmefene and naltrindole, on conditioned anticipatory behavior and saccharin intake in rats. *Behav Pharmacol* 1997;8(8):725-735.
  116. **Agabio R, Colombo G, Loche A, Lobian C, Pani M et al.:** Gamma-hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism. *Alcohol* 1998;33(5):465-474.
  117. **Gatch B, Lal H:** Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22(6):917-944.
  118. **Devry J:** 5-HT<sub>1A</sub> receptor agonists: recent developments and controversial issues. *Psychopharmacology Berl* 1995;121(1):1-26.
  119. **Blundell JE, Lawton CL, Hill AJ:** Mechanisms of appetite control and their abnormalities in obese patients. *Horm Res* 1993;39(Suppl 3):72-76.
  120. **Myers RD:** New drugs for the treatment of experimental alcoholism. *Alcohol* 1994;11(6):439-451.
  121. **Di Chiara G, Acquas E, Tanda G:** Ethanol as a neurochemical surrogate of conventional reinforcers: the dopamine-opioid link. *Alcohol* 1996;13(1):13-17.
  122. **Marlatt A, Barret K:** Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment.* Cap. 20: 285-287. Washington, American Psychiatric Press, 1994.
  123. **Mandell W:** *Substance abuse treatment and management techniques.* Department of Mental Health, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 1991.
  124. **Velasco FR:** Alcoholismo: Visión integral. 2ª. reimp. México, Trillas, 1997.
  125. **Singleton EG, Gorelick DA:** Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. *Recent Dev Alcohol* 1998;14:177-195.
  126. **Strang P:** Palliative medicine. A new research field with specific demands. *Lakartidningen* 1999;6,96(1-2):26-29.
  127. **Kaplan H, Sadock B:** *Synopsis of psychiatry.* 7ª ed. Williams-Wilkins, 1994.
  128. **De Santiago JA:** *Tratamiento y rehabilitación de drogas.* Simposium Internacional "Programas con buenos resultados para reducir el abuso de drogas". México, Plan Nacional sobre Drogas en Castilla y León, España-Centros de Integración Juvenil, A. C., 1999:17-19.
  129. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México.* México, Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal, 1998:8-12.
  130. **Schmidt LG, Dufeu P et al.:** Relapse prevention in alcoholics with an anticraving drug treatment: first results of the Berlin Study. *Pharmacopsychiatry* 1994;27(suppl 1):21-23.
  131. World Health Organization (WHO): *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse.* Ginebra, 1993:27-31.

132. **Chick J, Erickson CK:** Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(2):391-402.
133. **Blundell JE, Lawton CL, Hill AJ:** Mechanisms of appetite control and their abnormalities in obese patients. *Horm Res* 1993;39(suppl 3):72-76.
134. **Woody GE, Luborsky L et al.:** Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:639-645.
125. **Onken LS, Blaine JD:** Psychotherapy and counseling research in drug abuse treatment: questions, problems, and solutions. En: Onken LS, Blaine JD (eds.): *Psychotherapy and counseling in the treatment of drug abuse*. NIDA Research Monograph Series No. 104. Rockville, NIDA, 1990:1-8.
136. **O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G:** Six month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:217-224.
137. **Kazdin AE:** Methods of psychotherapy research. En: Bongar B, Beutler LE (eds.): *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. Nueva York, Oxford University Press, 1995.
138. **Luborsky L, Derubeis RJ:** The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clin Psychol Rev* 1984;4:51-54.
139. **Moras K:** The use of treatment manuals to train psychotherapists: observations and recommendations. *Psychotherapy* 1993;30:581-586.
140. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.



## **Etiopatogenia y psicopatología alcohólica**

A lo largo de la historia humana prevalece el consumo de bebidas para efectos de celebración religiosos, medicinales, de placer y los mal llamados “recreativos”.<sup>1</sup> El uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias adictivas ha sido y es desde hace varias décadas un severo y creciente problema de salud pública en el país,<sup>2</sup> de acuerdo con la opinión científica vertida en innumerables revistas y textos.<sup>3</sup> Véase, por ejemplo, que tan sólo los problemas asociados al consumo del alcohol afectan a 5 a 10% de la población mundial.<sup>1,3</sup> En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2002 —última medición nacional de este tipo—<sup>4</sup> señala un incremento en el consumo alcohólico de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 para los varones, y de 18 a 25% para el mismo grupo etario femenino. Entre los varones se incrementó también el número de quienes beben mensualmente cinco copas o más, que pasó de 6.3 a 7.8%. Pero el incremento más notable fue del número de menores que en el último año mostraron al menos tres de los síntomas de dependencia de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su edición revisada (DSM-IV-TR):<sup>4</sup> 2% de los adolescentes. La ingestión moderada de alcohol (definida como el consumo de hasta dos copas al día en personas menores de 65 años de edad y de una para los hombres mayores de 65 y todas las mujeres de los grupos rurales y urbanos) es una medida práctica, desde la óptica de la investigación aplicada, para el reconocimiento del problema para la mayoría de las personas. Sin embargo, se sabe que quien por su forma irrestricta de beber se convierte en bebedor problema, a menudo incumple esta moderación;<sup>4</sup> de ahí que al desarrollar tolerancia hepática al consumo del psicotrópico aumente su dosis de consumo regular, curse intoxica-

ciones frecuentes y posteriormente sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia o adicción al etanol,<sup>5</sup> carrera por demás conocida en los recintos clínicos asistenciales.

Distintos estudios de la literatura especializada han señalado que el consumo de alcohol y otras drogas que ocurre a edades precoces sirve como un futuro indicador eficaz del abuso/adicción de alcohol o drogas, o ambos.<sup>6,7</sup> Por ejemplo, se ha documentado que las personas que beben de forma regular antes de los 15 años de edad son cuatro veces más proclives a desarrollar alcoholismo que quienes inician su consumo a los 21 años de edad o después.<sup>7</sup> Entre los pacientes estudiados, los que son hijos de padres abusadores/adictos al alcohol muestran una alta tendencia en el riesgo de convertirse posteriormente en bebedores problema, es decir, en personas que abusarán de las bebidas alcohólicas y que, por ello mismo, tienen simultáneamente riesgos contra la salud.<sup>8</sup>

Información proveniente de encuestas sobre el consumo etílico realizadas en EUA prueban de manera consistente que el alcohol etílico es la droga legal más consumida por niños y adolescentes.<sup>8,9</sup> La información disponible en el tema, proveniente de estudios especializados, señala que casi 90% de los jóvenes de décimo grado y 75% de los niños de octavo grado de ese país afirman que el alcohol está al alcance de su mano porque es muy fácil de conseguir. El promedio de edad de inicio de bebida de alcohol en estos niños es de 13.1 años, aunque se encuentran muchos casos de inicio desde los 9 años de edad.<sup>9</sup> De acuerdo con distintos informes oficiales de ese país, se sabe que se ha duplicado en los últimos cinco años el número de jóvenes que afirman haberse intoxicado por lo menos una vez. Asimismo,



mo, se estima que más de 33% de los egresados de preparatoria en EUA no ven riesgo alguno en consumir entre cuatro y cinco tragos al día, y que 1 de cada 6 de ellos ha tenido episodios transitorios de memoria o amnesia en los últimos 30 días previos al estudio, lo que se califica de episodio pesado de bebida. De la misma manera, se ha documentado que aproximadamente 4 de cada 10 jóvenes se autocalifican de bebedores de más de cinco tragos (hombres) y cuatro (mujeres) por ocasión de consumo.<sup>10</sup> En consecuencia, se calcula que aproximadamente 9.5 millones de estadounidenses entre los 12 y los 20 años de edad reportan haber bebido por lo menos un trago en el último mes. De ellos, 50% informan haber tenido un episodio de consumo de hasta cinco tragos, y 20% mencionaron haber consumido más de cinco tragos por ocasión (en cinco diferentes días).<sup>10</sup> De los adolescentes que reportaron consumir hasta cinco tragos por ocasión, 39% dijeron que bebían a solas; 58% cuando están molestos; 30% cuando están aburridos y 37% para sentirse “elevados”.<sup>\*11</sup>

De ello se desprende una clara relación entre la cantidad de consumo de alcohol y el aprovechamiento escolar, y se espera que, en determinados estudiantes —considerados como los más inmaduros— tienda a empeorar el consumo étílico —cuando se trate de consumo único— y, por lo tanto, sus consecuencias. De éstas, las principales que se han encontrado por la aplicación de evaluaciones clínicas son: la multifacética afectación de relaciones familiares, con los compañeros y maestros; distintos tipos de problemas de aprovechamiento escolar y en especial con el manejo de la autoridad, que traduce conflictos vinculares y relacionales que impiden el aprovechamiento y asistencia a los recintos escolares,<sup>12</sup> amén de una amplia gama de conductas consideradas de alto riesgo contra la salud, como nadar, bucear, conducir automóviles a alta velocidad, etc., bajo los efectos de la o las sustancias ingeridas o aplicadas.<sup>13</sup>

Por otra parte, es muy importante enfatizar que el consumo de alcohol —y con cierta frecuencia el uso simultáneo de otras drogas— se asocia con la aparición de incidentes reconocidos socialmente, o por el personal técnico, como causas de muerte en esta población: accidentes, homicidio doloso e imprudencial y distintas formas de suicidio provenientes de comportamientos no reconocidos clínicamente en su oportunidad, o bien sin antecedente de atención profesional,<sup>14</sup> de tal manera que de esta particular y prevenible circunstancia devienen anualmente miles de personas incapacitadas en

forma permanente a causa de accidentes, bien sea por su condición de pasajeros e incluso como conductores; algunos de ellos, cuando logran sobrevivir a los siniestros, lo hacen casi siempre en malas condiciones.<sup>13</sup> Por ello, desde el punto de vista sociolegal, conviene destacar el hecho de que en algunos países la elevación del límite para la mayoría de edad ha tenido varios impactos que repercuten, por una parte, en hacer descender las cifras de consecuencias derivadas del consumo de psicotrópicos, y por otra ha mostrado la necesidad de educar a las poblaciones en desarrollo de uno y otro sexo respecto de la asunción de la responsabilidad individual, familiar y social en asuntos relacionados con el siempre nocivo consumo de psicotrópicos.<sup>15</sup> El abuso/adicción de alcohol también se asocia a conductas de alto riesgo para la salud, como el comportamiento sexual sin protección o de forma indiscriminada, o ambas, lo cual se ha identificado como un disparador de problemas infecciosos, como el contagio y la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles (VIH/SIDA y otras derivadas del uso inadecuado o el no uso de condón)<sup>16</sup> y el embarazo no deseado,<sup>17</sup> entre otros.<sup>18,19</sup> El grupo poblacional comprendido entre 14 y 15 años de edad que es consumidor de etanol muestra un riesgo de consumo-comportamiento que llama la atención tanto a los profesionales de la educación y la salud como a los familiares, pues es de cuatro a siete veces más proclive a iniciarse sexualmente que sus controles,<sup>15</sup> y se estima que en promedio tienden a tener por lo menos cuatro parejas sexuales.<sup>16,20</sup>

Se ha documentado, asimismo, que el uso de alcohol se asocia a un alto riesgo de abuso psicofísico en ellos en comparación con sus controles. Asimismo, el alcohol está implicado en 35 a 66% de los casos de violación y abuso sexual que involucran a jóvenes escolares.<sup>21</sup>

Por su parte, las adolescentes que consumen alcohol tienen mayores posibilidades de quedar embarazadas que sus controles que no consumen sustancias y, una vez embarazadas, cuando consumen alcohol tienden a incrementar el riesgo y las complicaciones ginecoobstétricas, de la misma forma que la posibilidad de producir un producto con alteraciones neonatales (síndrome de feto alcohólico).<sup>22</sup> De hecho, muchas de esas jóvenes pueden no estar atentas a la posibilidad de estar encintas o bien lo niegan, retrasando así el cuidado prenatal y continuando su patrón problemático de consumo. Un estudio realizado en tal sentido informa que 17% de las jóvenes embarazadas dan positiva la prueba de alcohol en sangre y, no obstante, una vez informadas de los riesgos comprobados del uso de psicotrópicos, tienden a continuar su consumo —aunque éste vaya en decremento— a lo largo de la preñez.<sup>23</sup> El uso de etanol du-

\* Souza y Machorro M, Quintanilla BJ, Díaz Barriga SL, Guisa CVM: Etiopatogenia y psicopatología del consumo étílico infantojuvenil. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(3):257-270.

rante el embarazo continúa siendo un muy significativo problema de salud pública. Aproximadamente 60% de las mujeres de EUA informan consumir alcohol por lo menos de forma esporádica. De ellas, en forma ocasional entre 14 y 22.5% continúan refiriendo el consumo étílico durante el proceso gestante. El consumo pesado de alcohol a lo largo del embarazo ocasiona el síndrome alcohólico fetal, y es al mismo tiempo una de las causas a menudo no contempladas de retardo mental.<sup>23,24</sup>

El consumo de bebidas alcohólicas durante la preñez ocasiona distintos defectos neonatales relacionados con el consumo, como los defectos neuroanatómicos del desarrollo y una muy amplia variedad de efectos conductuales, evidenciados en el comportamiento educativo y corroborados a través de pruebas psicológicas y psicométricas. De hecho, se estima que alrededor de 10% de todos los nacimientos vivos con problemas neonatales son ocasionados por consumo de etanol, condición que implica un elevado costo social. Para prevenir los casos de neurotoxicidad derivados del consumo étílico que afectan el neurodesarrollo, se recomienda durante el periodo gestante, como es bien sabido, evitar total y continuamente el uso de esta sustancia en cualquiera de sus formas para el consumo.<sup>22-24</sup>

Ahora, en relación con las actitudes, grados de percepción e influencia socioambiental, que es parte de la etiopatogenia del etilismo, se hace necesario destacar para fines educativo-preventivos que el consumo de este psicotrópico comúnmente se inicia antes del de cualquier otra sustancia socialmente disponible. La mayor parte de los jóvenes beben productos fermentados, como cerveza y vino, antes de iniciar el consumo de los destilados, como ron, brandy, vodka, etc., y por lo general ignoran —como muchos adultos— que una cerveza, cuyo contenido promedio es de 360 mL (12 onzas) de fermentados, equivale a 45 mL (1.5 onzas) de destilados.<sup>25</sup> Pero, por otra parte, es preciso señalar, dada la gravedad del caso, que la población infantojuvenil que bebe a menudo utiliza el alcohol en forma combinada con otros psicotrópicos para “potencializar” sus efectos,<sup>2,7,8</sup> de modo que, si el abuso/adicción al etanol es infravalorado en los adultos, lo es aún más entre la población de menores.<sup>25,26</sup> Por ello, resulta imprescindible remarcar un hecho lamentable, relativo a que hablar de alcoholismo en la comunidad no es aún aceptado como sinónimo de adicción al alcohol. El término alcoholismo, usado indiscriminadamente a lo largo de los años, limita su adecuada comprensión.<sup>2,3</sup> De hecho, conceptualmente se reconoció apenas a partir de su “traducción” en 1976 por los reportes de la OMS y los trabajos de investigación publicados por G. Edwards, del Hospital Maudley de Londres.<sup>2</sup> Se trata de una enfermedad

primaria crónica, cuyos factores genéticos, psicosociales y ambientales influyen en su inicio, desarrollo y manifestaciones; de continuar, su historia natural cursa en forma progresiva, por lo que puede ser fatal. Se caracteriza por:

- a. Daño en el control sobre la bebida (alteración en el control de los impulsos, llamada *craving* o deseo-necesidad intensa de consumo, y conducta de búsqueda de la sustancia, hasta su ingestión).<sup>27</sup>
- b. Excesiva preocupación por la bebida, el acto de beber y el uso del alcohol, a pesar de padecer la consecuencia adversa.
- c. Distorsión del pensamiento.
- d. Una notoria y a menudo pertinaz negación.

Entre los clínicos es conveniente conocer —para su eficaz diseminación social— que debe sospecharse de esta patología —que no vicio— en presencia de:

- a. Aquellos cuadros de intoxicación (sin importar la edad) que muestren síntomas de abstinencia.
- b. En los pacientes que toleran grandes cantidades de la sustancia.
- c. En quienes intentan sin éxito dejar de beber.
- d. En los que presentan cuadros de amnesia derivados del consumo de bebidas.
- e. En todos aquellos que continúan bebiendo a pesar de enfrentar efectos adversos sociales, educacionales, ocupacionales físicos o psicológicos y otras alteraciones.<sup>2</sup>

Ahora, en los adolescentes, el consumo esporádico y el abuso tienden a incrementarse y con cierta frecuencia se logra establecer un consumo regular.<sup>28-30</sup> Tras el consumo étílico habitual por un periodo de un mes, es muy poco probable que no se desencadenen afectos adversos y complicaciones.<sup>31</sup> Los factores que contribuyen al consumo de alcohol en población infantojuvenil se relacionan con distintas causas de ocurrencia simultánea, entre las que destacan:

- a. Las geneticofamiliares.
- b. El grupo de pares.
- c. La participación de los medios de información masiva.
- d. Las actitudes sociales observables en la comunidad.<sup>28</sup>

En tal sentido, véase, p. ej., que los hijos de alcohólicos varones, cuando beben, muestran un riesgo de 25% de convertirse en alcohólicos, en tanto que las hijas de alcohólicos tienen un riesgo elevado de serlo, y están en

mayor riesgo aún si se casan con varón alcohólico, continuando así el círculo familiar de problemas etílicos. El alcoholismo adulto contribuye a 50% de los casos de violencia marital y de 35 a 70% de los de abuso infantil.<sup>31</sup> Los hijos de abusadores etílicos tienen cuando adultos mayor riesgo de conductas delictivas, trastornos del aprendizaje, TDA/H, trastornos somatomorfos, problemas interpersonales y TCS, como abuso/adicción etílica.<sup>31</sup> La actitud familiar y su conducta en torno al consumo de bebidas desempeñan un papel decisivo en la formación del punto de vista infantojuvenil respecto de las bebidas y el beber, elaborando un criterio laxo que se incorpora en la vida, vía introyección. De modo que la historia familiar de conducta antisocial y el esquema familiar transmitido de pobre desarrollo de habilidades favorecen la formación de hijos con problemas de abuso/adicción etílica o de otros psicotrópicos.

El hogar es la primera fuente de alcohol de los jóvenes; no obstante, la supervisión y los patrones conductuales difieren en los distintos ambientes y grupos sociales, de lo cual derivan sus distintas consecuencias. Los hijos de algunas familias, aunque se inician precozmente, no favorecen la bebida ni toleran la intoxicación, considerándolo necesario para la socialización, pero sin rebasar límites más bien precisos y cortos que no conducen a problemas.<sup>31-33</sup> Otras familias impulsan el consumo, especialmente entre hombres de cualquier edad, reforzando la imagen del alcohol como “indicador” de madurez e hipermasculinidad o “machismo”.<sup>2</sup> Por ello, los gemelos pueden reforzar la idea de que el o la gemela debe beber como ellos, y así los inician en el consumo.<sup>33,34</sup> En el desarrollo juvenil se aprecia como “normal” el inicio de la bebida; muchos beben por alegrarse, buscando aceptación de pares, “olvidar” problemas, enfrentar el estrés, iniciar una experiencia o suavizar dificultades existenciales, cual si fuera uso medicinal. Pero cabe señalar que, por fortuna, no todos los adolescentes que se iniciaron en beber precozmente continuaron después de las primeras experiencias con problemas de bebida. En tal sentido, vale decir que la causa de una más fácil intoxicación en los jóvenes en comparación con los adultos se debe a la escasa cantidad que arroja la proporción de la relación corporal: peso-talla-grasa. La mayor parte de quienes forman este grupo etario son menos aptos para reconocer, compensar y detener los efectos neuropsiquiátricos del consumo continuado de etanol debido a la inmadurez biológica, cognoscitiva y psicológica. Quienes tienen conducta antisocial precoz, baja autoestima, falla escolar, TDA/H, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, amigos que abusan de las drogas o viven bajo la influencia alienante del grupo de pares o familiares, muestran un mayor riesgo de con-

sumo de psicotrópicos. Los jóvenes deprimidos, los que padecen alguna minusvalía física o han sido abusados psicofísicamente tienden a consumir alcohol para enfrentar con “mayor facilidad” sus problemas psicológicos, y muestran una más alta incidencia de adicción al alcohol o a las drogas, o a ambos.<sup>35-37</sup>

De hecho, la variedad de problemas que produce el abuso y más especialmente la alcoholodependencia, que suele ser activa por muchos años, es extensa y lamentablemente continúa en aumento, de modo que los bebedores en riesgo, para cuidar más de su salud, deberían tornarse más proclives a sospechar pronto su trastorno, o bien, acudir oportunamente a las unidades de salud para ser pertinentemente diagnosticados y tratados.<sup>3,38</sup> Así, por ejemplo, los varones que beben más de 4 tragos por ocasión o más de 14 en total por semana, y las mujeres que beben más de 3 copas por ocasión o más de 7 en una semana, pasan a formar parte de la categoría de la enfermedad adictiva.<sup>2</sup> Y para este propósito, la identificación de estos bebedores puede hacerse de forma masiva o grupal con el uso de pruebas de tamizaje autoaplicable y *ad hoc* (como el AUDIT, CAGE u otros), pero la revisión clínica, por ser más fina y precisa, es lo recomendable, pues permite el establecimiento definitivo de un diagnóstico autorizado.<sup>2,3,39</sup> Debe recordarse que en psiquiatría, como en otras muchas especialidades, al autodiagnóstico de cualquier entidad nosológica no se le reconoce validez.<sup>40</sup> En consecuencia, debe ser el profesional quien lo haga, y los lineamientos actuales al efecto recomiendan investigar los problemas de alcoholismo en todas las personas en condiciones clínicas como parte del examen regular,<sup>3</sup> y más especialmente aquéllas en las condiciones referidas, pues los datos son muy fáciles de falsear, especialmente cuando la persona, por distintas razones de índole consciente o inconsciente, niega su consumo y trata de enmascarar sus consecuencias.<sup>37,38,40</sup>

Por su parte, a la sociogénesis del consumo etílico, el abuso y la adicción, también contribuye la publicidad social otorgada a este psicotrópico, que es amplia, continua y constante a lo largo del tiempo, desde que se desarrollaron los medios publicitarios y promocionales, conocidos hoy en día como infomerciales. Los publicistas han ligado desde entonces el consumo de bebidas a ciertos “valores” y falsas necesidades creadas para favorecer el estilo de vida en favor del consumo, asociándolos comercialmente a la elegancia, el atractivo personal o social, el éxito, la relajación, el romance y la aventura. Asimismo, refuerzan el consumo ligando la publicidad a eventos deportivos, juegos interactivos y certámenes de belleza y otros más.<sup>41</sup> Además, las actitudes sociales se refuerzan al promover la idea de que el

consumo de alcohol es “adecuado” para terminar las actividades diarias, acompañar el triunfo o cualquier momento de relajación. Esto obra como un mensaje contradictorio en contra de la seguridad para conducir y realizar ciertas actividades que requieren un mejor y más eficiente control, o bien simplemente permanecer lúcido en momentos que lo ameritan.

Comoquiera que sea, lo importante es que nunca se repara ni implícita ni explícitamente en los riesgos del consumo, en particular cuando éste es excesivo, ni en otros riesgos sexuales o del comportamiento ligados al consumo y demás circunstancias del beber, ni se habla del muy deseable tipo de consumo moderado y responsable, dado que no se intenta eliminar de ninguna forma esta legalizada sustancia de la sociedad.<sup>2</sup> En fin, esta peligrosa situación se asemeja mucho a la exhibición de conductas sexuales en los medios, donde nunca se alude a los peligros implicados en una sexualidad sin cuidado ni control, ni se hace referencia a la fisiología femenina periódica, etc. Véase cómo las modelos exhibidas por los medios siempre están deseables y dispuestas a la actividad sexual sin restricción alguna (higiénica, menstrual, gestacional, etc.), e incluso la reiterada alusión alcohol-sexo es una referencia multialudida en las actitudes sociales de la sociedad occidental. De modo que puede concluirse que la enajenación social, la manipulación con fines mercantiles y demás intereses predominan en la difusión de los mensajes en torno a las sustancias de abuso legales en la sociedad mexicana. Es así como se piensa que los factores de riesgo socioculturales y biogénicos influyen a lo largo de toda la infancia y adolescencia.<sup>42</sup>

Los hijos de alcohólicos muestran una tolerancia más alta a los efectos del etanol y pueden no notar los efectos devastadores que éste tiene, hasta que beben cantidades más grandes. Se piensa que la genética parece desempeñar un papel primordial en el desarrollo de abuso/adicción de drogas, ya que los estudios realizados entre población gemelar muestran que los hijos de alcohólicos adoptados por no alcohólicos están en riesgo del abuso de sustancias.<sup>43-45</sup>

Además, el uso de alcohol en padres adoptivos no aumenta el riesgo del uso de alcohol en niños adoptados si éstos no provienen de alcohólicos.

De modo que los factores de riesgo biológicos se relacionan con el papel de la serotonina en la producción de TCS,<sup>46</sup> es decir, síndromes de intoxicación y abstinencia derivados del abuso o dependencia a psicotrópicos y otros síndromes relacionados con el consumo:

**F1x.0 Intoxicación aguda:** .00 no complicada; .01 con traumatismo o lesión corporal; .02 con otras

complicaciones médicas; .03 con *delirium*; .04 con distorsiones de la percepción; .05 con coma; .06 con convulsiones; .07 intoxicación patológica (sólo por etanol).

**F1x.1 Consumo perjudicial.**

**F1x.2 Síndrome de dependencia:** .20 en la actualidad en abstinencia; .21 en la actualidad en abstinencia en medio protegido; .22 en la actualidad en un régimen clínico supervisado; .23 en la actualidad en abstinencia por tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras; .24 con consumo actual de la sustancia; .25 con consumo continuo; .26 con consumo episódico.

**F1x.3 Síndrome de abstinencia:** .30 no complicado y .31 con convulsiones.

**F1x.4 Síndrome de abstinencia con *delirium*:** .40 sin convulsiones y .41 con convulsiones.

**F1x.5 Trastorno psicótico:** .50 esquizofreniforme; .51 con predominio de ideas delirantes; .52 con predominio de alucinaciones (incluye alucinosis alcohólica); .53 con predominio de síntomas polimorfos; .54 con predominio de síntomas depresivos; .55 con predominio de síntomas maníacos; .56 trastorno psicótico mixto.

**F1x.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o psicotrópicos.**

**F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otros psicotrópicos:** .70 con reviviscencias (*flashbacks*); .71 trastorno de la personalidad o del comportamiento; .72 trastorno afectivo residual; .74 demencia; .75 trastorno psicótico de comienzo tardío.

**F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otros psicotrópicos.**

**F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otros psicotrópicos.**<sup>39</sup>

Se agrega a lo anterior su comorbilidad adictiva psiquiátrica (esquizofrenia,<sup>47</sup> TDA/H, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos; trastornos por ansiedad; trastornos del dormir, trastornos sexuales; trastornos de control de los impulsos; trastornos alimentarios, etc.) o médica (neurológica, gastroentérica, cardiovascular, etc.).<sup>48,49</sup> Los abusadores de inicio precoz tienen nivel bajo de triptófano en sangre, que refiere baja producción serotoninérgica, lo cual mantiene relación estrecha con síndromes afectivos (depresión e intentos suicidas, etc.)<sup>50</sup> y ansiosos y otras patologías. Y además, muchos de ellos cometieron en su adolescencia delitos violentos, y durante su proceso de confinamiento mostraron un curso más severo.<sup>50</sup>

A lo anterior hay que añadir los factores de riesgo socioculturales, mismos que tienen un papel decisivo a lo largo de toda la vida e inciden en forma más temprana. P. ej., las leyes y normas sociales favorables al uso y la disponibilidad de las drogas aumentan el riesgo de abuso/adicción. Éste es claramente un argumento poderoso contra la legalización de las supuestas drogas “inocuas”, en las que equívocamente se incluye a la marihuana (*Cannabis*) y otras, como alcohol, tabaco y café, por su calidad de drogas legales y, por lo tanto, aceptadas por la sociedad. De ahí que ciertos factores socioculturales, como la privación extrema económica y la mala organización comunitaria, sean argumentos fuertes y decisivos para aumentar la guerra contra la pobreza y proporcionar zonas seguras y programas infantojuveniles para las zonas de alto riesgo.<sup>2,51</sup>

En ese mismo tenor, los factores interpersonales que tienen una más reconocida influencia documental durante la infancia son:

- a. Los efectos del modelado paternal.
- b. La creencia de un padre en lo inocuo de las drogas.
- c. La deficiente escucha y atención paternal.
- d. El abuso psicofísico familiar en familias con y sin consumo de drogas.
- e. La fractura familiar.
- f. La presencia de modelos negativos de comunicación.
- g. Ira o falta de control familiar en abusadores/adictos (o ambas).
- h. Falta de proximidad y participación en actividades infantiles.
- i. Tamaño de la familia.
- j. Condición socioeconómica baja.
- k. Pasividad maternal.
- l. Pobre aspiración académica familiar e individual.

Asimismo, uno de los factores de riesgo interpersonales más importantes que influyen en los jóvenes durante su adolescencia es la reunión con pares consumidores. Las actitudes del par y del accesorio de par, más que “sustituto paternal”, parecen ser causas de iniciación y mantenimiento del consumo y recaídas.<sup>2,51</sup> Los factores de más influencia infantojuvenil son:

- a. Edad de inicio, con un efecto poderoso sobre una progresión rápida para abuso/adicción y que predice, además, un periodo más corto entre el desarrollo del diagnóstico de dependencia (adicción) y su comorbilidad.
- b. La presencia de trastornos de aprendizaje u otros trastornos (como TDA/H) influye eficaz y negati-

vamente en el éxito escolar. Por ello se deben recomendar a los alumnos aquellos procedimientos con menor probabilidad de producir fracaso, y para eliminar la búsqueda de acciones destructivas para sentirse “poderosos”.<sup>2,51</sup>

Son factores psicoconductuales productores de riesgo para el uso de drogas a lo largo de la vida de un niño:

- a. La rebeldía.
- b. La búsqueda de nuevas y más intensas sensaciones.
- c. La incapacidad de retrasar la satisfacción.
- d. La comorbilidad y psicopatología habitual (como depresión ignorada, ansiedad, etc.) y otras alteraciones psiquiátricas.

Cabe señalar que la personalidad se considera cada vez más decisiva en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos, según la opinión de los investigadores. En tal sentido, Cloninger y Babor identifican dos tipos de personalidad alcohólica que comparten ciertas características decisivas.<sup>52-54</sup> El tipo Cloninger 2 y el tipo Babor B son pacientes alcohólicos de pobre pronóstico debido a factores de riesgo interpersonal que conducen a consumo continuo y que tienen:

- a. Alto nivel de búsqueda de novedad.
- b. Bajo nivel de evitación de daño.
- c. Bajo nivel de dependencia de recompensa.

Lo importante que se debe señalar es que los pacientes incluidos en los tipos Cloninger 1 y Babor A no se benefician de programas cognoscitivo-conductuales que buscan para sus fines correctivos alto nivel de evitación de daño y de dependencia de recompensa, y bajo nivel de búsqueda de novedad. Por su parte, los pacientes incluidos en el tipo Cloninger 2 y Babor B comparten factores de riesgo que los hacen continuar el consumo, muestran inicio temprano de comportamiento espontáneo que busca alcohol. Se les realiza el diagnóstico de dependencia durante la adolescencia; su curso de inicio es rápido; tienen presencia de posibles precursores genéticos que los hacen proclives al abuso/adicción, y presentan síntomas graves de varios tipos, conducta anormal y enfrentamientos y detenciones a causa de su forma de beber.<sup>52-54</sup>

Por otra parte, la clasificación de alcoholismo de Zucker explica por qué los adultos jóvenes continúan su consumo basado en su curso, cronicidad y factores de riesgo. El tipo I o antisocial, de inicio temprano expreso, muestra síntomas a largo plazo y muy severos, vinculados al consumo de alcohol. El tipo II o limitado en su

desarrollo es capaz —aunque en forma limitada— de mostrar cambios si participa en intervenciones que promueven maduración y detienen el consumo. El tipo III o acumulativo del desarrollo muestra que *per se* las experiencias vividas limitaron el riesgo aun sin someterse a intervenciones *ad hoc*. El tipo IV o de afecto negativo es una persona cuyo trastorno va precedido de comorbilidad, ya que otros trastornos psiquiátricos sin tratamiento previo lo limitan. He ahí la demostración fáctica de cómo la comorbilidad psiquiátrica produce y agrava factores de riesgo interpersonal que influyen invariablemente en la génesis y el desarrollo de trastornos asociados al uso de psicotrópicos, como el abuso y la dependencia en cualquier momento de la adolescencia.<sup>55,56</sup>

Otro interesante lado de este asunto se muestra en la íntima vinculación que muestran los planteamientos vertidos en relación con la comorbilidad y la psicopatología etiopatogénica de los TCS descritos en la literatura,<sup>57</sup> donde se incluyen los trastornos del afecto y las tendencias suicidas,<sup>58</sup> los trastornos por ansiedad, el TDA/H, los trastornos de conducta, los trastornos alimentarios y la esquizofrenia, que en la edad adulta pueden asociarse, además, con otros problemas de salud, como los trastornos de la función sexual, las parafilias y los trastornos del dormir.<sup>57</sup> De ahí que resulte imperativo conocer con mayor profundidad y especificidad qué factores de riesgo con mayor probabilidad tienden a aparecer durante etapas específicas del desarrollo, de modo que la identificación y las intervenciones por realizarse se dirijan específicamente a disminuir el riesgo de desarrollar abuso/adicción a psicotrópicos. Es crucial, por lo tanto, la inspección continua de los factores de riesgo que es posible que ocurran en cualquier etapa infantil, y simultáneamente convocar a la eliminación de otros factores.<sup>57,59</sup>

Como ya se ha documentado, la presencia de múltiples factores de riesgo aumenta la magnitud del real total para los TCS, los cuales deben ser identificados precozmente e inactivados, e incluso convertidos —cuando esto sea factible— en protectores. El pronto descubrimiento de los factores de riesgo por los miembros del equipo de salud se torna cada vez más descolante. En ello coinciden la mayor parte de los profesionales, como ocurre con el uso de drogas entre los 14 y los 15 años de edad, que se puede predecir por la conducta socioacadémica mostrada por los escolares desde los 7 a los 9 años de edad, el precoz descubrimiento de pobres habilidades sociales y dificultades con el aprendizaje, lo que es esencial para la pronta identificación de psicopatología infantojuvenil, que, como ocurre después con los adultos, es materia de factible previsión.

De hecho, se han publicado algunos de los distintos aspectos de los factores predictivos del consumo de psicotrópicos en diversas poblaciones estudiadas.<sup>57</sup>

El trabajo antiadictivo realizado hasta ahora en el país muestra que las acciones emprendidas no logran esperar un éxito a corto plazo, ni siquiera respecto de los procedimientos empleados para combatir *grosso modo* las cada vez más crecientes necesidades de contención de los problemas adictivos y la importante comorbilidad que implican dada su muy amplia y diversa demanda.<sup>59</sup> En torno a este tipo de pacientes, por investigaciones recientes se sabe que aquéllos con diagnósticos psiquiátricos presentan TCS más a menudo que el conjunto de la población general, y viceversa: los individuos con TCS muestran tasas más elevadas de enfermedades psiquiátricas que la población general,<sup>60,61</sup> lo cual se corrobora con el documentado hecho de que el TDA/H está asociado con una mayor duración del TCS y un índice menor de remisión, que hace que los profesionales realicen un manejo radical y agresivo desde el inicio, porque los resultados positivos de uno mejoran los resultados del otro,<sup>62</sup> aunque no se ha demostrado que la eliminación del primero elimine al segundo.<sup>63</sup> Aún más, cuando los pacientes presentan a la par dos condiciones psicopatológicas tipificables, el tratamiento a menudo se centra en una y se deja la otra “para después”, y en muchos casos ya no se trata.<sup>63</sup> De hecho, se sabe que aun en la actualidad los pacientes comórbidos —si bien les va— que reciben tratamiento para ambas condiciones no lo reciben al mismo tiempo ni en el mismo lugar, ni por los mismos médicos.<sup>64</sup>

Diversos núcleos demográficos que aglutinan poblaciones amplias, como la ciudad de México, experimentan un aumento en el consumo de sustancias que cobra matices epidémicos, por lo que crece la demanda de atención terapéutica especializada frente a casos de consumo múltiple —que se ha convertido en la regla—, cuyas características clínicas las más de las veces reúnen los criterios de abuso y adicción de psicotrópicos y, por lo tanto, no deben soslayarse más,<sup>65</sup> ya que dichos conflictos desestabilizan la organización familiar y social, afectan la productividad y generan lastres dolorosos. Por tal motivo, y dada su amplia diseminación comunitaria, el consumo abusivo y la adicción a psicotrópicos y otras drogas adictivas, como el alcohol, son un grave problema de salud pública que amerita una apropiada atención inmediata en los tres niveles de la prevención. Ello exige, entre otras cosas, la preparación adecuada del personal para brindar un óptimo funcionamiento de las unidades de salud, a la par de programas *ad hoc* y adecuada supervisión y evaluación periódicas.<sup>66</sup>

Impulsadas por la trascendencia de los factores señalados, se han desarrollado múltiples investigaciones en materia de abuso y adicción a sustancias, así como avances en muchas áreas, desde las psicosociales hasta las biomédicas. Hoy en día se cuenta con estudios epidemiológicos, sobre genética e influencia medioambiental, neurociencias, psicoimmunología, nosología comparativa, psicopatología y psicodinamia, nuevos enfoques psicoterapéuticos y avances psicofarmacológicos en el tratamiento de las adicciones.<sup>59,67</sup> Y aunque todas esas investigaciones elevan el *status* académico del campo profesional que las estudia y coadyuvan a su valoración social por otros campos especializados, el conocimiento y la actualización no se dispersan adecuadamente ni siquiera entre todos los participantes de los equipos tecnicoterapéuticos, ni logran que éstos se enriquezcan con tales avances.<sup>68</sup>

Teóricamente, como en otras alteraciones de la salud, mientras más temprano se diagnostiquen y más oportunamente se traten los trastornos derivados del consumo de psicotrópicos y su comorbilidad, menores serán sus índices de recaída manifiestos en los distintos tipos de consumo, y el pronóstico para una vida digna y con mayor calidad resultará proporcionalmente más elevado.<sup>2,69</sup> De ello deriva la necesidad de contar con personal adecuado y con mayor sensibilidad para la atención de este tipo de padecimientos, que en otro tiempo se percibían sólo como debilidades de carácter o simples problemas de moral.<sup>70</sup> De igual modo, la conducta ambivalente de los grupos sociales, expresada en promoción-represión del uso y abuso de sustancias, ocurre no sólo como manifestación sociocultural, sino psicopatológica, es decir, de la formación reactiva contra los consumidores y sus supuestos responsables. Por ello es conveniente conocer y valorar el origen y la producción de los fenómenos psicosociales —en este caso, la etiopatogenia adictiva— antes de emitir juicios hacia un polo u otro de la situación.<sup>71</sup> Obsérvese que la multifactorialidad etiológica a la que se alude hace patente, por un lado, la complejidad de origen del problema de las adicciones y, al mismo tiempo, el grado de dificultad existente para su abordaje y erradicación. Pero independientemente de ello, la comunidad científica es hoy en día numéricamente insuficiente; no está adecuadamente preparada ni tiene la experiencia necesaria para enfrentar un conflicto de tal magnitud;<sup>69-71</sup> incluso, en algunos casos, el propio personal de salud es consumidor regular o abusivo, y hasta adicto a psicotrópicos. La problemática de drogas como el alcohol, como puede apreciarse, presenta varios problemas a la vez, que se han de modificar pertinentemente para lograr el incremento esperado en la calidad de vida; esto es, un adecuado control de la dispo-

nibilidad social de sustancias y la demanda de consumo.<sup>59,67</sup>

Por último, a modo de corolario respecto de las actividades recomendadas para la difusión de la información especializada a los pacientes y sus familiares, se enfatiza el criterio de la Academia Americana de Pediatría<sup>72</sup> en torno al consumo de bebidas alcohólicas en poblaciones infantojuveniles, que, modificado en cuanto al responsable de las acciones (pediatra), se interpreta de modo aún más amplio y se dirige a todos los integrantes del equipo de salud en sus distintos niveles de actuación. El espíritu de tales recomendaciones se resume en los siguientes apartados.

- El médico —léase el personal de salud— debe advertir claramente a sus pacientes y a los familiares de éstos el nocivo efecto de las bebidas alcohólicas, especialmente cuando se ingieren en dosis irrestrictas o sin responsabilidad. Asimismo, se considera grave la ingestión o aplicación de psicotrópicos ilegales y demás psicofármacos de uso médico cuando no obedece a indicación médica con propósito terapéutico, es decir, por automedicación para fines tóxicos, lo cual resulta aún más grave si se trata de personas o poblaciones infantojuveniles en desarrollo.
- Debe discutir, como parte de una rutina informativo-educativa, el daño que hacen el alcohol y las drogas en sus pacientes y las personas bajo ciertos riesgos, en particular cuando existan datos familiares que apoyen la posibilidad de consumo o evidencia de éste.
- Debe asesorar adecuadamente a sus pacientes y a los familiares de éstos acerca del peligro que representa el consumo de alcohol y otras drogas, desde una postura profesional objetiva y sin censura —eliminando la contratrtransferencia que siempre ocurre en las relaciones humanas— y comprendiendo el hecho de que los consumidores lo son en muchos casos de forma irreflexiva, a consecuencia de múltiples factores que desconocen e incluso de los que son víctimas; es decir, usan las drogas prescindiendo de una volición expresa o de una decisión derivada de un enfoque racional.
- Debe estar suficiente y adecuadamente preparado para reconocer los signos precoces del abuso del alcohol, así como de los TCS, en particular del alcoholismo, para evaluar apropiadamente la condición a que se va a enfrentar, manejar el tratamiento como es indicado de acuerdo con las recomendaciones al respecto, o bien referir a los pacientes a su cuidado.

- Debe insistir en el adecuado uso de los servicios prenatales y las visitas programadas durante el periodo gestacional como una oportunidad ideal de modificación de las desviaciones de la salud que derivan de esta psicopatología, y a la vez, como una oportunidad para explorar la historia familiar y las actitudes parentales en torno al consumo de psicotrópicos. Es importante esta oportunidad de discutir con los familiares el papel que desempeña en los menores el modelaje de papeles (roles), el cual deriva de la observación de ciertas actitudes adultas contrarias a la salud.
- Debe discutir el papel de las bebidas etílicas en las fiestas y reuniones donde generalmente se ofrece la oportunidad de ingerir sin límite, así como su repercusión directa e indirecta, a corto y a largo plazo.
- Debe promover la discusión en torno a las oportunidades de beber en casa o en otras locaciones más seguras y, siempre que pueda, provocar una discusión racional acerca del uso y abuso de sustancias.
- Debe incluirse en la currícula educativa, como parte de la visión integral de los programas formadores de profesionales y especialistas en distintas ramas, la orientación profesional contra el consumo de psicotrópicos y sus consecuencias individuales, familiares y sociales.
- Debe promover y participar en los esfuerzos educativos, preventivos, terapéuticos y rehabilitatorios efectuados en las escuelas, la comunidad y demás ámbitos colectivos, realizados por los programas comunitarios de prevención y rehabilitación.
- Debe participar en los contenidos científicos de los programas de todos los medios de información que incluyan mensajes acerca del consumo de alcohol, y evaluar, y en su caso adecuar, los materiales que saldrán al aire, especialmente los dirigidos a las poblaciones infantojuveniles.
- Debe detectar oportunamente y continuar los esfuerzos legislativos a nivel federal y estatal dirigidos a la detección de niveles sanguíneos de etanol (0.02%) en aquellas personas intoxicadas, y a su cuidado, que superen los niveles permitidos.
- Debe familiarizarse con el uso de Internet como fuente invaluable de información expedita, en la cual puede obtener material útil para sí mismo, sus pacientes y la comunidad, discriminando en su oportunidad aquellos mensajes inadecuados o de corte promocional y publicitario que en ocasiones distorsionan la realidad en pro de fines comerciales.<sup>72</sup>

En suma, la problemática del abuso/adicción alcohólica obliga a brindar tratamiento y educación formativa, lo cual implica, a su vez, afinar la detección de casos y los procedimientos nosopedéuticos que contemplen, como ya se mencionó anteriormente, la comorbilidad adictiva y psiquiátrica. De ahí la importancia de la congruencia operacional que evitaría, en cierta forma, el hacerse cómplice del problema de otros. Y, a la postre, debe aprenderse a digerir toda la frustración compartida que esta adicción y cualquier otra son capaces de suscitar, para disponerla en beneficio de la comunidad que formamos entre todos.<sup>71</sup>

## REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M, Turull TF, Cárdenas AJ: Los enfoques somiomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol. *Rev Fac Med Mex* 1984;27(11):11-17.
2. Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
3. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS *et al.*: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCPCA). *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(1):9-25.
4. SSA: *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2003.
5. APA: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
6. Souza y Machorro M: *Memorias del seminario Aspectos somiomédicos y clinicoterapéuticos del alcoholismo*. Unidad de Educación Continua. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 1986.
7. Hawkins J, Catalano R, Miller J: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112:64-105.
8. DeWitt DJ, Adlaf EM, Offord DR: Age of first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:745-750.
9. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG: *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*. Vol. I: Secondary school students. Rockville, National Institute on Drug Abuse; 1996. NIH Publ. No. 97-4139.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administra-



- tion: *Underage drinking prevention: action guide and planner*. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. DHHS Publication No. SMA 3259.
11. **AAP releases new findings on teens and underage drinking**. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics, 1998; 9:113-132.
  12. Office of Inspector General: *Youth and alcohol: a national survey. Drinking habits, access, attitudes, and knowledge*. Washington, US Department of Health and Human Services, 1991. Publ. No. OEI-09-91-00652.
  13. **Presley CA, Meilman PW**: *Alcohol and drugs on American college campuses: a report to college presidents*. Carbondale, Southern Illinois University; 1992.
  14. **Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG**: *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*. Vol. I: Secondary school students. Rockville, National Institute on Drug Abuse, 1996. NIH Publ. No. 97-4139.
  15. **Souza y Machorro M**: El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
  16. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence: Adolescents and HIV infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188-190.
  17. **Souza y Machorro M**: *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México, Trillas, 2000.
  18. **Souza y Machorro M**: Educación sexual: una mirada retrospectiva. *Ginecol Obstetr Méx* 2003;71:195-205.
  19. **Nelson EC, Grant KK, Bucholz A**: Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: comorbidity and associated suicidal related symptoms. *Psychol Med* 2000;30:797-804.
  20. **Strunin L, Hingson R**: Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. *Int J Addict* 1992;27:129-146.
  21. **Bearer CF**: Developmental neurotoxicity. Illustration of principles. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(5):16-32.
  22. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities: Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics* 1993; 91:1004-1006.
  23. **Gilchrist LD, Gillmore MR, Lohr MJ**: Drug use among pregnant adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:402-407.
  24. **Giancola PR, Mezzich AC**: Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61: 809-817.
  25. Office of Inspector General: *Youth and alcohol: a national survey. Drinking habits, access, attitudes, and knowledge*. Washington, US Department of Health and Human Services, 1991. Publ. No. OEI-09-91-00652.
  26. **Jacobs EA, Joffe A, Knight JR**: Alcohol use and abuse: a pediatric concern. *Am Acad Pediatrics* 2001;108(1):203-219.
  27. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL, Guisa CVM**: Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):619-634.
  28. **Adger H**: Problems of alcohol and other drug use and abuse in adolescents. *J Adolesc Health* 1991;12:606-613.
  29. **Bearer CF**: Developmental neurotoxicity. Illustration of principles. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(5):16-32.
  30. **Valois RF, Dunham AC, Jackson KL, Waller J**: Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents. *J Adolesc Health* 1999;25:256-263.
  31. **Merikangas KR, Avenevoli S**: Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addict Behav* 2000;6:807-820.
  32. **Kandel DB**: On processes of peer influence in adolescent drug use: a developmental perspective. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1985;4:139-163.
  33. **Myers DP, Andersen AR**: Adolescent addiction: assessment and identification. *J Pediatr Health Care* 1991;5:86-93.
  34. **Maltzman I, Schweiger A**: Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse. *Br J Addict* 1991;86:1435-1447.
  35. **Swett C, Cohen C, Surrey J, Compaine A, Chávez R**: High rates of alcohol use and a history of physical and sexual abuse among women outpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17:49-60.
  36. **Souza y Machorro M**: La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud Mental* 1984;7(2):19-23.
  37. **Souza y Machorro M**: El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33 (1):13-27.
  38. **Souza y Machorro M**: El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3): 15-26.
  39. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Capítulo V. Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  40. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M**: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;2003;19(1):28-38.
  41. **Grube JW, Wallack L**: Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among schoolchildren. *Am J Public Health* 1994;84:254-259.
  42. **Souza y Machorro M**: *Mass media y psicopatología: violencia, sexo y drogas*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, 2005.
  43. **Cloninger CR**: Genetic and environmental factors in the development of alcoholism. *J Psychiatry Treat Eval* 1983;5: 487-496.
  44. **Goodwin DW**: Alcoholism and genetics: the sins of the fathers. *Arch Gen Psychiatr* 1985;42:171-174.
  45. **Woodside M**: Research on children of alcoholics: past and future. *Br J Addict* 1988;83:785-789.
  46. **Baldessarini RT, Tondo L, Heintz A, Mann K, Weinberger DR**: Serotonin dysfunction, negative mood states and response to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:485-486.
  47. **Hambrecht M, Hafner H**: Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:468-475.
  48. **Giaconia RM, Reinherz HZ, Carmola A**: Comorbidity of substance use and post traumatic stress disorder in a community sample of adolescents. *J Orthopsychiat* 2000;70:253-262.
  49. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M**: A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
  50. **Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM**: General and spe-

- cific childhood factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:223-231.
51. **Hawkins RO:** Adolescent alcohol abuse: a review. *J Dev Behav Pediatr* 1982;3:83-87.
  52. **Babor TF, Hofmann M, Delboca FK, Hesselbrock V, Meyer RE:** Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:599-608.
  53. **Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S:** Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(8):861-868.
  54. **Cloninger CR:** Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.
  55. **Morrison MA:** Addiction in adolescents. *West J Med* 1990; 152:543-546.
  56. **Dias P:** Adolescent substance abuse: assessment in the office. *Pediatr Clin North Am* 2002;49(2):1-23.
  57. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Terapia antiadictiva. Utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.
  58. **Oquendo MA, Mann JJ:** The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:11-25.
  59. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2): 166-179.
  60. **Kessler RC, Crum RM, Warner L et al.:** Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313-321.
  61. **Regier DA, Farmer M, Rae DS et al.:** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990;264:2511-2518.
  62. **Mantosh JD, Ronald WP:** Tratamiento del paciente resistente en psiquiatría. *Ars Medica* 2004;2:291-318.
  63. **Brady KT, Dansky BS, Sonne SC et al.:** Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. *Am J Addict* 1998;7: 128-135.
  64. **Drake RE, Mueser KT, Clark RE et al.:** The course, treatment, and outcome of substance disorders in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:42-51.
  65. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
  66. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prevención Readapt Soc* 2000;8:99-106.
  67. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones.* Dirección de Tratamiento. México, Centros de Integración Juvenil, 2004.
  68. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
  69. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
  70. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
  71. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
  72. **Jacobs EA, Joffe A, Knight JR:** Alcohol use and abuse: a pediatric concern. *Am Acad Pediatrics* 2001;108(1):203-219.



## Comorbilidad adictiva y delincuencia

Si bien la literatura de los últimos años reúne algunas características decisivas, trascendentes para el abordaje y la comprensión del vínculo entre las adicciones y la conducta delictiva, aunque no permitiendo aún establecer un modelo lineal causa-efecto, sí ofrece, no obstante, distintas opiniones para su mejor evaluación. En tal sentido, se propone una sucinta revisión de investigaciones recientes; por ejemplo, un estudio realizado entre reclusas y adictas a psicotrópicos<sup>1</sup> indica que aquellas con trastornos comórbidos y recidivismo solicitan más los servicios de salud mental que las mujeres de su comunidad bajo tratamiento psiquiátrico pero sin historia de reclusión. Las mujeres de raza blanca y ascendencia no hispana detenidas son arrestadas con menos cargos, o cargos de menor gravedad, que aquéllas con cargos vinculados a drogas y las que tienen trastornos mentales severos, como venoadicción y VIH-positividad.<sup>2</sup>

El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (DSM-IV-TR, APA), también llamado síndrome de dependencia (CIE-10, OMS) o síndrome adictivo (SA), se relaciona con altos índices de alcoholemia e ingreso hospitalario por traumatismos debidos a accidentes de tránsito e infracciones repetidas: 29% de la muestra presentan más de un accidente previo en los últimos tres años.<sup>3</sup> Se ha establecido la relación entre el trastorno de la personalidad (TP) y la conducta delictiva en adictos al alcohol.<sup>4</sup> Quienes tienen personalidad antisocial, personalidad fronteriza o personalidad esquizoide cometen más delitos violentos. El TP es el diagnóstico más vinculado a delitos menores; los pacientes con personalidad antisocial exhiben mayor dificultad para su manejo antiadictivo,<sup>5</sup> y la calidad y tipo de *rapport* logrados con los pacientes en tratamiento se correlacionan con su reincidencia.<sup>6</sup>

Existen ciertas diferencias de género entre pacientes con SA y patrón delictivo.<sup>7</sup> Las mujeres, por ejemplo, muestran menor frecuencia y menor gravedad, y su debut delictivo es posterior; cometen menos actos violentos, aunque más relacionados con el consumo de drogas. La mayoría de ellas son autosuficientes, tienen patrón de consumo más severo, carrera adictiva más intensa y problemas psicológicos más complejos que sus homólogas. Asimismo, en aquellas cuya principal droga actual es la cocaína, a menudo el consumo de ésta se inicia posterior al de THC o anfetaminas endovenosas (o ambos). Su patrón delictivo deriva de la conducta antisocial juvenil temprana, más grave que en los varones, y en rápida transición hacia delincuencia adulta severa: 42% de las mujeres estudiadas con historia delictiva tienen patrón de consumo múltiple, superior incluso a las mujeres no delincuentes y a los varones no criminales. Sin embargo, aunque el SA se correlaciona con ciertos individuos y sus delitos, no es posible documentar que ello ocurra indistintamente ni con todos ni en la misma forma.<sup>7</sup>

La investigación en varones portadores de SA<sup>8</sup> revela que los adictos delincuentes muestran un patrón similar al referido en las décadas de 1950 a 1970, un comportamiento delictivo temprano e intensa carrera antisocial. Las drogas y las actividades delictivas a menudo coexisten con un frecuente consumo fuerte de alcohol y más sería dificultad conductual infantojuvenil dada por el comportamiento antisocial. Se estima, sin embargo, que los delincuentes adictos tienen poca historia delictiva juvenil, y aunque su abuso/adicción severa ocurre tardíamente en la vida, su tendencia delictiva se agrava con su gran velocidad, de modo que la filiación subcultural entre ellos tiende a ser tan fuerte como los delitos come-

Cuadro 7-1. Perfil farmacológico de la medicación *anticraving*

Sustancia	Clasificación farmacológica	Dosis terapéutica	Indicaciones
Alprazolam	Ansiolítico (BDZ)	0.50 a 4.0 mg/día	Ansiedad, <i>anticraving</i>
Bromazepam	Ansiolítico (BDZ)	3 a 12 mg/día	Ansiedad, insomnio, <i>anticraving</i>
Carmabazepina	Antiepiléptico, neuropsicotropo	400 a 1 200 mg/día	Epilepsias, abstinencia, <i>anticraving</i>
Clobazam	Ansiolítico, anticonvulsivo (BDZ)	10 a 30 mg/día	Ansiedad, epilepsia Insomnio
Clonazepam	Anticonvulsivo sedante (BDZ)	4 a 8 mg/día	Epilepsia, ansiedad, <i>anticraving</i>
Cloracepato dipotásico	Ansiolítico (BDZ)	0.75 a 15 mg/día	Ansiedad, epilepsia
Disulfiram	Aversivo reactor al acetaldehído	100 a 300 mg/día	Control de la abstinencia etílica
Lorazepam	Ansiolítico (BDZ)	1 a 3 mg/día	Ansiedad, preanestesia
Valproato de magnesio	Anticomicial, anticonvulsivo	15 a 60 mg/kg/día	Anticonvulsivo, <i>anticraving</i>
Valproato de sodio	Anticomicial, anticonvulsivo	10 mg/kg/día sin exceder 2 600 mg/día	Antiepiléptico amplio espectro, <i>anticraving</i>
Ácido valproico	Anticomicial, anticonvulsivo	15 mg/kg/día sin exceder 60 mg/kg/día	Antiepiléptico amplio espectro, <i>anticraving</i>

Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI: *Craving*, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.

tidos y su patrón adictivo. Sin embargo, gran número de adictos con baja delincuencia tienen pobre filiación subcultural.\*

Como el patrón normal de abuso/adicción a THC como primera droga de abuso y paso a otras más severas tipifica la tendencia de este grupo, posiblemente el SA desempeñe un papel decisivo en el desarrollo del patrón delictivo.<sup>8</sup> Así, por ejemplo, los adictos inestables con baja o nula criminalidad tienen más años de educación formal y mantienen su empleo y mejores relaciones sociales.

El patrón de multiabuso/adicción y abuso crónico de drogas legales es común en ellos, y su problemática psiquiátrica es diversa, haciendo patente la importancia de la comorbilidad. Sin embargo, los pacientes con SA no forman un grupo homogéneo ni cometen delitos promovidos por la necesidad de subsistir, a pesar de que la historia de consumo de narcóticos en muchos países de fuerte conexión con la cultura criminal es alta y relevante en términos de ataque a la salud y estabilidad social.<sup>8</sup>

La peligrosidad de los pacientes psiquiátricos delincuentes de uno y otro sexo señala muy baja incidencia de reclusión, sin diferencia significativa entre géneros, en cuanto a prevalencia de psicosis, retardo mental, TP o SA, pero las mujeres tienen mayor frecuencia suicida y de autolesiones.<sup>9</sup> Un estudio en pacientes con SA y trastorno afectivo mayor<sup>10</sup> indica que 33% de ellos y 15% de esquizofrénicos cometen delitos violentos, vinculando así la personalidad antisocial a la criminalidad

entre los esquizofrénicos, pero no entre los deprimidos. En ambos grupos se asocia la intensidad del consumo y tipo de droga a la criminalidad violenta.<sup>10</sup> Estudios en muestras amplias de criminales<sup>11</sup> indican que 55% de ellos padecen a la vez SA y otros diagnósticos psiquiátricos.

En este tipo de pacientes se recomienda el uso de medicación *anticraving* (cuadro 7-1) para el control pos-tratamiento. La metadona es exitosa en personas con conducta delictiva crónica o peligrosa bajo consumo opiáceo.<sup>12,13</sup>

En relación con el estudio pronóstico-terapéutico del SA en jóvenes delincuentes con trastornos psiquiátricos o trastorno de conducta (TC) (o ambos),<sup>14</sup> es positivo para la consolidación de mejoría en distintas áreas: delincuencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), problemas educativos y vocacionales, mejorando la disminución de sus conductas de riesgo. Sin embargo, el manejo del abuso sexual infantojuvenil frecuente en estos pacientes no siempre mejora el pronóstico terapéutico antiadictivo a largo plazo.<sup>15</sup>

En pacientes con otras características sociodemográficas, la comunidad terapéutica e instancias semejantes son recursos viables para el manejo de problemas adictivos y delincuencia, como en el caso de *homeless*,<sup>16,17</sup> especialmente los que tienen mayor comorbilidad adictiva y psiquiátrica.<sup>18</sup> Un estudio realizado a lo largo de 33 años acerca del patrón de uso de heroína y otros psicotrópicos, morbilidad, salud mental y la capacidad para el empleo, revela que la abstinencia prolongada permite menor patrón adictivo a otras drogas, así como menor morbilidad general y estrés psíquico, y más altos índices

\* Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría* 2ª Época 2003;19(1):14-27.

de empleo permanente en quienes colaboran con su manejo a largo plazo.<sup>19</sup>

Con miras a su manejo, siempre es importante conocer la comorbilidad del SA, pero lo es aún más cuando se trata de población infantojuvenil,<sup>20</sup> ya que genera otros factores de riesgo que agravan el consumo y empeoran el pronóstico de los casos, por lo que es imperativo que el personal de salud los reconozca de modo oportuno y apropiado.<sup>21</sup> Lamentablemente, cuando los niños refieren a los médicos de primer contacto quejas somáticas vagas y diversas, a menudo éstas son desdeñadas por su origen psicológico, restringiendo así la oportunidad de intervenir en la etiopatogenia adictiva. Muchas personas ignoran que el abuso psicofísico o sexual, la ansiedad, la depresión, los trastornos del aprendizaje y los conflictos familiares son importantes factores de riesgo para el consumo de drogas;<sup>22</sup> debido a que continúan actuando en la adolescencia y aun después, su detección oportuna y manejo integral resultan indispensables.<sup>20</sup> Por ejemplo, el cambio en la percepción familiar acerca del “inofensivo” efecto de las drogas durante la infancia o adolescencia reduce el riesgo de consumo posterior. Asimismo, ignorar la importancia de ciertos factores estresantes en la vida (cambio de escuela, de casa, de ciudad, etc.) tiende a incrementar el consumo inicial de sustancias en los jóvenes.<sup>20,21,23</sup>

Los factores de riesgo<sup>24</sup> se clasifican en socioculturales, interpersonales, psicoconductuales y biogenéticos (cuadro 7-2), y su extensión y naturaleza tienden a mo-

dificar la magnitud real del riesgo. No obstante, los factores protectores (estabilidad del entorno, alto grado de motivación, nexos familiares fuertes, supervisión familiar constante, disciplina familiar y organización, refuerzo de conceptos y actividades prosociales, asociación al grupo de iguales con actitudes convencionales y la recepción continua de mensajes comunitarios contra el consumo de sustancias)<sup>6</sup> limitan e incluso neutralizan su impacto.<sup>21,25,26</sup>

Por su parte, los factores socioculturales y biogenéticos tienden a traslaparse y a sumar su efecto. Se ha demostrado que los hijos de alcohólicos tienen mayor tolerancia metabólica hepática al efecto del alcohol, y pueden no darse cuenta de la potencialidad adictiva del proceso sino hasta que se consolidan los devastadores efectos de la ingestión de grandes volúmenes.<sup>27</sup> En tales casos, el individuo tiende a considerar que su tolerancia lo aleja de la adicción, siendo lo contrario.

La exposición crónica a psicotrópicos afecta el proceso metabólico normal, al crear un sistema permanente de segundos mensajeros capaz de mutar los genes, en su influencia hacia el deseo de consumo. Por ello, aquellas personas con predisposición a la dependencia son aún más susceptibles a la influencia de la expresión genética favorable al deseo de consumo.<sup>28,29</sup> Al efecto, considérense los estudios en gemelos, que muestran que los alcohólicos adoptados por no alcohólicos están en riesgo de adicción.<sup>30,31</sup> Otros estudios en gemelos indican que el consumo de alcohol en los parientes —no alcohólicos— que adoptan no aumenta el riesgo de consumo étílico en los hijos.<sup>30</sup> El inicio en el consumo de sustancias se vincula más, por lo tanto, a factores socioculturales y ambientales, mientras que el mantenimiento y la progresión rápida de la adicción, a los biogenéticos.<sup>31-33</sup> Tal papel se vincula a la función de los neurotransmisores cerebrales, pues los abusadores tempranos tienen niveles séricos bajos de triptófano, relacionados con niveles igualmente bajos de serotonina. Así, muchos de tales niños, encarcelados por delitos violentos en su adolescencia, muestran un curso severo de conducta antisocial.<sup>34-36</sup>

La participación de los factores socioculturales de riesgo también influye a lo largo de la vida. Las leyes y normas sociales favorables al consumo de sustancias elevan dichos riesgos, lo que representa un fuerte argumento contra las llamadas “drogas suaves”, ya que prácticamente ninguna lo es, ya que permiten el paso a otras, se combinan con ellas o refuerzan el patrón adictivo. Popularmente se oye decir que la marihuana no es una droga seria, fuerte o dañina. En primera instancia, habría que considerar que se trata de un sedante psicodisléptico que, aunque a menudo es “de inicio”, amén de

### Cuadro 7-2. Causas de uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias

La adicción, en ocasiones, también puede ser resultado de ciertos patrones de cambio social rápido
De la presencia de conflictos/estrés en el manejo de las presiones diarias
Del cambio o asunción de nuevos valores
De crisis de identidad individuales o colectivas
De la urbanización y otros estándares de vida involucrados en las condiciones socioeconómicas
De la migración y otros factores relacionados
Del compromiso que representa la función socioeconómica individual frente a la sociedad
Cuando el uso daña irreversiblemente las potencialidades de la persona produciendo incapacidades sociomédicas
La repercusión del nivel de uso amenaza intrínsecamente las instituciones sociales y se compromete el individuo
La cesación del uso causa severas disfunciones psicofísicas y otras alteraciones comórbidas que hacen a los individuos (poblaciones) más vulnerables

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

los daños específicos demostrados que causa sobre diversos aparatos y sistemas de la economía,<sup>37</sup> permite el acceso a otras drogas nuevas y más potentes o a la mezcla con ellas. En tal contexto, se dice que la sustancia “sirve” de reforzador positivo aun no siéndolo en sí misma, ya que otros factores le otorgan tal condición. La marihuana no es sólo un reforzador primario, pues es efectiva por sí misma, como cualquier otro psicotrópico, en función del tipo, calidad, dosis, condiciones de acceso y consumo, historia médica personal, antecedentes de uso, experiencia de sus efectos, etc.<sup>38,39</sup> De modo que, sumadas a los factores socioeconómicos, la privación, la desorganización y la disfuncionalidad en el vecindario de los individuos no resultarán inocuas a la consideración de atacar la pobreza,<sup>38</sup> y al mismo tiempo dan esperanza a los programas para niños y jóvenes de áreas marginadas urbanas, suburbanas y rurales.<sup>39</sup>

La importancia de los factores interpersonales está dada por su influencia a lo largo de la vida (modelaje familiar de los hijos, creencia familiar de que las drogas no son dañinas o que su influencia en la salud es mínima; familia consumidora de sustancias; disfunción familiar, deficiente comunicación familiar; pobre control de impulsos y agresividad; familia numerosa; bajo nivel socioeconómico, pasividad paterno-materna y pobres aspiraciones académicas),<sup>40-50</sup> por lo que la terapéutica exitosa de estos aspectos es posible con distintos enfoques: terapia multisistémica,<sup>51</sup> multidimensional<sup>52</sup> y familiar,<sup>53</sup> que involucran a su vez la casa, la escuela, los amigos, aspectos sociolegales y otros aspectos comunitarios. De hecho, se ha documentado que el paciente que logra ingresar a tratamiento,<sup>54</sup> o la familia que lo cursa completo, reduce el consumo de sustancias.<sup>51,52</sup> Y como el factor más decisivo para el inicio, mantenimiento y recaídas de consumo son las amistades abusadoras/adictas,<sup>43,47,55</sup> los programas infantojuveniles deben enfocarse en su eliminación.<sup>56,57</sup>

Los factores psicoconductuales con influencia infantojuvenil (edad de inicio del consumo, falla escolar, problemas conductuales, etc.) deben recibir especial atención. La edad del debut produce una rápida carrera adictiva y predice la comorbilidad, a través de la reducción de la latencia entre el primero y el segundo diagnóstico adictivo.<sup>58-60</sup>

La rebeldía, la sensación de búsqueda de “algo que no llega” pero “que no se sabe qué es”, la inhabilidad para postergar la gratificación y la psicopatología (ansiosa, depresiva, TP u otras alteraciones compulsivas) complica el manejo y limita el pronóstico.<sup>61,24</sup> No obstante, los jóvenes que abandonan el consumo y asumen la responsabilidad de su papel social a su edad evolucionan satisfactoriamente.<sup>62</sup>

La clave de ello es el temperamento, para el cual se han descrito dos tipos de personalidad en pacientes adictos al alcohol:<sup>63,64</sup> el tipo 2 de Cloninger y B de Babor. Ambos, con mal pronóstico, cuentan con factores interpersonales de riesgo que ofrecen la continuidad al consumo:

1. Alto nivel de búsqueda incesante de novedad.
2. Bajo nivel de apego a la recompensa lograda. Ninguno de los dos se beneficia de la terapéutica (cognitivo-conductual), debido a que ésta requiere un alto nivel individual de evasión del daño y de apego a la recompensa, característico de la personalidad alcohólica Cloninger tipo 1 y A de Babor.

Los alcohólicos tipo 2 y B comparten además otros factores de continuidad del consumo (inicio precoz de conducta de búsqueda de la sustancia, diagnóstico adictivo previo en la adolescencia, rápido inicio y curso, presencia de posibles precursores genéticos y síntomas graves de conductas disruptivas, arrestos, peleas, etc.).<sup>63,64</sup>

En tal sentido, el concepto etiopatogénico del SA se complementa con la visión de Schydlower y Ellenhorn (cuadro 7-3). La clasificación de los alcohólicos de Zucker<sup>65</sup> en cuatro categorías explica su evolución crónica y curso acelerado, por la suma de factores de riesgo:

1. **Antisocial.** De inicio temprano, larga duración y síntomas severos de problemas vinculados al consumo étílico.
2. **De desarrollo limitado.** El paciente interrumpe su crecimiento terapéutico, debido a que interpreta como hostil la invitación a detener su consumo.
3. **De desarrollo acumulativo.** El paciente experimenta graves riesgos sin intervención terapéutica.
4. **De afecto negativo.** El paciente tiene trastornos psiquiátricos previos, sin tratamiento.<sup>65</sup>

Un estudio en adolescentes<sup>75</sup> indica que el consumo de sustancias precede al SEPT en la mitad de ellos, y que internalizaron sus problemas como una forma de ansiedad antes del consumo, lo que es clínicamente trascendente, puesto que la identificación temprana de los trastornos de ansiedad, incluyendo la fobia social, reduce la aparición de ambos síndromes,<sup>75</sup> frente a los cuales estos pacientes tienen un riesgo más alto de ser traumatizados, por su inhabilidad preexistente en el manejo adecuado de la ansiedad.<sup>76,77</sup>

Además de la comorbilidad adictiva que implica el SA, la mayor parte de esos pacientes son consumidores múltiples y reciben atención clínica sólo después de cinco años, en promedio.<sup>66</sup> La patología asociada más frecuente está dada por:

**Cuadro 7-3. Factores de riesgo relacionados con el uso, uso nocivo y adicción de psicotrópicos y otras sustancias**

Individuales
Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar
Deficiencia y escaso aprovechamiento escolar
Enajenación y rebeldía
Conductas sexuales precoces
Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas
Psicopatología, especialmente depresión
Otras alteraciones conductuales (vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo)
Conducta antisocial
Baja o nula religiosidad
Confusión y pérdida de valores
Familiares
Historia familiar de abuso de alcohol
Alcoholismo materno, paterno o de ambos
Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos
Historia familiar de conducta antisocial
Familiares con escasas habilidades paternofiliales
Dificultades en las relaciones familiares
Uso de psicotrópicos en los hermanos
Uso familiar de psicotrópicos y automedicación
Socioculturales
Uso de psicotrópicos por los mejores amigos
Desorganización estructural-funcional en la comunidad
Otros, solos o combinados

Modificado de Schydlower M: Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics* 1993;91:1010-1013; Ellenhorn M: *Medical toxicology. Diagnosis and treatment of human poisoning*. William and Wilkins, 1997.

- **Trastornos afectivos.** El TDAH, la depresión mayor y el TC son elementos esenciales del SA.<sup>67</sup> Un estudio entre niños y niñas referidos para manejo de SA indica que las niñas deprimidas tienen mayor grado de internalización de los síntomas de disfunción familiar<sup>68</sup> que sus homólogos. Otro estudio de niños con TC y SA refiere que los niños deprimidos tuvieron más TDAH, síndrome de estrés posttraumático (SEPT) y trastorno de ansiedad de inicio temprano que los niños no deprimidos.<sup>33,69</sup> El trastorno bipolar y el de fobia social en adultos a menudo van precedidos del SA.<sup>70</sup> Asimismo, la depresión, la ansiedad, el TC y el trastorno disociativo con afectación de las funciones integradoras de la conciencia, identidad, memoria y percepción del entorno, ya sea repentino, gra-

dual, transitorio o crónico, en los niños derivan del SA crónico.

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** Está ampliamente documentada la relación etiopatogénica entre TDAH, TC y SA.<sup>78-80</sup> Sin embargo, cuando estos niños son tratados adecuadamente, esta posibilidad se reduce hasta en 85%.<sup>81</sup> Se recomienda el uso de metilfenidato, antidepresivos tricíclicos, piracetam, oxcarbamazepina, valproato semisódico, tioridazina, paroxetina o bupropión, por sus buenos resultados. Como en la mayor parte de los casos de patología infantojuvenil, también se incluye el manejo personalizado, familiar y escolar simultáneo.<sup>82</sup>
- **Trastornos de conducta.** La diferencia de género entre niños y niñas con estos trastornos señala que ellas tienen más conducta huidiza y depresión que sus homólogos, quienes muestran, en cambio, más agresividad, destructividad, riñas y peleas armadas, conductas de tortura a los animales y agresividad verbal.<sup>68,69</sup> Los adolescentes que desarrollan TC previo al SA muestran peor pronóstico que quienes lo desarrollan simultáneamente.<sup>83</sup> Cabe acotar que la internalización del trastorno tiende a neutralizar los efectos conductuales del agresor,<sup>84</sup> que en ocasiones completa la tríada de Rao: TC, SA y depresión.<sup>85</sup> Estas niñas tienen más trastorno por ansiedad y niveles plasmáticos elevados de cortisol al inicio del ciclo de dormir (cuando el sistema hipotálamo-hipofisario está más activo) que lo que muestran las niñas deprimidas sin SA. Se estima que el estrés, el consumo de alcohol, o ambos en estas niñas causan la elevación del cortisol, que resulta aún más elevado que en el TC o la depresión solas. Se estima, asimismo, que el inicio tardío de TC se relaciona con el TP,<sup>86</sup> que facilita aún más el SA, y que el inicio temprano de TDAH y TC se debe a problemas neurológicos secundarios al TDAH. La evidencia muestra que el TC solo o con SA en niñas está más vinculado a problemas neurológicos que únicamente a SA.<sup>86</sup>
- **Trastornos alimentarios.** El varón bulímico tiene mayor riesgo de padecer SA que el anoréxico.<sup>87</sup> Sin embargo, las bulímicas con SA muestran mayores niveles de búsqueda incesante de novedad que las bulímicas sin SA, lo cual remite a la necesidad de saber cuáles de ellas reúnen las características de personalidad tipo 2 de Cloninger, que empeorará el pronóstico.<sup>88</sup>
- **Suicidio.** Uno de los temas más vinculados a la destructividad de los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos es la comorbilidad suicida.<sup>88</sup>



Se ha demostrado que 70% de los adolescentes con SA se suicidan.<sup>42</sup> Son factores de riesgo suicida: el SA, la depresión mayor o la enfermedad afectiva, la ideación suicida en la semana previa, historia familiar de depresión con SA y problemas legales, disponer de un arma de fuego en casa.<sup>90,91</sup> La baja del nivel plasmático serotoninérgico contextualiza la explicación de por qué, amén del TP, la depresión aunada al consumo de alcohol es un alto riesgo fuerte para el suicidio.<sup>92</sup>

- **Esquizofrenia.** Se ha esgrimido la hipótesis psicodinámica de la vulnerabilidad emocional de estos pacientes para explicar su consumo de THC.<sup>93</sup> La hipótesis contempla tres grupos:
  1. **Uso frecuente.** El grupo que puede disminuir el umbral de la aparición de esquizofrenia debido al número de años que preceden al inicio de ésta.
  2. **Vulnerable.** El grupo en el cual el estrés dopaminérgico es el factor precipitante de la esquizofrenia, que ocurre en el mismo mes del consumo del psicotrópico.
  3. **El grupo que consume THC después del inicio de la esquizofrenia.** Esta hipótesis pretende explicar el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro y su influencia sobre la patología psiquiátrica (trastorno del aprendizaje derivado del SA).<sup>94</sup>
- **VIH/SIDA.** Por último, pero no en lugar menos significativo, cabe señalar que la venoadicción se ha documentado ampliamente con la posibilidad de contraer seropositividad a VIH<sup>66</sup> (cuadro 7-4).

**Aspectos farmacológicos y psicoterapéuticos.** El bupropión y la pemolina se han reportado efectivos en el manejo del TDAH.<sup>94,95</sup> La venlafaxina se recomienda para el manejo comórbido de alcohol/cocaína en pacientes adultos con TDAH, aunque no se ha comprobado su eficacia en adolescentes.<sup>96</sup> El TDAH con tics es mejor tratado con nortriptilina o amitriptilina.<sup>93,96</sup> En el trastorno bipolar de la mayor parte de los pacientes con SA que oscilan rápidamente entre un polo y otro de la enfermedad es útil el carbonato de litio,<sup>97</sup> que aumenta los niveles de serotonina, disminuye la ingestión de alcohol y reduce los riesgos de suicidio.<sup>98</sup> En la depresión con SA, la fluoxetina y sus congéneres se reportan eficaces.<sup>99</sup> La naltrexona es de utilidad para disminuir el consumo de alcohol,<sup>100</sup> pieza clave en la recuperación inmediata y a largo plazo.<sup>66</sup>

La psicopatología del paciente con SA requiere ser justipreciada en el manejo cuando se pretenda ofrecer una visión integral. Para su abordaje inicial se recomienda el esquema de la terapia motivacional:

#### Cuadro 7-4. Principales trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones

---

Trastornos afectivos  
 Trastornos por ansiedad  
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad  
 Trastornos de conducta  
 Trastornos alimentarios  
 Trastornos psicosexuales  
 Trastornos del sueño  
 Suicidio  
 Esquizofrenia  
 VIH/SIDA  
 Otros

---

Modificado de: Whimore EA, Milulick SK, Thompson LL: Influences on adolescent substance dependence, conduct disorders, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:87-97; Essau CA, Conradt J, Peterman F: Frequency and co-morbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37:831-843; Wilens T, Biderman J, Spencer T: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1996;5:73-91; Giancola PR, Mezzich AC: Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61:809-817; Bulik CM, Sullivan P, McKee M: Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283; Shaffi M, Steltetz-linarky J, Derrick AM: Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:227-233; Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA: *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7<sup>a</sup> ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1999; Souza y Machorro M: *Manual de diagnóstico y tratamiento de cuadros agudos por abuso de drogas*. Dirección de Tratamiento. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.

- Retroalimentación sobre las áreas vitales dañadas.
- Énfasis en la responsabilidad personal.
- Clara advertencia de la tendencia al cambio.
- Ofrecimiento de opciones alternativas.
- Empatía, como el estilo de la asesoría profesional.
- Autogestión. La eficacia de las acciones recae en el interesado.

Ello va de la mano con la participación del clínico, quien sopesará los beneficios y desventajas de proveer dichas alternativas, ofrecer empatía, clarificar las metas del manejo y remover los obstáculos que se vayan presentando. Esta técnica tiende a reducir la defensividad de los pacientes, especialmente los jóvenes, y bien manejada los torna más cooperadores.<sup>101</sup> Los programas de tratamiento resultan inefectivos<sup>102</sup> si no atacan todos los factores de los que depende el futuro consumo de sustancias: creencias normativas, incongruencia en el estilo de vida, acciones dirigidas a la abstinencia y su mantenimiento a largo plazo (dos años o más).<sup>103-105</sup>

El apropiado manejo psicofarmacológico concomitante de estos pacientes es imprescindible, pues de ello

### Cuadro 7-5. Recomendaciones psicoterapéuticas para el abordaje inicial de los casos

Retroalimentación específica sobre las áreas vitales dañadas  
 Énfasis en la responsabilidad personal  
 Clara advertencia de la tendencia al cambio  
 Ofrecimiento de opciones alternativas  
 Empatía, como el estilo de la asesoría profesional  
 Autogestión. La eficacia de las acciones recae en el interesado

Modificado de: Monti PM, Colby SM, Barnett NP: Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.

depende que aparezca(n) o no otro(s) trastorno(s) psiquiátrico(s). El abordaje debe siempre suministrarse completo. El manejo del SA sin atención a otras alteraciones concomitantes se considera un error terapéutico<sup>66</sup> (cuadro 7-5).

En tal contexto, el equipo de trabajo no puede ser sustituido por uno solo (cualquiera) de los participantes. Tras la modificación de la patología de base, comórbida, y de sus concomitancias clínicas, la estrategia se enfoca en el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia y la eliminación de las recaídas.<sup>37,39</sup> El incremento del índice delictivo juvenil en el mundo durante la década de 1990 llamó la atención de las diversas instituciones dedicadas a la salud, educación e impartición de justicia.<sup>106,107</sup> En EUA, por ejemplo, 1 de cada 5 delincuentes fue detenido por delitos violentos<sup>108</sup> (cuadro 7-2).

Desde entonces, los profesionales de la salud mental analizan su etiopatogenia con miras a promover una mejor evaluación y un más adecuado manejo clínico y asistencial, así como más eficaces recomendaciones terapéuticas y reeducativas para los ofensores.<sup>109,110</sup> Entre los factores de riesgo en la producción de la conducta delictiva destacan los aspectos sociodemográficos vinculados al aumento del índice de violencia juvenil. Los varones son detenidos seis veces más que las mujeres.<sup>110</sup>

Después de los 13 años de edad, la frecuencia de homicidios aumenta cada año de la adolescencia, hasta los 18 años.<sup>111</sup> La detención por delitos violentos es cinco veces mayor en jóvenes de color que en los de raza blanca,<sup>112</sup> diferencia que debe considerarse más vinculada a las condiciones de vida y las características asociadas al estado socioeconómico que a factores raciales.

**Historia familiar-personal de violencia.** Igual que en los adultos, uno de los factores más importantes que determinan el riesgo de conductas violentas juveniles es el pasado de historia violenta familiar o personal. Los ofensores juveniles muestran gran variedad de conduc-

tas antisociales reiterativas, patrón descrito como diversificación conductual y no como especialización.<sup>113</sup> El número de actos ilegales alcanzado se considera más predictivo de conducta delictiva que el tipo específico de actos cometidos en el pasado.<sup>114</sup> El agresor reincidente (cinco o más contactos policíacos) representa menos de 20% de todos los delincuentes, pero comete más de la mitad de todos los delitos registrados.<sup>115</sup> Pero lo que resulta más impactante es que más de 80% de los ofensores juveniles más graves no cuentan siquiera con historial policial.<sup>116</sup> La edad del debut violento participa en la determinación del riesgo de violencia en la edad adulta. En la muestra nacional de la juventud estadounidense, 45% de los jóvenes que cometieron agresiones violentas antes de los 11 años de edad continuaron realizándolas cuando ya eran veinteañeros.<sup>117</sup> La historia familiar proporciona también valiosa información acerca de los riesgos de comisión de actos violentos. Los hijos de personas violentas son más proclives a serlo en la adolescencia y la adultez.<sup>117</sup>

El observar a adultos que usan arma blanca o de fuego representa el doble de riesgo de convertirse en agresores violentos graves.<sup>118</sup> Los hijos de padres encarcelados por tales delitos y los que son víctimas de abuso psicofísico comparten el alto riesgo de cometer actos violentos.<sup>119,120</sup> Cabe señalar que el consumo de psicotrópicos (alcohol, marihuana, disolventes volátiles, etc.) y otras sustancias de uso médico (psicofármacos) utilizados con la finalidad de intoxicarse (clorhidrato de ciclopentolato o Refractyl<sup>®</sup> ofténo y el flunitrazepam o Rohypnol<sup>®</sup>), así como otros sedantes, hipnóticos y ansiolíticos solos o combinados,<sup>121</sup> favorece la comisión de conductas agresivas, lo cual ha sido ampliamente documentado.<sup>122,123</sup> Así, datos provenientes del estudio de 312 agresores juveniles de EUA señalan que en comparación con la marihuana y la heroína, el etanol sigue siendo el psicotrópico usado más frecuentemente para cometer agresiones sexuales,<sup>124-128</sup> y también el encontrado con más frecuencia en víctimas sometidas a episodios de abuso sexual, violentos y no violentos. En una investigación realizada en la penitenciaría de la ciudad de México con homicidas de un sexo y otro se indica que 40% de los homicidios cometidos por varones refieren consumo de alcohol u otros psicotrópicos (principalmente marihuana y disolventes volátiles), tal y como ha sido el estándar de consumo de psicotrópicos en el país<sup>66</sup> y en EUA.<sup>109,129-132</sup>

**Portación de armas.** El número de adolescentes que portan armas hoy en día es alarmante. En la muestra nacional estadounidense referida, 1 de cada 5 estudiantes indicó que portaba arma punzocortante el mes previo a la encuesta, y quienes más a menudo lo hacen están en

una proporción de 4:1 de varones respecto de las mujeres. Lo usado con más frecuencia es el arma blanca (cuchillo o navaja), pero los jóvenes de color portan armas de fuego más a menudo.<sup>133</sup> Los estudiantes urbanos alcanzan una proporción de portación de arma de fuego de 1:3 hombres y 1:10 mujeres.<sup>134</sup> La letalidad asociada a la portación de arma de fuego triplicó la cifra de homicidios en EUA en los últimos tres lustros.<sup>135</sup> Aunque la mayoría de los jóvenes que las portan (compradas antes de los 15 años de edad) dicen que las usan para su protección, 80% de ellos han sido amenazados o heridos con una de éstas, por lo que se piensa que han desarrollado su sistema personal de racionalización y justificación para usarlas. Así, 33% de los jóvenes encarcelados consideran necesario defender sus derechos por vía de las armas.<sup>136,137</sup> Se sabe que 1 de cada 10 estudiantes de secundaria-preparatoria llevó el arma a la escuela el mes previo a la encuesta.<sup>138</sup>

**La banda (pandilla) y su pertenencia.** Se define como banda un grupo formado por tres o más individuos capitaneados entre sí o por otro, con interacción entre ellos, y que buscan el dominio de un territorio particular, usan símbolos y se vinculan a actos delictivos. Participan en bandas 33% de los jóvenes;<sup>139</sup> son típicamente varones de entre 12 y 24 años de edad, y son detenidos más a menudo que las mujeres, aunque las bandas femeninas van en aumento.<sup>140</sup>

En muchas comunidades, desde hace poco más de dos decenios han aparecido bandas de distintos tipos, motivadas por la consecución del poder en la subcultura juvenil a través de una tríada: logro de reputación, respeto y comisión de múltiples manifestaciones de venganza.<sup>113,141</sup>

**Trastornos de conducta y violencia.** El diagnóstico más común entre los miembros de una banda es el TC. Más de 80% de los jóvenes varones o mujeres encarcelados reúnen los criterios diagnósticos,<sup>142</sup> y quienes lo consolidaron más tempranamente suelen involucrarse más seria y persistentemente en actos de violencia juvenil.<sup>143</sup> Es común encontrar en ellos problemas de impulsividad, inatención e hiperactividad sin control voluntario. Más de la mitad de los niños con TDAH participan en actividades delictivas a los 13 años de edad,<sup>144</sup> y cerca de la mitad tienen además TC.<sup>145</sup> La frecuencia de detención de personas con TDAH es de 5 a 26 veces más alta que la de quienes no la tienen.<sup>146</sup> Sin embargo, se requiere además algún trastorno conductual para predecir riesgos mayores de criminalidad en la vida adulta.<sup>147</sup> Casi 25% de los niños delincuentes muestran trastorno depresivo mayor,<sup>148</sup> evidenciado por irritabilidad antes que por síntomas de baja anímica, razón por la cual se precisa un adecuado diagnóstico diferencial, identifica-

ción trascendental porque reduce la conducta antisocial en estos grupos.<sup>144</sup>

**Los delincuentes juveniles se exponen a menudo a eventos traumáticos.** Son testigos de lesiones o muerte de sus compañeros, familiares o vecinos, y han experimentado personalmente victimación de distintas maneras. Un estudio señala que 30% de los delincuentes encarcelados reúnen los criterios para SEPT,<sup>146</sup> lo cual resulta primordial, debido a que los niños que experimentan altos niveles de violencia tienden a ver afectadas sus relaciones sociales.<sup>147,108</sup> Los niños expuestos a traumas múltiples tienden a desarrollar “anestesia” emocional y disminuyen su reactividad a los eventos traumáticos, por lo que no se desarrolla empatía con las víctimas, siendo aquélla requerida como meta psicoterapéutica en los agresores, especialmente los violadores sexuales.<sup>105,106,148</sup>

La parte medular en relación con la vinculación de la conducta delictiva al consumo de psicotrópicos es la participación del alcohol y las drogas de abuso (THC, LSD, PCP y otros estimulantes), documentada hoy en día ampliamente.<sup>130,149-151</sup> Un estudio<sup>152</sup> refirió que dicho consumo (alcohol, marihuana, alucinógenos, anfetaminas, estimulantes y solventes volátiles) aumentó entre los estudiantes de secundaria-preparatoria de EUA durante 1955, año en el que más estudiantes consumieron LSD que cocaína o *crack*.<sup>151</sup> Los disolventes volátiles son psicotrópicos de abuso común, y sus modalidades de consumo (*sniffing*: inhalación de vapores directamente de un recipiente abierto o de una superficie recientemente impregnada con disolvente, *huffing*: inhalación de vapores desde una tela recientemente impregnada con un psicotrópico volátil que se coloca cubriendo la nariz y la boca, y *bagging*: inspiración-espriación dentro de una bolsa de papel o de plástico en la que se ha colocado la sustancia volátil) producen una intoxicación similar a la producida por el etanol.<sup>66</sup>

**La inhalación extrema causa alucinaciones y conducta agresiva o antisocial.**<sup>153,154</sup> Se ha documentado que, en el momento de su arresto, 33% de los jóvenes detenidos han abusado de por lo menos una droga,<sup>155</sup> y más de 40% de tales homicidas afirman haber estado bajo los efectos del alcohol en el momento del ilícito.<sup>156</sup> Quienes trafican con psicotrópicos son más proclives a cometer delitos violentos y más a menudo portan armas de fuego que incrementan el potencial delictivo y violento.<sup>157</sup> Lamentablemente, la utilidad del apoyo terapéutico neuropsiquiátrico en este tipo de delincuentes sigue siendo controversial. Algunos estudios al efecto<sup>158-162</sup> refieren que un significativo número de jóvenes sufren de epilepsia psicomotora, tienen EEG anormales y muestran signos neurológicos blandos. Pero la frecuen-

cia de tales déficit neurológicos y su integración clínica como factor etiopatogénico no ha sido establecida formalmente.<sup>163,164</sup> Además, se han agregado al cuadro pensamiento paranoide, alucinaciones y otras conductas violentas.<sup>165</sup> De hecho, un estudio de jóvenes homicidas indica que 71% de ellos mostraron ideación paranoide, aunque no cumplieron los criterios para psicosis.<sup>166</sup>

**Agresión sexual.** Alrededor de 20% de las violaciones<sup>167</sup> y 30% de los abusos sexuales infantiles<sup>168</sup> son perpetrados por jóvenes. La mitad de los agresores sexuales adultos refieren haber cometido su primera agresión sexual en la adolescencia.<sup>169</sup> Se estima que antes de la condena por violación, 35% de los agresores sexuales ya tienen una condena previa por agresión o actos violentos no sexuales. El perfil típico se refiere a un individuo de raza blanca de 14 años de edad en promedio, que vive con ambos padres. La típica víctima es la niña de 7 u 8 años de edad, agredida sexualmente (por violación o coerción). El agresor sexual a menudo repite el abuso contra la víctima, acumulando en promedio 7 víctimas, y en casos más aislados se han reportado 30 o más.<sup>170</sup> Las fantasías sexuales agresivas y aberrantes anteceden al desarrollo de la conducta abusiva, visualizando a la víctima en actos sexuales hostiles diversos y agresivos de índole inusual. El sentimiento de poder y destructividad sobre la víctima facilita la comisión de conductas depredatorias que llevan la fantasía a la realidad. Los jóvenes en cuestión tienen conductas agresivas sádicas previas, con animales o niños menores.<sup>171</sup> Durante la agresión, el foco de atención se ubica en el control, dominio y sumisión de la víctima, para luego asociar la conducta al clímax, que la refuerza. Y para compensar su sentimiento de aislamiento, el agresor, en un afán minimizador, racionaliza su conducta,<sup>104,105,108,109,171,172</sup> la cual, no obstante, acaba en insatisfacción. Los individuos convictos por violación cometen significativamente más delitos agresivos sexuales y no sexuales que los jóvenes con historial de delitos agresivos no sexuales.<sup>172,173</sup>

**Homicidio.** El homicidio es una forma de agresión sexual extrema;<sup>170,171</sup> puede ser organizado o desorganizado. El primero se caracteriza por competencia social y sexual, elevada inteligencia y un estrés situacional precipitante, con talante controlado durante el episodio. La violación de este tipo es habitualmente planeada y seleccionada su víctima, y el abuso precede a la muerte. En contraste, el agresor desorganizado es un individuo socialmente inmaduro, sexualmente disfuncional y de baja inteligencia.

El episodio hostil es usualmente espontáneo contra una víctima conocida; los actos sexuales a menudo se presentan tras el deceso.<sup>171</sup> Un estudio de agresores se-

xuales convictos por homicidio mostró que 66% de ellos tuvieron fantasías sexuales en las que se fraguó el homicidio. Más de 90% mostraron conducta violenta previa y uso de arma blanca.<sup>173</sup> Los violadores a menudo actúan solos contra una víctima conocida y de poco riesgo para ellos. De tales homicidas, 43% son organizados, 36% desorganizados y 21% una mezcla de ambos.<sup>173</sup> Alrededor de 75% de ellos fueron víctimas sexuales o de abuso psicofísico en la infancia.<sup>174,175</sup> Entre 1984 y 1993, la frecuencia de arrestos en EUA se incrementó 170%, para descender ligeramente entre 1993 y 1995; 20% de ese descenso se debió a arrestos por homicidio.<sup>141</sup>

La diferencia por género señala que el hombre comete homicidio 10 veces menos que la mujer de su edad. Ellas cometen homicidio de sus familiares casi en la misma proporción que sus parejas, novios, etc. Los varones usan preferentemente arma de fuego, mientras que ellas arma blanca.<sup>112</sup> Muchos de dichos sucesos ocurren por el desarrollo de condiciones circunstanciales o ambientales.

Los homicidas juveniles tienen historia de padres agresivos, patología convulsiva, tendencia suicida y madres con internamiento psiquiátrico.<sup>161</sup> Es frecuente en ellos la tetrada de Busch,<sup>176</sup> caracterizada por familiares con conducta delictiva violenta, participación en bandas, severas dificultades educativas y abuso/adicción de alcohol. La tipología de Cornell,<sup>165,166</sup> referente útil para la comprensión de estos delincuentes, los clasifica en tres grupos:

1. Individuo psicótico con signos claros de conducta desorganizada.
2. Adolescentes conflictivos no psicóticos, pero en conflicto interpersonal con la víctima.
3. Delincuentes juveniles que causan el homicidio en el curso de otro delito menor.<sup>167</sup>

El examen de los agresores sexuales u homicidas debe establecer factores precipitantes, uso de armas, involucro de otras personas y comorbilidad psiquiátrica. El análisis de la historia biográfica debe establecer delitos previos, abuso psicofísico o sexual infantojuvenil, violencia comunitaria o escolar, otras causas médicas que expliquen la conducta anormal (epilepsia, traumatismo craneoencefálico, etc.). Deben visualizarse lo más claramente posible las actitudes o tendencias relacionadas con el homicidio. Estos agresores son descritos como jóvenes no empáticos, capaces de matar sin razón aparente; son particularmente peligrosos por su tendencia sociopática y tipo de agresión depredatoria.<sup>178</sup> Particular atención deberá ponerse en los jóvenes que cometen parricidio.<sup>179</sup> En estos casos, aunque sean pocos, suelen

encontrarse sentimiento de aislamiento, rechazo, participación en bandas y cultos (satánicos, neonazis, etc.), uso de armas, amenazas previas de daño y muerte, y fantasías agresivas repetitivas. La evaluación del delincuente violento requiere la clarificación pertinente de los hechos, y la determinación de los aspectos legales y el permiso del responsable legal en el caso de un menor. La confidencialidad es importante, así como el contacto con la familia, los jueces, la policía, los médicos (psiquiatras y otros involucrados), los maestros y los terapeutas previos.

**Aspectos del manejo de la violencia.** En casos de agresión juvenil, la terapia individual y la de grupo son efectivas si se usan combinadas.<sup>180</sup> La terapia familiar con entrenamiento conductual produce cambios favorables, pero no siempre extensivos al paciente.<sup>181,182</sup> La terapia cognitivo-conductual y sus técnicas (entrenamiento en el reemplazo de la agresión y entrenamiento en solución de problemas<sup>183</sup>) reducen la violencia en adolescentes; sin embargo, no se ha demostrado su mantenimiento a largo plazo.<sup>184</sup> La mejor evolución la produce la terapia conductual multisistémica de Henggeler, que involucra objetivos domésticos, escolares, de amistades y vecinos en intervenciones realizadas domésticamente<sup>182</sup>, lo que resulta mejor que la terapia individual aislada.<sup>184,185</sup> La medicación aislada no es recomendable por su baja eficacia.<sup>185</sup> La intervención farmacológica para alteraciones psiquiátricas es prioritaria para el manejo de la agresividad. Ha resultado útil el uso de metilfenidato en TDAH, pero los antidepresivos en jóvenes deprimidos sólo corrigen el fondo emocional y no siempre la conducta violenta. El litio es útil en el manejo de tales casos, pero sus resultados son aún controvertidos.<sup>185-187</sup>

Los anticonvulsivos son de alguna utilidad, aunque la carbamazepina no necesariamente es efectiva en estos casos.<sup>188,189</sup> Los antipsicóticos son favorables contra la conducta violenta de niños y adolescentes, pero se critica su uso a largo plazo en ausencia de psicosis. El aná-

lisis de la documentación mundial del tema permite las siguientes conclusiones:

- El vínculo adicciones-delincuencia es un complejo asunto inconcluso que plantea vertientes aún ignotas.
- La comorbilidad (adictiva y psiquiátrica) de las adicciones y la conducta delictiva se sustentan en un intrincado cúmulo de factores personales, familiares y sociales, en los que es capital intervenir para limitar su destructiva sinergia.
- Los factores de riesgo de consumo y de comisión de actos violentos se neutralizan con la intervención de factores de protección.
- La eliminación de conductas violentas y su visualización por los menores, la limitación sociolegal al uso de armas de fuego, el combate educativo a la violencia, la desestructuración de las bandas y organizaciones criminales, así como la adecuada atención diagnóstico-preventiva de la salud psicofísica, reducen el impacto de los factores de riesgo.

Las adicciones se propician, se refuerzan y se mantienen por la comorbilidad, y aunque la mayor parte de los delincuentes graves son abusadores/adictos crónicos a psicotrópicos, no se ha documentado que todos los delincuentes sean adictos ni todos los adictos delincuentes. El diagnóstico precoz de la comorbilidad es indispensable para el personal de salud, ya que es parte esencial del manejo.

En la adecuada concepción de la problemática de ambos fenómenos estriba la dificultad operativa para su abordaje, manejo y control. Se requiere aún mayor participación de las autoridades educativas, de salud, judiciales, etc., para lograr mayor precisión y profundidad en el estudio y el control de este tema, así como para brindar conclusiones específicas y resultados más adecuados.

## REFERENCIAS

1. **Jordan BK, Federman EB, Burns BJ, Schlenger WE:** Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons. *Psychiatr Serv Mar* 2002;53(3):317-325.
2. **McClelland GM, Teplin LA, Abram KM, Jacobs N:** HIV and AIDS risk behaviors among female jail detainees: implications for public health policy. *Am J Public Health* 2002;92(5):818-825.
3. **Soderstrom CA, Ballesteros MF, Dischinger PC, Kerns TJ:** Alcohol/drug abuse, driving convictions, and risk-taking dispositions among trauma center patients. *Accid Anal Prev* 2001;33(6):771-782.
4. **Hernández ÁCA, Burleson JA, Poling J, Tennen H, Rounsaville BJ:** Personality and substance use disorders as predictors of criminality. *Compr Psychiatry* 2000;41(4):276-283.
5. **Messina NP, Wish ED, Hoffman JA, Nemes S:** Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(2):197-212.
6. **Joe GW, Simpson DD, Dansereau DF:** Relationships

- between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatr Serv* 2001;52(9):1223-1229.
7. **Byqvist S:** Criminality among female drug abusers. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(4):353-362.
  8. **Byqvist S, Olsson B:** Male drug abuse, criminality and sub-cultural affiliation in a career perspective. *J Psychoactive Drugs* 1998;30(1):53-68.
  9. **Linaker OM:** Dangerous female psychiatric patients: prevalences and characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(1):67-72.
  10. **Hodgins S, Lapalme M, Toupin J:** Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999;55(2-3):187-202.
  11. **Longato-Stadler E, von Knorring L, Hallman J:** Mental and personality disorders as well as personality traits in a Swedish male criminal population. *Nord J Psychiatry* 2002;56(2):137-144.
  12. **Marsch LA:** The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998;93(4):515-532.
  13. **Cheung YW, Ch'ien JM:** Previous participation in outpatient methadone program and residential treatment outcome: a research note from Hong Kong. *Subst Use Misuse* 1999;34(1):103-118.
  14. **Whitmore EA, Mikulich SK, Ehlers KM, Crowley TJ:** One-year outcome of adolescent females referred for conduct disorder and substance abuse/dependence. *Drug Alcohol Depend* 2000;59(2):131-141.
  15. **Florentine R, Pilati ML et al.:** Drug treatment outcomes: investigating the long-term effects of sexual and physical abuse histories. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(4):363-372.
  16. **Liberty HJ, Johnson BD, Jainchill N, Ryder J, Messina M:** Dynamic recovery: comparative study of therapeutic communities in homeless shelters for men. *J Subst Abuse Treat* 1998;15(5):401-423.
  17. **De León G, Sacks S, Staines G, McKendrick K:** Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: emerging subtypes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25(3):495-515.
  18. **Leal D, Galanter M, Dermatis H:** Correlates of protracted homelessness in a sample of dually diagnosed psychiatric inpatients. *J Subst Abuse Treat* 1999;16(2):143-147.
  19. **Huser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD:** A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(5):503-508.
  20. **Newcomb MD:** Identifying high risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 156. *Clin Assess Ther Interv* 1995;7-38.
  21. **Auchenbach TM, McConaughy SH:** *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: practical applications.* Newbury Park, Sage, 1991:18-21.
  22. **Gabel S, Stallings MC, Young SE, Schmitz S:** Family variables in substance-misusing male adolescents: the importance of maternal disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24(1):61-84.
  23. **Glantz M, Sloboda Z:** Analysis and reconceptualization of resilience. En: Glantz M, Johnson J (eds.): *Resiliency and development: positive life adaptations.* Nueva York, Plenum Press, 1998.
  24. **Newcomb MD:** Psychosocial predictors and consequences of drug use: a development perspective within a prospective study. *J Addict Dis* 1997;16:57-89.
  25. **Johnson V, Labouvie EW:** A central mechanism in the development of drug dependence. En: Glantz M, Pickens R (eds.): *Vulnerability to drug abuse.* Washington, American Psychology Association, 1992.
  26. **Schukit MA:** A 10 year study of sons of alcoholics: preliminary results. *Alcohol Alcohol* 1999;suppl 1:147-149.
  27. **Nestler EJ:** Molecular basis of addiction states. *Neuroscientist* 1995;1:212-220.
  28. **Nestler EJ:** Molecular neurobiology of drug addiction. *Neuroscientist* 1994;11:77-87.
  29. **Cadoret RJ, Troughton E, O'Gorman TW:** An adoption study of genetic and environmental factors in drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:1131-1136.
  30. **Goodwin DW, Schlusinger F, Moller W:** Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Arch General Psychiatry* 1974;31:164-169.
  31. **Cloninger CR, Bohman MC, Sigvardsson S:** Psychopathology in adopted out children of alcoholics. *Stockholm Adoption Study Recent Dev Alcohol* 1985;3:37-50.
  32. **Kendler KS, Prescott CA:** Genetic and environmental risk factors for cannabis use, abuse, dependence: a study of female twins. *Am J Psychiatry* 1998;155:1016-1022.
  33. **Merikangas KR, Avenevoli S:** Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addict Behav* 2000;6:807-820.
  34. **Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D:** Age of alcoholism onset. I. Relationship to psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:225-230.
  35. **Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D:** Age of onset of alcoholism: II. Relationship to susceptibility of serotonin precursor availability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:231-236.
  36. **Engqvist U, Rydelius PA:** What happens with child and adolescent psychiatric patients? Cooperation between pediatrics and psychiatry is required. *Lakartidningen* 2000;97(23):2856-2861.
  37. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):23-27.
  38. **Souza y Machorro M:** Atención primaria a la salud y aspectos preventivos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1989, junio;32(3):81-124.
  39. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3):15-26.
  40. **Baumrind D:** Familial antecedents of adolescent drug use: a developmental perspective. En: Jones CL, Battjes RJ (eds.): *NIDA Research Monographs*, 1983:13-44.
  41. **Bennett EM, Kempfer KJ:** Is abuse during childhood a risk factor for developing substance abuse problems as an adult? *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:426-429.
  42. **Brent DA, Perper JA, Allman CJ:** Alcohol, firearms, and suicide among youth. *JAMA* 1987;257:3369-3372.
  43. **Brook JS, Linkoff IF:** Initiation into adolescent marijuana use. *J Gen Psychiatry* 1980;137:133-142.
  44. **Chilcoat HD, Anthony JC:** Impact of parent monitoring on initiation of drug use through later childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:91-100.

45. **Duncan TE, Biglan A, Ary DV:** Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug Alcohol Depend* 1998;50:57-71.
46. **Johnson JL, Leff M:** Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics* 1999;103:1085-1099.
47. **Kandel DB, Kessler R, Margulies J:** Antecedents of adolescent initiation into stages of drug abuse. *J Youth Adolesc* 1978;7:13-40.
48. **Molina BSB, Chassin L et al.:** A comparison of mechanisms underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *J Stud Alcohol* 1994;55:269-275.
49. **Reilly PM:** Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. *Fam Ther* 1979;11:149-171.
50. **Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM:** General and specific childhood factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:223-231.
51. **Pickrel SG, Henggler SW:** Multisystemic therapy for adolescent substance abuse and dependence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996;5:201-211.
52. **Liddle HA, Dakof GA:** Efficacy of family therapy for drug use: promising but not definitive. *J Marital Fam Ther* 1995;21:511-543.
53. **Azrin NH, Donohue B, Besale VA:** Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. *J Child Adolesc Subst Abuse* 1994;3:1-16.
54. **Westreich L:** Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento: lo que puede hacer una familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2000;2(1):58-60.
55. **Bauman KE, Ennett S:** Peer influence on adolescent drug use. *Am Psychol* 1994;49:820-822.
56. **Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R:** Effects of "preparing for the drug free years" on parenting behavior and family interactions. *J Community Psychol* 1997;25:385.
57. **Spoth R, Redmond C, Shin C:** Direct and indirect latent variable parenting outcomes of two universal family-focused prevention programs: extending a public health oriented research base. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:385-399.
58. **Clark DB, Kirisci, Tarter RE:** Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug Alcohol Depend* 1998;49:115-121.
59. **DeWitt DJ, Adlaf EM, Offord DR:** Age of first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:745-750.
60. **Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K:** Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 1992;53:447-457.
61. **Hasin PS, Grant BF, Endicott J:** The natural history of alcohol abuse: implications for definition of alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:1537-1541.
62. **Donovan JE, Jessor R:** Problem drinking and the dimension of involvement with: a Gultman scalogram analysis of adolescent drug use. *Am J Public Health* 1983;73:543-552.
63. **Cloninger CR:** Neurogenetic adoptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.
64. **Babor TF, Hoffman M, Del Boca FK:** Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived topology based on indicators of vulnerability and solvent. *Arch Gen Psychiatry* 1992;47:599-608.
65. **Zucker RA:** Pathways to alcohol problems and alcoholism: a developmental account of the evidence for multiple alcoholisms and for contextual contributions to risk. En: Zucker RA, Howard J, Boyd GM (eds.): *The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk*. Rockville, NIAAA, 1994:255-289.
66. **Guisa CV, Díaz-Barriga SL, Sánchez HR, Souza y Machorro M:** *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. México, CIJ, 1997.
67. **Whitmore EA, Milulick SK, Thompson LL:** Influences on adolescent substance dependence, conduct disorders, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:87-97.
68. **Dakof GA:** Understanding gender differences in adolescent drug abuse: issues of comorbidity and family functioning. *J Psychoactive Drugs* 1999;32:25-32.
69. **Riggs PD:** Depression in substance-dependent delinquents. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:764-771.
70. **Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE:** Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of international consortium in psychiatric epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:893-907.
71. **Essau CA, Conradt J, Peterman F:** Frequency and comorbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37:831-843.
72. **Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD:** The relationship between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:685-695.
73. **Swan N:** *Early childhood behavior and temperament predict later substance abuse*. National Institute on Drug Abuse Notes, 1995;10:1-6.
74. **Nelson EC, Grant KK, Bucholz A:** Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: comorbidity and associated suicidal related symptoms. *Psychol Med* 2000;30:797-804.
75. **Giaconia RM, Reinherz HZ, Carmola A:** Comorbidity of substance use and post traumatic stress disorder in a community sample of adolescents. *J Orthopsychiatry* 2000;70:253-262.
76. **Hussey DL, Singer M:** Psychological distress, problem behaviors, and family functioning of sexually abused adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;32:954-961.
77. **Singer MI, Pitchers MK, Hussey D:** The relationship between sexual abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse Negl* 1989;13:319-325.
78. **Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS:** The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year old prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:546-557.
79. **Disney ER, Elkins LJ, McGue M:** Effects of ADHD, conduct disorder and gender on substance use abuse in adolescents. *Am J Psychobiol* 1997;156:1515-1521.
80. **Wilens T, Biederman J, Spencer T:** Attention deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Clin North Am* 1996;5:73-91.
81. **Biederman J et al.:** Pharmacotherapy of ADHD reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999;104:e20.
82. **Barragán E:** *El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones*. Novartis, 2001: 117-158.

83. **Myers MG, Stewart DG, Brown SA:** Progression of conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry* 1998;155:479-485.
84. **Randall J, Henggler SW, Pickerel SG:** Psychiatric comorbidity and the 16 month trajectory of substance abusing and substance dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1118-1124.
85. **Rao U, Ryan N, Dahl DE:** Factors associated with the development of substance use disorders in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1109-1117.
86. **Giancola PR, Mezzich AC:** Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61:809-817.
87. **Bulik C, Sullivan P:** Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992;11:213-225.
88. **Bulik CM, Sullivan P, McKee M:** Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283.
89. **Shaffi M, Steltz-Linarsky J, Derrick AM:** Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:227-233.
90. **Brent JA, Perper JA, Moritz G:** Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:521-529.
91. **Bukstein OG, Brent DA, Perper JA:** Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case control study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:403-408.
92. **Kullgren G, Tengstrom A, Grann M:** Suicide among personality-disordered offenders: a follow-up study of 1943 male criminal offenders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1998;33 (Suppl 1):S102-S106.
93. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Comprehensive textbook of psychiatry VII*. William and Wilkins, 1999.
94. **Riggs P, Leon SL, Mikulich S:** An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance abuse disorders and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1271-1278.
95. **Riggs P, Thompson L, Mikulich S:** An open trial of pemoline in drug-dependent delinquents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1018-1024.
96. **Upadhyaya HP, Brady KT:** Venlafaxine treatment of patients with comorbid alcohol/cocaine abuse and attention deficit/hyperactivity disorder. A pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:116-117.
97. **Geller B, Cooper TB, Sein K:** Double blind and placebo controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:171-178.
98. **Baldessarini RT, Tondo L, Hennen J:** Treating suicidal patients with bipolar disorder: reducing suicide risk with lithium. *Ann NY Acad Sci* 2001;932:24-28.
99. **Riggs P, Mikulich S:** Fluoxetine in drug-dependent delinquents with major depression: an open trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997;7:87-95.
100. **Wold M, Kaminer Y:** Naltrexone for alcohol abuse. *J Child Adolesc Psychiatry* 1997;30:6-7.
101. **Monti PM, Colby SM, Barnett NP:** Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.
102. **Lynam DR, Milich R, Zimmerman R, Novak SP:** Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:590-593.
103. **Hansen WB:** *Prevention programs: what are the critical factors that spell success?* Presentado en la National Conference on Drug Prevention Research: Presentations, Papers, and Recommendations, Plenary Session 3. National Institute of Drug Abuse, 1996.
104. **Hansen WB, Johnson CA, Flay BR:** Affective and social influence approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from Project SMART. *Prev Med* 1988;17:1-20.
105. **Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L:** Long term follow up of randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. *JAMA* 1995;273:1106-1112.
106. **Souza y Machorro M:** *Aspectos psicodinámicos del recidivismo de la violencia sexual y los agresores sexuales. Generalidades para su manejo*. Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis A. C., 1977-1999, 1999:67-70.
107. Bureau of Justice Statistics: *Criminal victimization in the U. S., 1991*. Washington, BJS, 1992.
108. **Souza y Machorro M:** *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México, Trillas, 2000.
109. **Souza y Machorro M, Rochín GG:** Violencia sexual: revictimación, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):28-33.
110. **Poe-Yamagata EP, Butts JA:** *Female offenders in the juvenile justice system: statistics summary*. Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1996.
111. Federal Bureau of Investigation: *Supplementary homicide reports 1976-1991*. 1993.
112. Federal Bureau of Investigation: *Age-specific arrest rates and races specific arrest rates for selected offenses, 1965-1992*. Washington, Government Printing Office, 1994.
113. **Snyder HN, Sickmund M:** *Juvenile offenders and victims: A national report*. Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995:49-67.
114. **Robins LN, Ratcliff KS:** Childhood conduct disorders and later arrest. En: Robins LN, Clayton PJ, Wing JK (eds.): *The social consequences of psychiatric illness*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1980:248-263.
115. **Wolfgang M, Figlio R, Sellin T:** *Delinquency in a birth cohort*. Chicago, University of Chicago Press, 1972.
116. **Elliott D:** *U. S. National Youth Survey*. Wave V, 1980. University of Colorado, Behavioral Research Institute, 1988. Ann Arbor, Inter-University Consortium for Political and Social Research, 1994.
117. **Farrington D:** Childhood aggression and adult violence. En: Pepler D, Rubin KH (eds.): *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, Erlbaum, 1991.
118. **Spaccarelli S, Coatsworth JD, Bowden BS:** Exposure to serious family violence among incarcerated boys: its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence Vict* 1995;10:163-181.
119. **Cellini HR:** Understanding violent juvenile offenders. Presentado en el National Violence Prevention Conference Program, Des Moines, 1995:8.



120. **West DJ, Farrington DP:** *Who becomes delinquent?* Londres, Heinemann, 1977.
121. **Browne R, Sloan D, Fahy S, Keating S, Moran C et al.:** Detection of benzodiazepine abuse in opiate addicts. *Ir Med J* 1998;91(1):18-19.
122. **Glaser JB, Schachter J, Benes S, Cummings M:** Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. *J Infect Dis* 1991;164(4):726-730.
123. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
124. **Richens J:** Sexually transmitted diseases in children in developing countries. *Genitourin Med* 1994;70(4):278-283.
125. **Hockelman RA:** Sexually transmitted diseases in pediatric practice. *Pediatr Ann* 1994;23(7):329-230.
126. **Faden RR, Kass NE, Xue X:** Violence in the childbearing year. *Soc Sci Med* 1995;43(3):546-549.
127. **Lee YK, Tang CS:** Evaluation of a sexual abuse prevention program for female Chinese adolescents with mild mental retardation. *Am J Ment Retard* 1998;103(2):105-116.
128. **Paavonen J:** General sexually transmitted diseases. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1991;3(5):715-724.
129. **Kallan JE:** Drug abuse, related mortality in the US patterns and correlates. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24(1):103-117.
130. **O'Farrell TJ, Murphy CM:** Marital violence before and after alcoholism treatment. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(2):256-262.
131. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change: applications to addictive behavior. *Am Psychologist* 1992;47:1102-1114.
132. **Kendler KS, Karkowski LM, Neale MC, Prescott CA:** Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):261-269.
133. Centers for Disease Control and Prevention: Weapon-carrying among high school students. United States, 1990. *MMWR* 1991;40:681-684.
134. **Sheley J, McGee Z et al.:** Gun-related violence in and around inner-city schools. *Am J Dis Child* 1992;146:677-682.
135. **Snyder HN, Finnegan TA:** *Easy access to the FBI's supplementary homicide reports: 1980-1995*. Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1997.
136. **Sheley JF, Wright JD:** Motivations for gun possession and carrying among serious juvenile offenders. *Behav Sci Law* 1993;11:389-396.
137. **Ash P, Kellermann AL et al.:** Gun acquisition and use by juvenile offenders. *JAMA* 1996;275:1754-1758.
138. Centers for Disease Control and Prevention: Youth risk behavior surveillance: U. S. *MMWR* 1995;44:1-34.
139. **Attar BK, Guerra NG:** The effects of cumulative violence exposure on children living in urban neighborhoods. Presentado en la American Psychological Society Convention, Washington, 1994.
140. **Chance R:** *Judges Technical Assistance Manual Series*. Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1991:15.
141. Nawojczyk S: *Street gang dynamics*. North Little Rock, The Nawojczyk Group, 1998.
142. **Eppright TD, Kashani JH, Robison BD:** Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated juvenile population. *Am J Psychiatry* 1993;150:1233-1236.
143. **O'Shaughnessy RJ:** Clinical aspects of forensic assessment of juvenile offenders. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:721-735.
144. **Moffitt TE, Silva P:** Neuropsychological deficit and self-reported delinquency in an unselected birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:233-240.
145. **Satterfield J, Hoppe C, Schell A:** A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention-deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiatry* 1982;139:795-798.
146. **Satterfield JH, Schell A:** A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1726-1735.
147. **Steiner H, García IG, Matthews Z:** Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:357-373.
148. **Cooley-Quille MR, Turner SM, Beidel DC:** Emotional impact of children's exposure to community violence: a preliminary study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1362-1368.
149. **Dawkins MP:** Drug use and violent crime among adolescents. *Adolescence* 1997;32:395-405.
150. **King GR, Ellinwood EH:** Amphetamines and other stimulants. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (eds.): *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997:207-210.
151. **Schwartz RH:** LSD: its rise, fall, and renewed popularity among high school students. *Pediatr Clin North Am* 1995;42:403-413.
152. **Zukin SR, Sloboda Z, Javitt DC:** Phencyclidine (PCP). En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (eds.): *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997:238-246.
153. **Johnston L, Malley PM, Bachman JG:** *National survey results of drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1994*. National Institute on Drug Abuse Publication No. 95-4026, 1995.
154. **Sharp CW, Rosenberg NL:** Inhalants. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (eds.): *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997:246-250.
155. National Institute of Justice: *Drug use forecasting: 1993 Annual Report on Juvenile Arrestees/Detainees: research in Brief*. Washington, NIJ, 1994.
156. Bureau of Justice Statistics: *Survey of youth in custody, 1987: special report*. Washington, BJS, 1988.
157. **Altschuler D, Brounstein P:** Patterns of drug use, drug trafficking, and other delinquency among inner-city adolescent males in Washington, DC. *Criminology* 1991;29:589-622.
158. **Lewis DO:** Neuropsychiatric vulnerabilities and violent juvenile delinquency. *Psychiatr Clin North Am* 1983;6:707-714.
159. **Lewis DO, Balla D:** *Delinquency and psychopathology*. Nueva York, Grune & Stratton, 1976.
160. **Lewis DO, Moy E, Jackson LD, Aaronson R:** Biopsychosocial characteristics of children who later murder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1985;142:1161-1166.
161. **Lewis DO, Pincus JH, Shanok SS:** Psychomotor epilepsy and violence in a group of incarcerated adolescent boys. *Am J Psychiatry* 1982;139:882-227.

162. **Lewis DO, Shanok SS, Pincus JH:** Violent juvenile delinquents: psychiatric, neurological psychological & abuse factors. *J Am Acad Child Psychiatry* 1979;18:307-319.
163. **McMannus M, Alessi N, Grapefine W:** Psychiatric disturbance in serious delinquents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:602-615.
164. **McMannus M, Brickman A, Alessi N:** Neurological dysfunction in serious delinquents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:481-486.
165. **Cornell DG, Benedek EP, Benedek DM:** Juvenile homicide: prior adjustment and a proposed typology. *Am J Orthopsychiatry* 1987;57:383-393.
166. **Myers WC, Scott K, Burgess AW:** Psychopathology, biopsychosocial factors, crime characteristics, and classification of 25 homicidal youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1483-1489.
167. **Fehrenback PA, Smith W, Monastersky C:** Adolescent sexual offenders: offenders and offense characteristics. *Am J Orthopsychiatry* 1986;56:225-233.
168. **Finkelhor D:** Keynote address. Presentado en el International Congress on Child abuse and Neglect, Dublín, 1996.
169. **Davis GE, Lettenberg H:** Adolescent sex offenders. *Psychol Bull* 1987;101:417-427.
170. **Ryan G:** Sexually abusive youth—defining the population. En: Ryan G, Lane S (eds.): *Juveniles sexual offending—causes, consequences and correction*. San Francisco, Jossey-Bass, 1997:6-175.
171. **Ressler RK, Burgess AW, Douglas JE:** *Sexual homicide: patterns and motives*. Nueva York, Lexington Books, 1988: xiii,43-123.
172. **Rubinstein M, Yeager CA et al.:** Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *Am J Psychiatry* 1993;150: 262-265.
173. **Myers WC, Blashfield R:** Psychopathology and personality in juvenile sexual homicide offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:487-508.
174. **Lane S:** Assessment of sexually abusive youth. En: Ryan G, Lane S (eds.): *Juvenile sexual offending—causes, consequences and correction*. San Francisco, Jossey-Bass, 1997:219-231.
175. **Kellerman A, Mercy J:** Men, women and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization. *J Trauma* 1997;33:1-5.
176. **Busch KG, Zagar R, Hughes JR:** Adolescents who kill. *J Clin Psychol* 1990;46:472.
177. **Zenoff E, Zients A:** Juvenile murderers: should the punishment fit the crime? *Int J Law Psychiat* 1979;2:533-553.
178. **Rowley JC, Ewing CP, Singer SI:** Juvenile homicide: the need for an interdisciplinary approach. *Behav Sci Law* 1987; 5:1-10.
179. **Guerra NG, Tolan P, Hammond R:** Prevention and treatment of adolescent violence. En: Eron LD, Gentry JH, Schlegel P (eds.): *Reason to hope: a psychosocial perspective on violence and youth*. Washington, American Psychological Association, 1994:383-404.
180. **Henggeler SW:** *Delinquency in adolescence*. Newbury Park, Sage, 1989.
181. **Guerra NG, Slaby RG:** Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 2. Intervention. *Dev Psychol* 1990;26:269-277.
182. **Tate DC, Reppucci ND, Mulvey EP:** Violent juvenile delinquents: treatment effectiveness and implications for future action. *Am Psychol* 1995;50:777-781.
183. **Henggeler SW, Melton GB, Smith LA:** Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:953-961.
184. **Borduin CM, Mann BJ, Cone L:** Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:569-578.
185. **Campbell M, Cueva JE:** Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1262-1272.
186. **Campbell M, Cohen I, Small A:** Drugs in aggressive behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1982;21:107-117.
187. **Campbell M, Small A, Green W:** Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate. *Arch Gen Psych* 1984;41: 650-656.
188. **Cueva JE, Overall JE, Small AM:** Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:480-490.
189. **Kafantaris V, Campbell M, Padrón-Gayol MV:** Carbamazepine in hospitalized aggressive conduct disorder children: An open pilot study. *Psychopharmacol Bull* 1992;28:193-199.



## TDA/H y adicciones

El trastorno por déficit de atención, que en algunos casos se manifiesta con hiperactividad (en lo sucesivo TDA/H), es una alteración del comportamiento considerada en los últimos decenios, y es más frecuente que aparezca en EUA que en otras regiones del mundo.<sup>1,2</sup> Sin embargo, tal impresión, reforzada por el fundamento psicosocial y socioambiental del trastorno, es hoy en día irreal, pues si bien puede admitir mayor prevalencia bajo los criterios del DSM-IV,<sup>3</sup> prevalece en forma semejante en distintos países, en 1 de cada 20 infantes y en proporción de 3 niños por cada 4 niñas,<sup>1,2</sup> lo que resulta de suma importancia para la asistencia social psiquiátrica infantil.<sup>2</sup>

Y pese a su amplia distribución mundial, no es reconocido pronta ni adecuadamente por la comunidad médica, debido a distintos errores e interpretaciones de apreciación.<sup>1,2</sup> De ahí, por ejemplo, que la concomitancia clínica de ciertos problemas sociales y del comportamiento relacionados con TDA/H, como la sintomatología obsesivo-compulsiva y la severidad de los tics en niños con síndrome de Gilles de La Tourette, establezca que la severidad de la obsesión-compulsión sea independiente de los tics, por lo que no es posible afirmar la existencia de una correlación entre la severidad sintomática de una y otra alteración; sin embargo, la coexistencia de ambas se convierte en un factor predictor de problemas asociados al comportamiento y sociales.<sup>3</sup> Se trata de un trastorno congénito de inicio precoz, a menudo de etiología genética, neurológica y sociofamiliar,<sup>3,4</sup> modificable, por lo tanto, vía experiencias vitales.<sup>5</sup>

Una gran variedad de etiologías, circunstancias ambientales, procesos del desarrollo y trastornos psiquiátricos se deben probablemente a los efectos genéticos y comórbidos de la entidad neuropsiquiátrica, caracterís-

ticas somáticas, afectivas y cognitivas, o a una vasta gama de factores sociofamiliares.<sup>7</sup> Y como casi todos los casos de TDA/H son comórbidos, haría falta, lógicamente, poder contar con estudios más detallados sobre el trastorno “puro”,<sup>7</sup> para que, una vez eliminados los casos infantiles que presentan otros trastornos —de aprendizaje, disocial, del estado de ánimo, de ansiedad, La Tourette, etc.—, se inquiriera sobre la existencia real del TDA/H en forma “pura”.<sup>6,7</sup> Entre tanto, se infiere que es incorrecto afirmar que a sus portadores —sin distinción— deba prescribírseles. Antes de ello hay que proceder a la valoración completa de los casos y descartar los diagnósticos psiquiátricos factibles (cuadro 8-1). Además, los tratamientos con estimulantes no son acogidos en ciertos sectores poblacionales, y sus objeciones, basadas en temores acerca de su posible abuso —aunque exagerados y distorsionados—, tienen una base real. Las anfetaminas y el metilfenidato, por ejemplo, son sustancias de cierto peligro —como prácticamente cualquier otra— cuando se usan mal o se abusa de ellas.<sup>7,8</sup> Estudios longitudinales sobre el tema refieren que muchos de tales pacientes muestran psicopatología significativa al llegar a la adultez, contradiciendo la opinión social respecto de que el trastorno es un “proceso benigno y autolimitado que tiende a desaparecer sin dejar huella”. A consecuencia de ello, los especialistas involucrados dirigen sus esfuerzos en apoyo de la meta de que su farmacoterapia conduzca a la mejoría del rendimiento escolar y sociofamiliar. Y aunque la terapéutica multimodal constituye la regla para su tratamiento integral, el método es cuestionado porque la adición del tratamiento psicosocial no aporta los beneficios deseables obtenibles en otras patologías. De modo que la ventaja de la intervención precoz debe revisarse en

**Cuadro 8-1. TDA/H: características diagnósticas DSM-IV-TR**

- 
- A.** Patrón persistente de desatención o hiperactividad-impulsividad (o ambas), que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.
- A1a.** Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados por este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles, o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos.
- A1b.** El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla
- A1c.** A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo
- A1d.** Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a la otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes
- A1e.** Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades
- A1f.** Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos, o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (tareas domésticas o tareas de papel y lápiz)
- A1g.** Esta evitación debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados, y los materiales necesarios para realizar una tarea suelen estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados
- A1h.** Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problema por los demás (el ruido de un automóvil, una conversación lejana)
- A1i.** Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo)
- A2a.** En situaciones sociales, los déficit de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades
- A2b.** La hiperactividad puede manifestarse estando inquieto o retorciéndose en el asiento, no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así
- A2c.** Por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo
- A2d.** Experimentando dificultades para jugar o para dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- A2e.** Aparentando estar a menudo “en marcha” o como si “tuviera un motor”
- A2f.** Hablando en exceso
- A2g.** La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños. Los niños pequeños y los preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (para escuchar un cuento). Los niños en edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Arrastran objetos, dan palmadas y mueven los pies o piernas en exceso. A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas. La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas
- A2h.** Dificultad para esperar un turno e interrumpir o interferir frecuentemente con otros hasta el punto de provocar:
- A2i.** Problemas en situaciones sociales, académicas o laborales
- A. Los sujetos portadores típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás en exceso, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no debieran, hacen payasadas. La impulsividad puede dar lugar a accidentes (golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (patinar en un terreno abrupto). Las manifestaciones del comportamiento suelen producirse en múltiples contextos, incluyendo hogar, escuela, trabajo y las situaciones sociales
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años
-

**Cuadro 8-1. TDA/H: características diagnósticas DSM-IV-TR (continuación)**

- C. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (en casa y la escuela o el trabajo)
- D. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo
- E. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

American Psychiatric Association: *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.

sentido técnico, especialmente a propósito del consumo asociado de psicotrópicos. Existe en la literatura evidencia que vincula el TDA/H y el trastorno por consumo de sustancias (TCS).<sup>6,7</sup> Las poblaciones infantojuveniles con TDA/H e incluso los portadores de trastorno afectivo bipolar (TAB) se encuentran estadísticamente en más alto riesgo de ser abusadores o adictos, o ambos.<sup>\*6-8</sup>

La comorbilidad del TDA/H parece conferir un factor de riesgo intermedio para TCS que tiende a manifestarse en jóvenes y adultos, ligado tanto a aspectos genéticos o familiares como a la automedicación,<sup>7,8</sup> que influyen en el origen y la continuación del trastorno adictivo.<sup>9,10</sup> No obstante que se carece de momento de datos sistemáticos al respecto, la combinación TDA/H-TCS requiere una intervención terapéutica formal en la que hay que agregar propositivamente a la farmacoterapia aspectos de responsabilidad en el cumplimiento de metas, en particular respecto de las potenciales interacciones con otros medicamentos, y el mantenimiento de una adecuada relación terapéutica, dado que la comorbilidad y su común e inadecuado manejo, como en el caso de TDA/H-TAB, representan un alto riesgo para contraer trastornos adictivos;<sup>7</sup> esta condición debe explorarse aún más para precisar los mecanismos responsables de su aparición, así como de su eventual bloqueo preventivo-terapéutico.<sup>7,9</sup> El TDA/H se caracteriza clínicamente por afectar de modo negativo el funcionamiento del hogar, escuela o trabajo, no siendo posible aceptar su diagnóstico si ocurre en un solo ambiente: se requieren al menos dos de ellos.<sup>3</sup> Se observan periodos cortos e inapropiados de la atención, hiperactividad e impulsividad que suelen aparecer antes de los siete años de edad, y deben permanecer por lo menos seis meses.

El TDA/H no obedece a una única causa como factores ambientales (como ruptura de equilibrio del sistema familiar, escolar, desarrollo de ansiedad) o clínicos (como exposiciones prenatales a tóxicos, prematuridad, etc.), y su cuadro clínico se divide en tres subtipos:

1. Con predominio de déficit de atención y poca o nada de hiperactividad o impulsividad.
2. Con predominio hiperactivo-impulsivo.
3. Combinado.<sup>3</sup>

Las características de la inatención se patentizan en la dificultad para organizar el trabajo; sensación de que el portador no escucha las instrucciones; no tiene paciencia para esperar su turno; se distrae fácilmente; habla demasiado en clase; no puede terminar lo que se le solicita; no tolera el mismo tiempo de actividad que los demás, aunque sólo sea un juego, y comete errores por ser descuidado o impulsivo. En consecuencia, el diagnóstico debe realizarse a partir de una visión tetrapartita: biológica, psicológica, conductual y ambiental de la situación.<sup>1,3,4</sup> Derivado de ello, se debe considerar que su síntoma no nuclear o asociado, la hiperactividad, ha de estudiarse desde la historia prenatal, considerando todo el desarrollo y no sólo sus aspectos motores. La exploración clínica debe abarcar la excesiva demanda hacia los adultos y reseñar con detalle la explosividad, irritabilidad e inestabilidad emocional. Asimismo, es recomendable incluir la exploración de la inatención a los requerimientos de los adultos y la extraordinaria sensibilidad a los estímulos desde los primeros instantes de vida; suele tratarse de bebés que se asustan con el ruido, la luz, cambios ambientales, etc., que duermen poco, lloran mucho y se muestran muy activos desde la cuna (cuadros 8-2 y 8-3).

Importa también evaluar la testarudez y la obstinación: tendencia a culpar a otros de sus propios actos; sentimiento de una baja autoestima a pesar de la apariencia de dureza y seguridad que demuestran —que suele distanciar a padres, maestros y demás personas en torno de ellos— y escasa tolerancia a la frustración, con respuestas agresivas. De igual forma, es importante destacar que la reacción familiar ayuda o empeora la relación con el niño-joven. Por otra parte, es descollante el

\* *Simposio Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Asociación de Especialistas en Salud Mental del IMSS, ESAME. Congreso Regional Vicepresidencia Centro "Psiquiatría: ciencia y compromisos". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., 29 de oct. - 1º de noviembre de 2004, Ixtapa, Zihuatanejo, Gro. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz Barriga SL: TDA/H y su comorbilidad adictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(3): 227-244.

### **Cuadro 8-2. Áreas cerebrales y la fisiología de la atención**

Corteza prefrontal  
Corteza parietal  
Circunvolución del cíngulo  
Estructuras límbicas: amígdala e hipocampo  
Ganglios basales  
Tálamo  
Formación reticular

Modificado de: Popper CH, West SA: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Vol. I; 3ª ed. Cap. 23: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. The American Psychiatric Press, 2002.

realizar siempre un apropiado diagnóstico diferencial con apoyo de la imagenología (resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, etc.). Y aunque ésta no es específica para su diagnosis, suele mostrar, no obstante, anomalías significativas, consistentes en disminución del volumen del área prefrontal motora del hemisferio derecho y otros núcleos subcorticales, además de ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.<sup>5,7</sup>

De igual forma, debe revisarse la coordinación visomotora; la dificultad de copiar figuras propias para su edad; la dificultad en la ejecución de movimientos alternos rápidos —disdiadococinesis—; la asimetría en los reflejos osteotendinosos y la confusión discriminativa de la función de coordinación derecha-izquierda. Debido a ello, el TDA/H implica por lo menos dos grupos de riesgos:

1. La existencia de diferentes niveles de gravedad por considerar.
2. El empeoramiento que ocurre cuando los niños-jóvenes no son tratados ni temprana ni adecuadamente, lo cual acentúa la sintomatología y sus complicaciones, que repercuten a su vez en una mayor inadaptación escolar, problemas de conducta y deterioro del autoconcepto que producen entre sí distintos grados de ansiedad y depresión.<sup>1,6,7</sup>

Si el problema se detecta en los primeros años de vida y el niño recibe la atención adecuada, se evitará, por lo menos en parte, la retahíla de accidentes a que se ven sometidos estos pacientes debido a lo disruptivo e involuntario de su comportamiento.<sup>5,7-10</sup> Es importante, por lo tanto, tratar la ansiedad y la depresión comórbidas, aunque cabe aclarar que una pequeña porción de pacientes pueden no presentar trastornos adicionales. Y de modo paralelo, se remarca el hecho de que los niños-jó-

venes tratados con psicofármacos, al mejorar de modo inmediato hacen pensar erróneamente que la causa del trastorno era pasajera y que por fin se ha resuelto.

Por eso, de llegar el paciente a la adolescencia sin haberse diagnosticado, se recomienda que se analicen los frecuentes fracasos y cambios de trabajo, considerando especialmente asuntos como cuando se implican grandes responsabilidades o demasiadas situaciones de cambio; se requiere rapidez de procesamiento y trabajo muy detallista; se le promueve a un cargo que requiere tomar previsiones múltiples; se observa la falta de una relación estable; su capacidad de escuchar se ve restringida; se aprecia hipersensibilidad a la crítica; existe falta de tacto en la relación con el otro, con excesiva franqueza; aparece la tendencia al monólogo y hay excesiva interrupción; predomina la búsqueda compulsiva de estimulación (aventuras riesgosas, deportes extremos, riesgos graves e innecesarios, etc.) y tendencia al consumo de psicotrópicos; se muestra baja tolerancia a la frustración y pobre autodisciplina, reflejada en la tendencia a culpar a otros de sus propios actos; existe un exceso de proyectos simultáneos; cambios rápidos de intereses, falta de organización e inadecuado manejo del tiempo, o bien se muestran insensibles, no presentando sentimientos de culpa o remordimiento.<sup>6-10</sup> A menudo, la necesidad de llamar la atención de los pacientes puede reflejarse en actos de reto y desobediencia, aunque ello ocasione reiterados castigos.

Tal falta de control debe ser analizada muy bien al tipificarla como simple desobediencia, para evitar el reforzamiento inapropiado de las conductas. En personas inestables y con evidentes faltas de control, este error en la interpretación de ciertas conductas representa un importante efecto contrario a la meta terapéutica. Hay que recordar que la frustración, el enojo y la culpa siempre toman más tiempo en inactivarse que en instalarse.

En tal contexto, debe considerarse que el problema no es sólo del paciente, sino de sus familiares, y se recomienda que todos los participantes estén advertidos de esta patología para aportar acciones pertinentes, ya resolutivas o, por lo menos, destinadas a no agravar y sobrellevar el cuadro.<sup>11,12</sup> De igual modo, los participantes del equipo de salud deben dilucidar estos asuntos, posibilitar que el paciente reconozca su enfermedad y apoyarlo en el desarrollo de nuevos recursos. Ninguno de estos pacientes sin control inhibitorio, responsable de su tipificación sindrómica, lo es por su propia voluntad, aunque su presencia prediga el futuro desarrollo del trastorno<sup>8-10</sup> y de su posterior comorbilidad. De ahí que sea conveniente informar, con fines didácticos, que en relación con su pronóstico y complicaciones se creía hasta hace poco tiempo que el TDA/H dismi-

### Cuadro 8-3. Diagnóstico diferencial del TDA/H psiquiátrico

Trastorno de conducta	
Trastorno negativista desafiante	
Depresión mayor	
Ansiedad (situacional, evolutiva)	
Trastorno de ansiedad por separación	
Trastorno por estrés postraumático	
Trastorno por ansiedad	
Trastorno fóbico	
Trastornos disociativos	
Trastorno bipolar	
Esquizofrenia precoz	
Agitación psicótica	
Trastornos por consumo de sustancias (intoxicación o abstinencia)	
Conducta con búsqueda de atención o manipulativa	
<b>Psicosocial</b>	
Abuso físico o sexual	
Negligencia o abandono	
Aburrimiento-subestimación	
Sobreestimulación inadecuada	
Privación sociocultural	
<b>Médico</b>	
Trastornos tiroideos	
Agitación inducida por fármacos	
Estimulantes "recreativos"	
Estimulantes: seudoefedrina, barbitúricos, benzodiazepinas, carbamazepina, etc.	
Teofilina	
Problema grave prenatal o perinatal	
Lesión cerebral: traumatismo o infección	
Toxicidad posnatal (plúmbica u otras)	
Teratogenia por exposición a etanol	
Cocaína, humo de tabaco u otros	
<b>Dietético y otros</b>	
Exceso de cafeína y nicotina	
Hambre-desnutrición	
Estreñimiento	
Dolor ligero persistente	
Comportamiento disruptivo familiar	

Modificado de: Popper CH, West SA: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Vol. I. 3ª ed. Cap. 23: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. The American Psychiatric Press, 2002.

nuía al llegar la adolescencia, para desaparecer sin dejar huella en la adultez. Al respecto, se ha documentado que de 60 a 70% de quienes lo padecieron en su infancia lo mantendrán en la vida adulta.<sup>11,12</sup>

Y como el trastorno lógicamente deteriora la calidad de vida, se torna "caldo de cultivo" para el desarrollo de

comorbilidad afectiva o ansiosa, o ambas (ataques de pánico, ansiedad generalizada, etc.), entre otras, de entre las que destacan los síndromes adictivos de abuso y dependencia.<sup>7-9</sup> De hecho, vale la pena destacarlo así, ya que, dada su importancia, el deficiente control de impulsos favorece la automedicación,<sup>8</sup> base del consumo abusivo de psicotrópicos, y la dependencia, así como otras patologías relacionadas (juego patológico) y desórdenes de la personalidad (de tipo antisocial, fronteira, obsesiva, etc.) que afectan de manera sutil y sostenida la actividad cotidiana,<sup>3,10-13</sup> como los trastornos de la conducta sexual o del dormir, por sólo mencionar algunos. Se desprende lógicamente, de lo mencionado hasta aquí, que durante la etapa adulta estos pacientes, debido a que fueron expuestos a una retroalimentación negativa durante la niñez, corren mayor riesgo que los adultos sin TDA/H de asumir estilos de vida mal adaptados y riesgos proclives a favor de una deficiente adaptación psicosocioambiental.<sup>10,11</sup> Ahora, el hecho mismo de que el trastorno se extienda a la adolescencia o adultez dificulta aún más el diagnóstico, lo que resulta sorprendente si se toma en cuenta el alto porcentaje de pacientes (50%) en quienes el cuadro no mejora.<sup>7</sup> Diversos autores confirman que, en la práctica clínica, la descripción del DSM-IV en adultos es sencillamente inmanejable.<sup>3,7</sup> Su remisión, en alrededor de 60% de los casos, conlleva una disminución en la intensidad sintomática, mas no en su desaparición; es decir, el trastorno no tiene recuperación. De hecho, los problemas de la atención —núcleo de la patología— son precisamente los que menos mejoran. Y frente a esta contundente realidad, hay quien de modo paradójico asevera que el TDA/H es una "enfermedad de moda", tratando de negar o subestimar su existencia pese a haberse constatado el trastorno, que en población infantil alcanza hasta 9% y en adultos 5%,<sup>7,10</sup> y observado claramente sus repercusiones.

Por lo que toca a los problemas de concentración, éstos se caracterizan por distracción rápida, deficiente visión de conjunto, incapacidad de planear/organizar y para escuchar e iniciar varias tareas simultáneas, que terminan inconclusas en un marco de caos y olvidos.<sup>3</sup> La hiperactividad se evidencia ante la dificultad para permanecer sentado, siempre ocupado, con intranquilidad interior, discurso atropellado y movimiento corporal. A su vez, la impulsividad se caracteriza por impaciencia, interrumpir conversaciones, derrochar, apostar, mostrar cambios impetuosos de trabajo y relaciones.<sup>3,10,11</sup>

Es importante señalar que 77% de los pacientes exhiben comorbilidad, descrita en aproximadamente 30% con depresión, 30% con trastornos por ansiedad y de 20 a 45% con adicciones, y en otros porcentajes con tras-



tornos de la personalidad y otros.<sup>12</sup> A menudo, el motivo de consulta psiquiátrico suele ser algún problema laboral o de la relación interpersonal, financiero, causado por el juego u otro originado por la búsqueda constante de sensaciones intensas, obsesiones, cambios de humor, agresión, pérdida de control emocional y conducta antisocial. Casi todos los casos muestran problemas del dormir desde la niñez, caracterizados básicamente por una sobreactividad en las últimas horas; se acuestan muy tarde, duermen intranquilamente con movimiento, y tienen dificultad para levantarse. De ahí que algunos autores discutan la delimitación clínica entre trastorno límite de la personalidad y TDA/H,<sup>12,13</sup> pues los primeros exhiben impulsividad, cambios de humor y ataques de ira, mientras que los segundos denotan esencialmente hiperactividad, falta de concentración e impulsividad. Pero en ambos existe concordancia en la conducta antisocial. Y aunque es innegable la superposición sintomatológica, las casuísticas son tan escasas que no permiten aún extraer conclusiones. Una diferencia clara entre ambos es la patente falta de atención de los pacientes con TDA/H no observada en los limítrofes.<sup>12,13</sup>

Tal base conductual se vincula a otras patologías.<sup>9,10</sup> Por ejemplo, se ha demostrado que en pacientes estadounidenses, de 25 a 30% de los abusadores o adictos (o ambos) presentan TDA/H. De los adultos con este trastorno, 48% muestran consumo irrestricto de alcohol y 30% consumen algún otro tipo de droga,<sup>12,14,15</sup> cifras que parecen explicarse en parte a causa de la “automedicación” en la que han vivido y reinciden.<sup>8,16</sup>

El diagnóstico de TDA/H se basa en el juicio clínico de las características conductuales, rendimiento cognitivo y síntomas afectivos<sup>3,17,18</sup> por los cuales resulta difícil diferenciarlo de otros procesos semejantes, por lo que se considera un “diagnóstico por exclusión”.<sup>5,17-20</sup> En este sentido, se recomienda la aplicación de una historia clínica completa y detallada con el paciente, su pareja y un familiar de primer grado;<sup>21</sup> la información sobre el desarrollo del paciente facilita la comprensión y el manejo de la situación. Siempre que se pueda, se aconseja realizar una entrevista con la madre o compañera del paciente para obtener información sobre el desarrollo escolar, amén de una investigación *ad hoc*.<sup>8,21,22</sup> Debe establecerse el diagnóstico diferencial con distintos trastornos: por consumo de sustancias, limítrofe de la personalidad, afectivos, etc., concomitancias que es frecuente encontrar en estos pacientes, en vista de su comorbilidad habitual.<sup>14,24</sup>

Frente a casos regulares de TDA-H, el manejo se basa en la psicoeducación del paciente, la pareja y si se puede de la familia, para incluir como temas principales la historia natural de la enfermedad, la herencia y los

factores biológicos conocidos, las consecuencias del TDA/H, la importancia de la comorbilidad, el duelo y la aceptación de la enfermedad, las limitaciones del tratamiento y todos aquellos que sirvan para guiar al paciente y a sus familiares en otros múltiples asuntos.<sup>15,16,24</sup>

El uso de psicofármacos está ampliamente documentado.<sup>7</sup> La supervisión y asesoría individual dirigida a tareas comunes (planeación del tiempo, uso del dinero, educación de los hijos, apoyo en el trabajo, duelo y aceptación de la enfermedad, etc.) es de mucha utilidad. La terapia de pareja es muy recomendable, especialmente cuando existe patología familiar, pero en su inicio el manejo suele hacerse de forma individual. No debe olvidarse que la pareja normalmente está impactada por el trastorno y sus alcances, los cuales durarán muchos años. Las sesiones de pareja de carácter directivo priorizan la información acerca de la enfermedad, sobre el inventario de los problemas, con miras a recomendar y aplicar soluciones prácticas en apoyo de todo el sistema familiar. La creación de grupos de ayuda mutua ha probado algunos resultados favorables, primero porque ofrecen información —que debe ser veraz y congruente para ser útil— y a la vez porque pretenden facilitar la solución práctica de los problemas.<sup>10,15-17</sup>

En esa dirección, se habla de la existencia de varios tipos de intervención. El abordaje ambiental de la estimulación sensorial, por ejemplo, intenta reducir la sobreestimulación de fuentes externas, mantener un mejor control sobre la impulsividad y la agresividad, y asignar un mejor sentido de control, base de la autoestima. Con estas medidas se intenta modificar el medio familiar, laboral o escolar, para reducir estímulos y distracciones.<sup>7,25</sup> En otras dimensiones del tratamiento, diversas intervenciones psicosociales resultan útiles para apoyar al paciente y a sus familiares, y para aliviar algunos de los problemas que se asocian previsiblemente con el trastorno.<sup>6,7</sup> Por su parte, los métodos conductuales pueden ser tan efectivos como los estimulantes para modificar la conducta en las aulas, pero la generalización más allá del contexto terapéutico a menudo resulta limitada. De hecho, la terapéutica cognoscitivo-conductual se emplea para enseñar estrategias de resolución de problemas, autorregistro, mediación verbal (con ayuda del lenguaje interno) por autoaprobación, autoinstrucción, y valoración de errores en vez de minimizarlos. El manejo grupal puede ser útil para quienes precisen de un entrenamiento particular en habilidades sociales.<sup>7</sup>

De modo complementario se plantea la llamada terapéutica nutricional, que tiene una historia poco clara, basada esencialmente en una serie de “curaciones demasiado espectaculares” para ser ciertas y el empleo de “nuevos” tratamientos durante años. Este abordaje ha

hecho que los padres de los pacientes, quizá frustrados por los métodos conductuales y asustados por los “fármacos para la mente”, a menudo se muestren interesados en oír las opiniones de quienes plantean tratamientos alternativos de tipo nutricional, especialmente aquéllos siempre novedosos y no demostrados aún. Algunos de tales familiares, en su contradicción, parece que desean aceptar que su hijo tiene un indudable “problema físico”, pero claramente se inclinan a evitar reconocer que se trata de un “trastorno médico”.

La ignorancia y el sentimiento de culpa, la ansiedad y la afectación del talante por vivir un problema crónico y sin solución contribuyen a que florezca un tipo de esperanza comprensible, pero basada en el pensamiento mágico. Por otra parte, sorprende asimismo que el TDA/H atraiga a un mayor número de médicos y profesionales partidarios del tratamiento nutricional, en comparación con otros trastornos psiquiátricos y con la mayoría de los demás problemas médicos. Posiblemente como reflejo de una aguda intuición clínica, con todo entusiasmo se han diseminado múltiples tipos de dietas de eliminación basadas en datos anecdóticos y aseveraciones repetidas, pero que no gozan del beneficio de suficiente evidencia documental científica, y ni siquiera cuentan con resultados de estudios controlados.<sup>7</sup>

Para las manifestaciones del comportamiento se dispone de ciertas escalas de autovaloración para la población afectada, pero son menos efectivas que los padres como observadores de la conducta, debido posiblemente a la influencia del propio trastorno. Ciertas pruebas de laboratorio, como la prueba de rendimiento continuo, se emplean para medir la capacidad de atención y de respuesta frente a estímulos sensoriales cambiantes. Aunque estas pruebas (computarizadas o de otra índole) se han empleado para monitorear el tratamiento y ajustar las dosis de los fármacos, su utilidad es cuestionable, ya que el rendimiento de la atención en condiciones experimentales no puede relacionarse de modo simple con la conducta natural o el funcionamiento cognoscitivo en las muy cambiantes situaciones de la vida real.<sup>7</sup>

Ahora, respecto de las tendencias globales del manejo de casos, el tratamiento multimodal constituye actualmente la terapéutica estándar y de primera elección para estos pacientes, especialmente de los que sufren una comorbilidad psiquiátrica o neurológica importante, trastornos conductuales, agresividad, conductas perturbadoras, trastornos del aprendizaje o trastornos del desarrollo, o bien por su gravedad tienen un mal pronóstico.<sup>25,26</sup> En un importante estudio contemporáneo sobre tratamiento multimodal<sup>27</sup> se asentó su considerable valor clínico. Al combinar el tratamiento medicamentoso, la enseñanza especial y la psicoterapia se consi-

guió mejorar los logros académicos, el funcionamiento de la atención y la adaptación psicosocial, reduciéndose la actividad antisocial. Sin embargo, 50% de los pacientes habían abandonado el tratamiento al cabo de tres años, lo que limitó la generalización del tratamiento a toda la población afectada por TDA/H con base en la dificultad de su permanencia a largo plazo como aspecto decisivo del manejo.<sup>27</sup>

Cabe señalar, por otra parte, que pese a lo diseminado de su uso, el método multimodal no resulta más eficaz que la monoterapia con fármacos psicoestimulantes. La farmacoterapia tiene una eficacia y efectividad bien documentadas; la utilidad de los antidepresivos tricíclicos en los últimos 30 años es contundente, aunque los estudios en adultos con este trastorno sean más bien escasos. Se sabe que 75% de los niños con TDA/H responden terapéuticamente a los estimulantes, y el porcentaje de respuesta a estos fármacos puede llegar a ser de 93% cuando se dosifican y monitorean cuidadosa y continuamente.<sup>7</sup> De modo similar, se han encontrado elevados porcentajes de respuesta en niños preescolares.<sup>28</sup>

El traslape documentado en la literatura entre el TDA —con o sin hiperactividad— y el TCS en población infantojuvenil y adulta ha crecido tanto en áreas clínicas como en los reportes de la investigación aplicada. El TDA/H, como se señaló anteriormente, afecta con cifras de hasta 9% a los menores<sup>29</sup> y de más de 5% a los adultos.<sup>30</sup> Los datos derivados de estudios longitudinales sugieren que sus portadores lo prolongan a la adolescencia hasta 75% de las veces y 50% a la adultez.<sup>31</sup>

Por su parte, el abuso/adicción a psicotrópicos comienza usualmente en edad juvenil, aunque puede iniciarse aún más temprano,<sup>8</sup> logrando afectar entre 10 y 30% de los jóvenes,<sup>32,33</sup> cifra nada despreciable si se considera que se trata de un traslape bidireccional, que hace que el estudio de su comorbilidad sea relevante para todas las áreas clínicas vinculadas (pediatría, neurología, medicina interna, psiquiatría, psicología, entre otras), ya sea por sus implicaciones asistenciales, diagnósticas, terapéuticas o pronósticas.<sup>34-37</sup> En tal sentido, la identificación de los factores de riesgo podría permitir su detección en los primeros niveles de afectación y con ello quizá reducir su expresión clínica, al disminuir la morbilidad y mejorar el pronóstico de los casos a largo plazo.<sup>32,38-40</sup> Se estima que por lo menos 25% de los pacientes confinados para tratamiento de adicciones son portadores de TDA/H y otros trastornos afectivos.<sup>41</sup> Los estudios realizados en delinquentes juveniles muestran una alta frecuencia de TDA/H cuando padecen adicción.<sup>42</sup> La comorbilidad adictiva en adolescentes muestra que 31% de ellos presentan simultáneamente TDA/H.<sup>43</sup> Entre los adultos que abusan del alcohol se

encuentran cifras de TDA/H de entre 35 y 71%.<sup>44,45</sup> Otros estudios señalan que, de los pacientes confinados para tratamiento antiadictivo, 24% muestran TDA/H y 66% trastorno de conducta (TC).<sup>46</sup>

La importancia del diagnóstico cuidadoso señalada en la literatura se basa en que 10% de los adictos a cocaína cumplen los criterios para TDA/H desde la infancia, y 11% muestran síntomas de ello en la vida adulta.<sup>47</sup> Otras importantes características del abuso/adicción psicotrópica se encuentran en adultos —con y sin TDA/H—. Por ejemplo, quienes padecen de ambas entidades muestran afectación sintomatológica previa y más severa que los que no tienen TDA/H,<sup>48</sup> siendo la sintomatología del abuso y adicción a psicotrópicos más severa en quienes lo padecen.<sup>46,49,50</sup> Otros datos que completan la visión patógena de esta comorbilidad son el número más elevado de accidentes en vehículos de motor previo al manejo de TCS en adultos con TDA/H, y que es, por cierto, más cercano a quienes no tienen TDA/H.<sup>50</sup> Se ha documentado la sobrerrepresentación de pacientes adultos con TCS en personas con TDA/H, cuya frecuencia es levemente más alta que la encontrada en la población general, es decir, de 17 a 45% de adultos con TDA/H muestran problemas de abuso/adicción etílica, y de 9 a 30%, abuso/adicción a otros psicotrópicos.<sup>51,52</sup> Estas cifras deben alertar al personal de salud, para que desplieguen sus estrategias para un adecuado abordaje de la situación.<sup>8,9</sup>

En esa línea de trabajo destaca un estudio realizado en adultos con TDA/H nunca tratados, que refiere un doble riesgo de contraer adicciones: 52 vs. 27%, respectivamente, respecto de quienes no lo tienen.<sup>52</sup> De hecho, la comorbilidad del TC y el trastorno afectivo bipolar (TAB) juveniles aumenta considerable su riesgo mórbido en presencia de TDA/H,<sup>52-54</sup> que a su vez facilita la presencia de trastornos adictivos.<sup>55,56</sup> Se estima, por lo tanto, que los adultos portadores de TDA/H y TCS tienen mayor riesgo de contraer otras patologías psiquiátricas,<sup>7</sup> aunque no se hayan detectado diferencias significativas en el tipo de patrón de consumo de sustancias utilizadas.<sup>57,58</sup> De hecho, los datos provenientes de la literatura reciente refieren una influencia circular permanente entre ambos padecimientos, TDA/H y adicciones, lo mismo que su riesgo latente de patologizarse aún más con otros trastornos durante el curso del trastorno adictivo.<sup>7,59</sup> Este riesgo, por otra parte, muestra implícitamente una perspectiva de desarrollo, ya que el TDA/H suele presentarse antes que el abuso/adicción, aunque este último puede “destapar” la sintomatología hasta entonces “escondida” de un TDA/H leve, controlado o subestimado, según refieren los estudios longitudinales de niños con este trastorno,<sup>7</sup> cuyo pronóstico es notoria-

mente más negativo aún en presencia de TCS, toda vez que facilita una mayor comorbilidad.<sup>57-59</sup> Además, exámenes de seguimiento de entre cinco y ocho años indican la existencia de un mayor consumo de alcohol entre los adolescentes con TDA/H que entre sus controles sin él,<sup>60,61</sup> mostrando incluso en el curso del trastorno diferencias de riesgo entre afectados y no portadores.<sup>62,63</sup> Además, y como era de esperarse, existe un importante refuerzo a los riesgos de comorbilidad, que aumentan cuando se es familiar directo de un portador de TDA/H y TCS.<sup>6,7,14</sup>

Ahora, a efecto de conceptualizar el manejo de esta condición, es importante señalar que la población infantojuvenil con TDA/H tratada con los diversos estimulantes destinados al control de esta nosología no incrementa el riesgo de abuso y adicción a psicotrópicos, como podría suponerse, debido a que dicho manejo tiene una magnitud de protección de riesgo demostrada de por lo menos 50% en pacientes tratados por TDA/H respecto de quienes no lo tienen.<sup>63</sup> En consecuencia, el TDA/H como antecedente patógeno se vuelve decisivo en el desarrollo de las adicciones.<sup>3,64-66</sup> En esa dirección, otro dato que resulta interesante analizar brevemente en torno de este problema es que la adicción nicotínica —que no el mal llamado hábito tabáquico— ha sido considerada una comorbilidad muy frecuente en estos pacientes, cuya intrincada relación, por cierto, no se ha esclarecido aún.<sup>67-69</sup> El TDA/H previo a los 15 años de edad es predictor de adicción nicotínica y se comporta, para efectos predictivos, de modo más significativo que otras variables como el estado socioeconómico, el cociente intelectual y la comorbilidad psiquiátrica, entre otras.<sup>8,69,70</sup>

En adultos con TDA/H también se encuentra un mayor número de personas con adicción nicotínica, población por cierto menos interesada en dejar de consumir tabaco y más refractaria a participar en acciones terapéuticas que aquellos grupos sin TDA/H.<sup>71</sup> De modo que este trastorno parece ser antecedente de influencia o de transición para la aparición de adicciones; véase cómo en diversos estudios se señala que este trastorno y su comorbilidad destacan como catalizadores del paso de un consumo de influencia o de transición menos severo a una dependencia en el lapso de 1.2 años cuando existe TDA/H, y de 3 años cuando no lo hay,<sup>72</sup> lo que parece indicar una relación vincular lineal entre TDA/H y su comorbilidad y los trastornos psiquiátricos como el abuso y adicción a psicotrópicos, en comparación con sus controles.<sup>72,73</sup>

De hecho, algunos trabajos preliminares señalan que la mitad de los fumadores de tabaco jóvenes con TDA/H desarrollan TCS,<sup>74</sup> y entre ellos se incrementa aún más el riesgo si consumen alcohol, y cuando el TDA/H es

simultáneo a TAB se acelera aún más el proceso.<sup>75</sup> Por otra parte, el TDA/H afecta la remisión de los síndromes adictivos, ya que tales pacientes muestran menores lapsos de abstinencia que sus controles,<sup>76</sup> e invierten el doble de tiempo antes de consolidar la remisión sintomatológica adictiva cuando hay TDA/H en comparación con las personas control, tardando los adultos lapsos de hasta tres años.<sup>77</sup>

Complementan esta visión panorámica los estudios familiares que informan acerca de la comorbilidad entre TDA/H y síndromes adictivos, e indican que los hijos de éstos corren un riesgo más alto de contraer otros trastornos, además del TDA/H, como adicciones y trastorno disocial, de lo que derivan —como es de esperarse—, complejas y graves consecuencias psicosociales.<sup>67,78-80</sup> Los hijos de personas con TCS reportan más anormalidades cognoscitivas y conductuales, baja atención, alta impulsividad e hiperactividad y elevadas tasas de TDA/H, que sus controles.<sup>81-83</sup>

En tal sentido, es notoria, por ejemplo, la existencia de cifras más altas de casos de TDA/H en hijos de alcohólicos que en los individuos control,<sup>84</sup> y son aún más altas dichas frecuencias cuando ambos padres son abusadores o adictos (o ambos).<sup>7,85,86</sup> Por otro lado, se afirma que la transmisión del síndrome adictivo en familias con TC es independiente de la transmisión del TDA/H y de adicciones en familias con TDA/H,<sup>87,88</sup> lo que hace que la comorbilidad sea hoy en día un objetivo terapéutico insoslayable en el tema. De la mano de lo anterior, se señala la influencia de la exposición prenatal a los psicotrópicos, que obedece a varios factores.<sup>89</sup> Así, se han descrito distintas complicaciones posnatales, como distintas anormalidades neurológicas y psiquiátricas en hijos de madres adictas al alcohol,<sup>90-93</sup> independientemente de que los niños portadores de síndrome alcoholofetal muestren altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, incluyendo TDA/H, en por lo menos 66% de los adolescentes estudiados.<sup>94,95</sup> Asimismo, los niños nacidos de madres adictas a cocaína que consumieron este psicotrópico durante su preñez son quienes muestran el más alto grado de riesgo sintomatológico parecido al que produce el TDA/H,<sup>96-98</sup> al margen de la conocida influencia que pueda transmitir la familia y su psicopatología,<sup>9</sup> que no son elementos despreciables para la observación epidemiológica de la psicopatología psiquiátrica.<sup>100,101</sup>

Otro ángulo interesante de este asunto, consideración derivada de los trabajos de revisión actual de la literatura, es la retroalimentación entre TDA/H y abuso y adicción a psicotrópicos, pues aunque no se ha esclarecido el mecanismo íntimo de tal influencia, es de esperarse que la necesidad sentida frente a la ansiedad y sus altibajos

anímicos facilite al portador la expectativa de obtener rápida y eficazmente un “bienestar” o una “eficaz evasión” por vía química, para no “tener que enfrentar la realidad”, tal como fue puntualizado consistentemente por las observaciones clínicas de los psicoterapeutas psicodinamistas hace varias décadas, aunque no hayan descrito su proceso, como ocurre ahora en el entorno posmoderno de la especialidad, desde un enfoque neurofisiopatológico más detallado y preciso. La necesidad de contextualizar los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador y adicto a psicotrópicos, tema con el que la mayor parte de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no están familiarizados, se considera imperativa para una introducción conceptual a su fenomenología,<sup>101</sup> complicaciones y comorbilidad.<sup>102,103</sup>

Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,<sup>104</sup> se debe lo mismo a la prevaleciente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, reforzado todo por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento.<sup>105</sup> En dicha condición, la psicoterapia (de la que, por cierto, la mayor parte de la sociedad, el personal de salud y los médicos incluso no disponen de mayor conocimiento, aunque a veces la critiquen) deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología.<sup>106,107</sup> La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral,<sup>108-112</sup> de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática.<sup>113,114</sup>

Evidencia documental señala que la psicopatología de los adictos participa del fenómeno recursivo multifactorial de consumo-daño-consumo.<sup>8,115,116</sup> Esto se comprueba en muchos de tales casos cuando una persona sometida a una condición desfavorable encuentra un modo inmediato, perentorio y paliativo —pero ciertamente eficaz, aunque destructivo— de evadir su ansiedad, depresión, etc., y considerará oportuno y conveniente refugiarse en la eliminación sintomática que resulta de consumir drogas, para evitar arrostrar las exigencias de la vida o todo aquello que le provoque tensión, sin darse cuenta de que a través de este mórbico seudorrecurso desencadena su patología.<sup>117-120</sup> Y así, con base en la evitación como “estilo de vida”, el abusador o adicto (o ambos) participa con su psicopatología en la etiopatogenia y la circunstancialidad que la mantiene. No obstante que la dependencia se explica por la

afección de la neuroquímica cerebral (tolerancia, abstinencia y deseo–necesidad de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia) y otras alteraciones vinculadas al daño corporal,<sup>121,122</sup> debe cuestionarse qué papel desempeña la droga en el aparato emocional.<sup>101,123–126</sup> Ocurre que para el paciente abusador o adicto (o ambos), los objetos, personas y circunstancias son sólo proveedores de suministros, pero como éstos se desenvuelven en un registro enigmático y, por lo tanto, poco claro para él, cuando se resiste a ser objeto de esclavitud y manipulación, es decir, de suministro de la droga, es abandonado *ipso facto*.<sup>127–129</sup> Y como no tolera el curso de vaivén que una relación humana implica, vive en el “facilísimo” y suele intentar escapar de ella, refugiándose en la intoxicación. He ahí la importancia de prever las recaídas, pues el vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto, que se atrapa a sí mismo en el laberinto de la adicción, en su intento de escapar de su vacuidad y sin sentido.<sup>125–127</sup>

La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de la personalidad y de la conducta descritas, lleva a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves de la madre, que obligan al Yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza, o bien cuando por falta de estímulos el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación la sensación de sentirse vivo, el recurso de las sustancias se constituye en el elemento al que se le confiere una doble significación: la de buscar calmar la necesidad y la de tratar de llenar la carencia derivada del vacío estructural, que es a la vez expresión de hostilidad y destructividad.<sup>125,126</sup> Huelga decir que tal satisfacción buscada no se encuentra y que la saciedad, como se ansía, no existe.

Llegados a este punto, sólo faltaría por atender los asuntos intrapersonales y los interpersonales de las relaciones vinculares humanas. Y como no todas las personas responden a manejos somáticos de igual forma, tales manejos incidirán sobre diferentes aspectos del espectro psicopatológico en forma más intensa, pronta y adecuada que la psicoterapia. Y no obstante, todo el escepticismo de que pueda disponerse respecto de la eficacia psicoterapéutica, aun siendo válido, omite la inherente aportación que brinda a la mejoría de los trastornos psiquiátricos.<sup>130</sup> En consecuencia, se establece que el aludido traslape nosológico entre TDA/H y adicciones es una negativa realidad que debe enfrentar el equipo de salud, así como el riesgo familiar para TDA/H y TCS, que se ha incrementado en ambos, de acuerdo con los resultados de estudios sobre TDA/H y los de abuso y adicción.<sup>15,29,33</sup> Dicho riesgo mórbico se agrava aún más en presencia de TC o TAB (o ambos), que facilita

el inicio más temprano del abuso y dependencia de sustancias y, por otro lado, hace más difícil su manejo y más sombrío su pronóstico. De ahí que la farmacoterapia del TDA/H sea conveniente *per se* y porque simultáneamente contribuye a reducir el riesgo de trastornos adictivos.<sup>5,7</sup>

Los adultos con TDA/H, por ejemplo, suelen prolongar la evolución del TC empeorando a la vez su abordaje y evolución a largo plazo.<sup>35–37</sup> De ello deriva, sin duda, la desmoralización de los pacientes y sus familiares,<sup>125–127</sup> que avanza en la patologización del trastorno vía comorbilidad, la cual representa un factor poco estudiado a la fecha que proliga a su vez mayores fallas: un círculo vicioso de insanía indeseable para la salud mental pública.<sup>11,126</sup> Además, la información respecto de la automedicación como base psicosocial de las adicciones<sup>8</sup> refiere que las preferencias juveniles aumentan para conseguir drogas (no tanto alcohol) en adultos con TDA/H,<sup>54,69</sup> amén de que los adictos a nicotina que padecen TDA/H son, como se señaló anteriormente, los más renuentes al manejo, y casi nunca colaboran en el combate de su adicción.<sup>72,73</sup> Y como esa adicción socialmente “bien” aceptada parece mejorar la sintomatología no nuclear del TDA/H, es decir, el déficit de atención, se han ensayado algunos productos nicotínicos para su manejo en distintas modalidades.<sup>128</sup>

De modo similar, los jóvenes consumidores de marihuana describen a menudo un efecto sedante y de relajación interna que podría “controlar” superficial y transitoriamente la sintomatología riesgosa del TDA/H que lleva a la comorbilidad.<sup>51,52,62</sup> De ahí que la potencial importancia de la automedicación —polifacético fenómeno de gran fuerza en México—<sup>8</sup> requiera ser controlada de forma sistemática por las autoridades sanitarias, no sólo en relación con el estrecho vínculo entre TDA/H y adicciones, mediado por los trastornos afectivo bipolar y de la conducta antisocial, sino con los muy diversos perfiles conductuales que caracterizan los patrones de consumo poliusuario, reflejados en la iniciación y mantenimiento de los síndromes adictivos.<sup>8</sup> En tal contexto, llama la atención, sin embargo, que los abusadores y los adictos a psicotrópicos con TDA/H cuando adultos no se distingan por el tipo de drogas consumidas de aquellos consumidores sin TDA/H.<sup>54,55</sup> Y a diferencia de las opiniones anecdóticas, la cocaína y los estimulantes no están sobrerrepresentados en los casos de TDA/H. De hecho, como en el caso de los no portadores de TDA/H, la marihuana sigue siendo la droga ilegal más consumida.<sup>54</sup> El uso de drogas en pacientes con TDA/H, como es sabido, está apoyado en el consumo social y familiar de drogas y la presencia de TDA/H en familiares de primer orden.<sup>86,97</sup>

Al respecto, cabe destacar que se han documentado ampliamente los aspectos genéticos vinculados a los hallazgos postsinápticos de transportador de dopamina DAT1 sobre el cromosoma 5 y los polimorfismos del receptor DRD4 sobre cromosoma 11, asociados a TDA/H,<sup>29,130-132</sup> que sugieren la presencia de un mecanismo poligénico que admite a su vez la posibilidad de que el TDA/H y el consumo precoz de psicotrópicos representen una expresión particular de varios factores interactuantes. Aunque también podría ocurrir que el TDA/H y el consumo precoz de psicotrópicos representen una expresión de varios factores interactuantes.<sup>133-135</sup>

Como puede colegirse de los planteamientos anteriores, de la necesidad de atender profesionalmente esta problemática derivan una correcta evaluación y un adecuado manejo del TDA/H y su comorbilidad, los cuales deben ser parte de un plan unitario e integral que considere todos los aspectos de la vida adulta.<sup>138,140</sup> Es decir, hace falta evaluar las distintas áreas relativas a la comorbilidad psiquiátrica, aspectos sociales, condición adictiva, aspectos cognoscitivos, educativos y familiares, entre otros, manejados vía entrevistas estructuradas y uso de escalas *ad hoc*, basadas en documentos clínicos como la historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, en apoyo de una nosopedéutica profesional acorde al problema para asegurar una nosopedéutica específica de tales casos.<sup>21,22</sup> En ésta deben asumir un cuidado especial los diagnósticos diferenciales y los que puedan aplicarse a la condición global del paciente, sin olvidar que los factores psicosociales contribuyen a la presentación clínica del cuadro por tipificar.<sup>136</sup> De ahí que a tal efecto, y con base en la experiencia, se considere que los instrumentos codificados, las entrevistas estructuradas y las escalas son de mucha utilidad.<sup>21,138,139</sup>

El TDA/H con TCS en adultos puede relacionarse con el desarrollo de procesos mentales de niños con impulsividad e hiperactividad<sup>140</sup> cuando ésta existe, o bien en aquellos pacientes que han mostrado testarudez, baja tolerancia a la frustración y conflictos crónicos en la relación interpersonal o con personas que representan autoridad. La impulsividad relacionada con TDA/H aparece especialmente problemática en adolescentes y adultos con TCS y es, de hecho, el mayor obstáculo del tratamiento, a causa, entre otras cosas, tanto del insuficiente apego mostrado como por su renuencia a aceptarlo.<sup>141</sup>

De ahí que el manejo deba considerar simultáneamente las especiales necesidades de las personas con TDA/H y adicciones, pero de acuerdo a su importancia, colocando a estas últimas en el orden prioritario de la terapéutica.<sup>142</sup> Así, por ejemplo, cuando se requiera esta-

bilización y dependiendo de la gravedad y duración, se podría internar al paciente o hacerlo ingresar a grupos de ayuda mutua, al margen del ataque a su comorbilidad. La psicoeducación de pacientes y sus familiares, por otra parte, es un paso inicial de mucha ayuda que mejora el reconocimiento y el manejo de esta nosología.<sup>143,144</sup> Pero la información preventiva-educativa no debe confundirse nunca con el apoyo psicoterapéutico que deba brindarse a pacientes y familiares.<sup>136,137</sup> En efecto, se recomienda la utilización de sesiones estructuradas con metas dirigidas e involucración de un terapeuta proactivo con conocimiento amplio de ambos procesos mórbicos,<sup>145-147</sup> independientemente de otras acciones psicosociales y farmacoterapia; ésta, por cierto, es eficaz en reducir la sintomatología y los cuadros psiquiátricos concurrentes, vía agentes noradrenérgicos y antidepresivos catecolaminérgicos,<sup>148</sup> que muestran cierta acción sobre el deseo-necesidad de consumo y su conducta de búsqueda de sustancia inducido por las drogas de abuso.<sup>147,148</sup> La combinación metilfenidato-bupropión parece ser efectiva en pacientes cocainodependientes con TDA/H para contener y reducir las recaídas<sup>149</sup> (cuadro 8-4). Asimismo, la venlafaxina se usa con éxito contra el abuso combinado de cocaína y alcohol,<sup>150</sup> en tanto que otros autores manejan los síndromes adictivos mixtos con bupropión.<sup>151</sup> Pero es el metilfenidato el que ha dado los mejores resultados.<sup>152</sup> En ocasiones, y tratándose de adultos con TDA/H y adicciones, los agentes estimulantes (atomoxetina), antidepresivos (bupropión, venlafaxina) y estimulantes de larga acción son preferibles,<sup>153-156</sup> debido a su baja posibilidad de abuso.<sup>157</sup> Algunos autores estiman de mayor utilidad el metilfenidato que las anfetaminas y las metanfetaminas.<sup>154,155</sup>

Comoquiera que sea, la elección del antidepresivo debe ser cuidadosa, no sólo porque se ha encontrado potenciación entre las drogas de abuso como la marihuana y los tricíclicos,<sup>158</sup> sino porque toda prescripción amerita monitoreo, evaluación de la efectividad y coordinación entre los terapeutas responsables del manejo del paciente. Por último, es importante también mencionar en este punto que no existe evidencia de que la medicación antiTDA/H exacerbe la condición sindromática de las adicciones,<sup>159-165</sup> lo cual ofrece tranquilidad al equipo de salud involucrado en el manejo.<sup>166</sup>

A efecto de destacar la importancia de la comorbilidad del TDA/H se enfatiza a continuación la documentada relación entre este trastorno y los síndromes adictivos. Se ha demostrado que los adolescentes que padecen TDA/H, ya sea comórbidos de TC o de TAB, como parte de la evolución de su cuadro clínico, muestran un mayor riesgo de desarrollar TCS, aunque el

**Cuadro 8-4. Eficacia farmacológica en adultos y comorbilidad del TDA/H y TCS**

Autor	Droga	Fármaco	Semanas	Dosis/día	Retención/promedio	Evolución
Levin, 1998	Cocaína adicción	Metilfenidato	12	40 a 80 mg	8/12	Mejoría TDA/H a disminución del consumo, urianálisis negativo
Upadhyaya, 2001	OH-cocaína abuso-adicción	Venlafaxina	12	300 mg	19/32	Mejoría TDA/H y disminución <i>craving</i> OH <i>craving</i>
Levin, 2002	Cocaína adicción	Bupropión	12	250 a 400 mg	10	Reducción TDA/H y <i>craving</i> en adictos negativo
Prince, 2002	Abuso mixto	Bupropión	6	100 a 400 mg	19/32	Reducción TDA/H disminución <i>craving</i>
Schubiner, 2002	Cocaína	Metilfenidato	3	90 mg	25/48	Reducción TDA/H disminución <i>craving</i>
Resultados						
Estudios	Objetivo	Manejo	Duración	Dosis	Porcentaje	Conclusión
5	TDA/H y TCS mixto	Bupropión: 2; metilfenidato: 2; venlafaxina: 1	6 a 13 semanas	dosis moderadas	66/113: 58%	Reducción TDA/H y consumo de sustancias con disminución de <i>craving</i>

Modificado de: Wilens TE: Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clin North Am* 2004;27(2):17-34.

TDA/H sin comorbilidad puede *per se* representar un riesgo para los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia, abuso y adicción.<sup>34-37</sup> Se refiere asimismo la destacada participación de ambos fenómenos de injerencia constante en la vida de estos pacientes: el genético, el psicofamiliar y la automedicación, que actúan sobre el desarrollo del TCS en personas con TDA/H, cuyas peculiaridades los hacen ser más proclives que cualquier otra persona de la población general a contraer una variada comorbilidad.<sup>5</sup> Una vez afectados de abuso o adicción, los pacientes con TDA/H requieren una intervención multimodal, incorporando tratamiento antiadictivo y el respectivo contra otras patologías mentales; de ahí la dificultad para abordar simultáneamente la versatilidad requerida por este trastorno y su comorbilidad.

La farmacoterapia de los pacientes con TDA/H y adicciones requiere, además, considerar la posibilidad de abuso e interacción potencial y diversos tipos de quejas, derivadas de los posibles efectos que dichas medicaciones puedan producir. En tal contexto, se hace necesaria una muy amplia información respecto del vínculo TDA/H-TCS, precisamente porque no se han cubierto todas las dudas que aportan las áreas que abarcan estas entidades. En este punto se subraya el sorprendente hecho de que aún se desconocen distintas cuestiones clave

que repercuten en el manejo de los pacientes y sus familiares, como los mecanismos por los cuales los pacientes no tratados de TDA/H mejoran, e incluso en ocasiones abandona su abuso y adicción psicotrópica.<sup>4-7</sup> La influencia de un adecuado manejo de TDA/H y posteriormente del síndrome adictivo debe seguir siendo investigada con mayor profundidad en futuros trabajos sobre el tema, y establecidos más clara y contundentemente sus aspectos clínicos si se desea poder contar con una mejor evaluación clínica integral de los casos, independientemente de su convergencia casi *a fortiori* con otras nosologías.

Para finalizar, debido a la frecuente coexistencia de TDA/H, adicciones y otros trastornos semejantes, hay que ser cuidadosos al establecer el diagnóstico diferencial. La práctica y la experiencia clínicas deben tomar en consideración la pléyade de factores interactuantes y el uso adecuado de instrumentos diagnósticos, apoyados en la investigación, porque son a su vez forjadores de ella. Esta particularmente difícil comorbilidad, relevante por sí misma debido a su impacto individual, familiar y social, reclama una participación más específica y enérgica de parte del personal de salud, las autoridades y todos aquellos involucrados, para hacer realidad el paradigma humanista de la especialidad: "El arte, la técnica y la ciencia del hombre, al servicio del hombre."<sup>8</sup>

## REFERENCIAS

1. **Faraone SV, Sergeant J, Gillberg CH, Biederman J:** La prevalencia a nivel mundial del TDA/H: ¿es éste un trastorno típico de EUA? *World Psychiatry* 2003;1(2):2.
2. **Hoekstra P, Steenhuis MP, Troost P:** Relative contribution of ADHD, obsessive-compulsive disorder, and tic severity to social and behavioral problems in tic disorders. *J Develop Behav Pediat* 2004;25(4):272-279.
3. American Psychiatric Association (APA): *Diagnosical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.
4. **Safer A:** *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid, Santillana, 1979.
5. **Biederman J:** Practical considerations in stimulant drug selection for the attention-deficit/hyperactivity disorder patient-efficacy, potency and titration. *Today's Therapeutic Trends* 2002;20(4):311-328.
6. **Orjales VA:** Déficit de atención con hiperactividad. Madrid, CEPE, 1998.
7. **Popper CH, West SA:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Vol. I. 3ª ed. Cap. 23: *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. The American Psychiatric Press, 2002.
8. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
9. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
10. **Taylor E:** *El niño hiperactivo*. Barcelona, Martínez Roca, 1991.
11. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
12. **Crosbie J, Schachar R:** El control inhibitorio deficiente como subgrupo del TDA/H. *Am J Psychiatry* 2001;158:1455-1459.
13. **Souza y Machorro M:** *Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica*. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo, Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guaymas, 3-6 de junio de 2004.
14. **Travella J:** Síndrome de atención dispersa, hiperactividad e impulsividad en pacientes adultos (ADHD). *ALCMEON* 2001;10(2):5.
15. **Biederman J, Faraone SV, Spencer T:** Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with ADHA. *Am J Psychiatry* 1993;150:1792-1798.
16. **Roy-Byrne P, Scheele L, Brinkley J:** Adult ADHD: assessment guidelines based on clinical presentation to a specialty clinic. *Compr Psychiatry* 1990;31:417-425.
17. **Barkley RA:** *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York, Guilford Press, 1997:17-20.
18. **Rucklidge JJ, Kaplan BJ:** Las atribuciones y percepciones en mujeres adolescentes con sintomatología de ADHD. *J Clin Psychol* 2000;56(6):711-722.
19. **Casado S:** ADHD: déficit de atención con hiperactividad. Aspectos generales. *Psicología.com* 2002;6(1):17-22.
20. **Teijeiro R:** *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDA/H en adultos. Diagnóstico y tratamiento*. Interpsiquis, 2003.
21. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
22. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
23. **Souza y Machorro M:** El personal de salud y el manejo de los síndromes adictivos. *Liber@ddictus* 2000;30:21-23.
24. **Cantwell DP, Baker L:** Issues in classification of child and adolescent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:521-533.
25. **Mayes SD, Crites DL, Bixler ED:** Methylphenidate and ADHA: influence of age, IQ and neurodevelopmental status. *Dev Med Child Neurol* 1994;36:1099-1107.
26. **Boris M, Mandel FS:** Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. *Ann Allergy* 1994;72:462-468.
27. **Satterfield JH, Satterfield BT, Cantwell DP:** Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *J Pediatrics* 1981;98:650-655.
28. **Anderson J, Williams S:** DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.
29. **Murphy K, Barkley RA:** Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996;1(3):147-161.
30. **Weiss G:** *ADHD*. Filadelfia, W. B. Saunders, 1992.
31. **Ross HE, Glaser FB, Germanson T:** The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1023-1031.
32. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M et al.:** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
33. **Kaminer Y:** Clinical implications of the relationship between ADHD and psychoactive substance use disorders. *Am J Addict* 1992;1:257-264.
34. **Wilens TE, Spencer T, Biederman J:** Attention-deficit disorder with substance abuse. En: Brown T (ed.): *Subtypes of attention-deficit disorders in children, adolescents, and adults*. Washington, American Psychiatric Press, 1996.
35. **Schubiner H, Tzelepis A, Isaacson JH, Warbasse LH, Zacharek M:** The dual diagnosis of ADHD and substance abuse: case reports and literature review. *J Clin Psychiatry* 1995;56(4):146-150.
36. **Levin FR, Kleber HD:** ADHD and substance abuse: relationships and implications for treatment. *Harv Rev Psychiatry* 1995;2(5):246-258.
37. **Levin FR, Evans SM, Kleber HD:** Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult ADHD. *Psychiatr Serv* 1999;50(8):1001-1003.



38. **Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Lapadula M:** Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-576.
39. **Wilens TE:** ADHD and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clin North Am* 2004;27(2):1-5.
40. **Demilio L:** Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *Am J Psychiatry* 1989;146:1212-1214.
41. **Milín R, Halikas JA, Meller JE, Morse C:** Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(4):569-574.
42. **Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R:** Psychiatric comorbidity in 1994. *Compr Psychiatry* 1995;33(4):476-483.
43. **Goodwin DW, Schulsinger F, Hermansen L, Guze SB, Winokur G:** Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1975;160:349-353.
44. **Wilens T, Spencer T, Biederman J:** Are attention-deficit/hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders really related? *Harv Rev Psychiatry* 1995;3:260-262.
45. **Wilens T:** Alcohol and other drug use and ADHD. *Alcohol Health Res World* 1998;22(2):127-130.
46. **Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M et al.:** Prevalence of ADHD and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(4): 244-251.
47. **Levin FR, Evans S, Kleber HD:** Prevalence of adult ADHD among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998;52:15-25.
48. **Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T:** ADHD is associated with early-onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(8):475-482.
49. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** History and significance of childhood ADHD in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry* 1993;34:75-82.
50. **Levin FR, Evans SM, Rosenthal M, Kleber HD:** *Psychiatric comorbidity in cocaine abusers in outpatient settings or a therapeutic community.* Presentado en CPDD 1997 Annual Meeting. Nashville, 14 a 19 de junio de 1997.
51. **Wilens T, Spencer T, Biederman J:** Are ADHD and the psychoactive substance use disorders really related? *Harv Rev Psychiatry* 1995;3:260-262.
52. **Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ et al.:** Psychoactive substance use disorders in adults with ADHD: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1652-1658.
53. **Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL et al.:** Hyperactive boys almost grown up. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:77-83.
54. **Mannuzza S, Klein R, Bessler A, Malloy P, Lapadula M:** Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):493-498.
55. **Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T:** Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985;24:211-220.
56. **Biederman J, Wilens TE, Mick E:** Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152(11): 1652-1658.
57. **Lynskey M, Fergusson D:** Childhood conduct problems, attention-deficit behaviors and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol* 1995;23(3): 281-302.
58. **Lambert N, Hartsough C, Sassone D, Sandoval J:** Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57(1):22-32.
59. **Blouin A, Bornstein R, Trites R:** Teenage alcohol use among hyperactive children: a five year follow-up study. *J Pediatr Psychol* 1978;3:188-194.
60. **Satterfield J, Hoppe C:** A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with ADHD and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiatry* 1982;139:795-798.
61. **Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone S, Weber W et al.:** Is ADHD a risk for psychoactive substance use disorder? Findings from a four-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:21-29.
62. **Milberger S, Biederman J, Faraone S, Wilens T, Chu M:** Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders: findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *Am J Addict* 1997;6:318-329.
63. **Wilens T, Faraone S, Biederman J, Gunawardene S:** Does stimulant therapy of ADHD beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111(1):179-185.
64. **Wilens T, Biederman J:** Psychopathology in preadolescent children at high risk for substance abuse: a review of the literature. *Harv Rev Psychiatry* 1993;1:207-218.
65. **Tarter RE, Edwards K:** Psychological factors associated with the risk for alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1988; 12:471-480.
66. **Brook JS, Whiteman M, Cohen P, Shapiro J, Balka E:** Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(9):1230-1238.
67. **Block J, Block JH, Keyes S:** Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors. *Child Dev* 1988;59:336-355.
68. **Kandel D, Faust R:** Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:923-932.
69. **Kandel DB, Logan JA:** Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *Am J Public Health* 1984;74:660-666.
70. **Milberger S, Biederman J, Faraone S, Chen L, Jones J:** ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:37-43.
71. **Pomerleau O, Downey K, Stelson F, Pomerleau C:** Cigarette smoking in adult patients diagnosed with ADHD. *J Subst Abuse* 1995;7:373-378.
72. **Biederman J:** Pharmacotherapy for ADHD decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 11):3-8.
73. **Biederman J, Faraone SV, Monteaux MC, Feighner JA:** Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics* 2000; 106(4):792-797.
74. **Hechtman L, Weiss G:** Controlled prospective 15-year follow-up of hyperactives as adults: nonmedical drug and alco-

- hol use and antisocial behavior. *Can J Psychiatry* 1986;31:557-567.
75. **Wilens T, Biederman J, Mick E:** Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *Am J Addict* 1998;7:156-163.
  76. **Chassin L, Rogosch F, Barrera M:** Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *J Abnorm Psychol* 1991;100(4):449-463.
  77. **Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, Brent EE:** Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1991;100:427-448.
  78. **Mathew RJ, Wilson WH, Blazer DG, George LK:** Psychiatric disorder in adult children of alcoholics: data from the Epidemiologic Catchment Area Project. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):793-800.
  79. **Nunes EV, Weissman MM, Goldstein RB, McAvay G, Seracini AM et al.:** Psychopathology in children of parents with opiate dependence and/or major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(11):1142-1151.
  80. **Moss H, Vanyukov M, Majumder P, Kirisci L, Tarter R:** Prepubertal sons of substance abusers: influences of parental and familial substance abuse on behavioral disposition, IQ, and school achievement. *Addict Behav* 1995;20(3):345-358.
  81. **Aronson H, Gilbert A:** Preadolescent sons of male alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1963;8:235-241.
  82. **Fine EW, Yudin LW, Holmes J, Heinemann S:** Behavioral disorders in children with parental alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1976;273:507-517.
  83. **Steinhausen H, Gobel D, Nestler V:** Psychopathology in the offspring of alcoholic parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984;23:465-471.
  84. **Wilens TE:** The children and adolescent offspring of alcoholic parents. *Curr Opin Psychiatry* 1994;7:319-323.
  85. **Stanger C, Higgins S, Bickel W, Elk R, Grabowski J et al.:** Behavioral and emotional problems among children of cocaine- and opiate-dependent parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(4):421-428.
  86. **Earls F, Reich W, Jung KG, Cloninger CR:** Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12(4):481-487.
  87. **Wilens T, Haheesy A, Biederman J, Bredin B, Tanguay S et al.:** Influence of parental SUD and ADHD on ADHD in their offspring. Preliminary results from a pilot controlled family study. *Am J Addict* 2000;9:137-139.
  88. **Wilens T, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T:** ADHD is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:475-482.
  89. **Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D et al.:** Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29: 526-533.
  90. **Milberger S, Faraone S, Biederman J, Chu M, Wilens T:** Familial risk analysis of the association between ADHD and psychoactive substance use disorders. *Arch Pediatric Adolesc Med* 1998;152:945-951.
  91. **Griffith DR, Azuma SD, Chasnoff IJ:** Three-year outcome of children exposed prenatally to drugs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:20-27.
  92. **Richardson GA, Day NL:** Detrimental effects of prenatal cocaine exposure: illusion or reality? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:28-34.
  93. **Volpe JJ:** Effect of cocaine use on the fetus. *N Engl J Med* 1992;327:399-406.
  94. **Abel EL, Sokol RJ:** Alcohol consumption during pregnancy: the dangers of moderate drinking. En: Goedde HW, Agarwal DP (eds.): *Alcoholism: biomedical and genetic aspects*. Oxford, Pergamon Press, 1989.
  95. **Finnegan LP:** Clinical effects of pharmacologic agents on pregnancy, the fetus and the neonate. *Ann NY Acad Sci* 1976; 281:74-89.
  96. **Steinhausen HC, Williams J, Spohr HL:** Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:990-994.
  97. **Merikangas K, Stolar M, Stevens D, Goulet J, Preisig M et al.:** Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(11):973-979.
  98. **Tsuang MT, Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, True W et al.:** Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: a study of 3 372 twin pairs. *Am J Med Genet* 1996; 67(5):473-477.
  99. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Washington, William and Wilkins, 1994.
  100. **Mannuzza S, Gittelman-Klein R, Konig PH, Giampino TL:** Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1073-1079.
  101. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
  102. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2002;6(1):52-66.
  103. **Kaufman E:** Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):21-27.
  104. **Kaufman E, McNul J:** Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hos Comm Psychiat* 1992;43(3):220-232.
  105. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
  106. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Rea-dap Soc* 2000;8:99-106.
  107. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14 (3):100-106.
  108. **Souza y Machorro M:** *Curso básico de adicciones*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS), Gobierno del Distrito Federal, 2002.
  109. Organización Mundial de la Salud: *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Capítulo V: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  110. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
  111. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci México* 2000;5(4):201-204.
  112. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de diciembre de 1998.

113. **Dazord A, Gerin P, Jahns J, Andreoli A:** Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Psychother Research* 1991;1(2):135-147.
114. **Freud S:** *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
115. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3):15-26.
116. **Velasco FR:** *Alcoholismo: visión integral*. 2ª reimp. México, Trillas, 1997.
117. **Karasu T, Steinmuller RI:** *Psychotherapeutics in medicine*. Nueva York, Grune and Stratton, 1978.
118. **Koob GF, Sanna PP, Bloom FE:** Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998;21(3):467-476.
119. **DeWit H:** Individual differences in acute effects of drugs in humans: their relevance to risk for abuse. *NIDA Res Monograph* 1998;169:176-187.
120. **Bellack L, Small L:** *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. 2ª ed. Nueva York, Grune and Stratton, 1978.
121. **Crown S:** Individual long term psychotherapy. En: Bloch S: *Introduction to the psychotherapies*. Oxford University Press, 1979.
122. **Ehrenwald J:** Psi phenomena in psychiatry and psychotherapy. En: Arieti S (ed.): *New dimensions in psychiatry: a worldwide view*. Vol. 2. Nueva York, J. Wiley & Sons, 1977.
123. **Musacchio A:** *Dependencia y objeto totalitario. Factores psicológicos tempranos en la estructura de la personalidad adicta. Drogadicción*. México, Paidós, 1996.
124. **Casarino E:** *Desarrollo psicológico temprano y personalidad adicta. Temas de drogodependencia. Adicciones*. Vol. II. Buenos Aires, Casasco, 1988.
125. **Souza y Machorro M:** Sociedad, enajenación y adicciones. Simposium Adicciones, temas y reflexiones. II Reunión Nacional de la Federación de Sociedades Pro-Salud Mental. Oaxaca, 1997.
126. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
127. **Hartsough CS, Lambert NM:** Pattern and progression of drug use among hyperactives and controls: a prospective short-term longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1987;28:543-553.
128. **Rezvani AH, Levin ED:** Cognitive effects of nicotine. *Biol Psychiatry* 2001;49(3):258-267.
129. **Wilens T, Biederman J, Spencer T, Bostic J, Prince J et al.:** A pilot controlled clinical trial of Abt-418, a cholinergic agonist, in the treatment of adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 1999;156:1931-1937.
130. **Lahoste GJ, Swanson JM, Wigal SB, Glabe C, Wigal T et al.:** Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with ADHD. *Mol Psychiatry* 1996;1:121-124.
131. **Faraone SV, Biederman J, Weiffenbach B, Keith T, Chu MP et al.:** Dopamine D4 gene 7-repeat allele and ADHD. *Am J Psychiatry* 1999;156(5):768-770.
132. **Cook EH, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ:** Association of ADHD and the dopamine transporter gene. *Am J Hum Genet* 1995;56:993-998.
133. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
134. **Comings D, Comings B, Muhleman D, Dietz G et al.:** The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA* 1991;266:1793-1800.
135. **Ebstein R, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y et al.:** Dopamine D4 exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nat Genet* 1996;12:78-80.
136. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC 2004:25-46.
137. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2):166-179.
138. **Conners C, Jett J:** *ADHD (in adults and children): the latest assessment and treatment strategies*. Salt Lake City (UT). Compact Clinicals, 1999.
139. **Brown T:** *Brown attention-deficit disorder scales*. San Antonio, The Psychological Corporation, 1996.
140. **Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ:** Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord* 1997;2(3):159-166.
141. **Carter RE, Edwards K:** Psychological factors associated with the risk for alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:471-480.
142. **Riggs PD:** Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(3):331-332.
143. **Wilens T, McDermott S, Biederman J, Abrantes A, Hahesy A et al.:** Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases. *J Cognitive Psychother* 1999;13(3):215-226.
144. **McDermott SP, Wilens TE:** Cognitive therapy for adults with ADHD. En: Brown T (ed.): *Subtypes of attention-deficit disorders in children, adolescents, and adults*. Washington, American Psychiatric Press, 2000:569-606.
145. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am Psychol* 1992;47:1102-1114.
146. **Prochaska JO, Prochaska JM:** Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casa M, Gossop M (eds.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Neurociencias, 1993:85-136.
147. **Beck A, Wright F, Newman C, Liese B:** *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, Paidós, 1999.
148. **Wilens T:** Drug therapy for adults with ADHD. *Drugs* 2003;63(22):2395-2411.
149. **Levin FR, Evans SM, McDowell DM et al.:** Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Addict Dis* 2002;21(2):1-16.
150. **Upadhyaya HP, Brady KT, Sethuraman G, Sonne SC, Malcolm R:** Venlafaxine treatment of patients with comorbid alcohol/cocaine abuse and ADHD: a pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(1):116-118.
151. **Levin F, Evans S, McDowell D, Brooks D, Rhum M et al.:** *Bupropion treatment for adult ADHD and cocaine abuse*. Presentado en la CPDD 1998 Annual Meeting. Scottsdale (AZ), 13 a 18 de junio de 1998.
152. **Prince J, Wilens T, Waxmonsky J, Hammerness P, Monuteaux M et al.:** An open study of sustained-release bupropion in adults with ADHD and substance use disorders. En: *Scientific Proceedings of the American Psychiatric Association*. Filadelfia, New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU), 2002:222.

153. **Schubiner H, Saules K, Arfken C, Johanson C, Schuster C et al.:** Double-blind placebo controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002; 10:286-294.
154. **Levin FR, Evans SM, McDowell D, Kleber HD:** Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult ADHD: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1997;58:1-21.
155. Drug Enforcement Administration: *Methylphenidate review document*. Washington, Office of Diversion Control, Drug and Chemical Evaluation Section, 1995.
156. **Jaffe SL:** Failed attempts at intranasal abuse of concerta. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(1):5.
157. **Langer DH, Sweeney KP, Bartenbach DE, Davis PM, Menander KB:** Evidence of lack of abuse or dependence following pemoline treatment: results of a retrospective survey. *Drug Alcohol Depend* 1986;17:213-227.
158. **Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ:** Case study: adverse effects of smoking marijuana while receiving tricyclic antidepressants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 45-48.
159. **Grabowski J, Roache JD, Schmitz JM, Rhoades H, Cresson D et al.:** Replacement medication for cocaine dependence. Methylphenidate. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17 (6):485-488.
160. **Shearer J, Wodak A, Mattick R, van Beek I, Lewis JE et al.:** Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence. *Addiction* 2001; 96:1289-1296.
161. **Volkow ND, Ding Y, Fowler JS, Wang G, Logan J et al.:** Is methylphenidate like cocaine? *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:456-463.
162. **Volkow N, Wang G, Fowler J, Gately S, Logan J et al.:** Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *Am J Psychiatry* 1998;155(10):1325-1331.
163. **Volkow N, Wang G, Fowler J, Hitzemann R, Angrist B:** Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addictions. *Am J Psychiatry* 1999;156 (1):19-26.
164. **Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan G, Gerasimov M et al.:** Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in human brain. *J Neurosci* 2001;21:1-5.
165. **Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Franceschi D et al.:** Relationship between blockade of dopamine transporters by oral methylphenidate and the increases in extracellular dopamine. Therapeutic implications. *Synapse* 2002;43(3): 181-187.
166. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga LS, Guisa CVM:** *Adicciones: neuroquímica y terapéutica*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.
167. **Wilens TE, Biederman J, Mick E:** Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with/without ADHD. *Am J Addict* 1998;7:156-163.
168. **Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:475-482.
169. **Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S:** Case-control study of ADHD and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(4):17-34.
170. **Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer T et al.:** Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1652-1658.
171. **Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T et al.:** Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatric* 1999;104(2):1-5.



## La constelación adicto-terapéutica

La terapéutica profesional es efectiva contra la patología adictiva, aunque su estirpe multifacética e impacto multimodal requieren varios recursos a la vez, pues ningún tratamiento es efectivo por sí mismo.<sup>1</sup> La ostensible variación encontrada entre los programas existentes debido a los distintos recursos empleados refleja abordajes, contenidos y efectividad distintos.<sup>2,3,4</sup> Además, la clasificación y el uso de una nosología personalizada a partir de las características sociodemográficas, psicopatología, tipología, patrón de consumo, severidad sindrómica, etc.,<sup>5</sup> representan un esquema profesional que no suele verse asumido por quienes brindan manejo, subestimando así el carácter individual de la patología,<sup>1,2</sup> el estudio de su historia natural<sup>6</sup> y el esperable nivel de atención preventiva, en su calidad de predictores terapéuticos y rehabilitatorios.<sup>7</sup>

La adecuación de las metas terapéuticas en la psiquiatría de las adicciones se debe al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes como sus elementos de personalidad,<sup>8-12</sup> en los distintos programas comunitarios. Se debe también a la información derivada de los estudios de seguimiento y de costo-efectividad, promovidos por indicación, filosofías y metas distintas.<sup>\*13,14</sup>

Además de la importante participación de los factores biológicos en la etiopatogenia adictiva,<sup>15</sup> como el

papel de los neurotransmisores cerebrales (dopamina, serotonina y GABA), el sistema de neuropéptidos “Y”, la proteína C cinasa y la dupla formada por la adenilciclasa y la proteína G, así como de los trastornos del dormir, las alteraciones neuropatológicas registradas en el EEG y otros indicadores de reacción al consumo de alcohol, en esta comunicación se pretende mostrar un breve análisis observacional de los factores psicosociales participantes.<sup>16,17</sup> Este grupo de importantes elementos se refiere ineludiblemente también a ciertos rasgos de la personalidad de los abusadores y adictos, conocidos desde antaño; a su género, el papel de la psicopatología y la comorbilidad propia de los procesos adictivos,<sup>9,10,18</sup> a sus alteraciones de la función cognoscitiva, la presencia en ellos del deseo-necesidad imperiosa de consumo (llamada *craving*) y su consecutiva conducta de búsqueda de la sustancia;<sup>19</sup> al estrés, la disfunción de la autoeficacia mostrada en las labores de realización personal necesarias para el individuo, la alteración de la capacidad individual para expresar adecuadamente las emociones, la diversa comorbilidad psiquiátrica, el nivel de dependencia desarrollado, la respuesta previa a manejo farmacológico, la severidad de la adicción,<sup>1,14</sup> la corroboración o, en su caso, el descarte de las interacciones entre los factores de predicción de respuesta terapéutica adecuada y el tratamiento psicosocial alcanzado, respecto de psicotrópicos ampliamente estudiados y de alta preocupación psicosocial: etanol, opiáceos, cocaína y nicotina.<sup>13,20</sup> Todos ellos conforman la constelación de elementos participantes en esta compleja problemática entre el paciente abusador/adicto y su plan terapéutico.<sup>1,13,15,16,20</sup> Para contextualizar los aspectos psicosociales de esta visión, cabe señalar que en la actualidad una importante parte de la población se halla sometida

Análisis observacional de la constelación Adicto-Terapéutica. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste “Trastornos de la personalidad y su comorbilidad”. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guaymas, 3 a 6 de junio de 2004. Souza y Machorro M. Personalidad y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(4):336-345.

a una mayor tensión vital, que hace que el vivir transcurre en la mayor parte de las ciudades del mundo bajo un estilo de prisa no elegido, y que lo acelera todo con rumbo a “ninguna parte”.

Tales tensiones surgen de varias fuentes a la vez, como cuando se tiene acceso —sin precedente, por cierto—, a Internet, coches más rápidos, comunicación instantánea vía radiolocalizadores, telefonía celular y megapantallas para conferencias interactivas, etc.; actividad sexual fácil, diversa y sin la menor censura; y una cantidad superlativa y sorprendente de información arbitraria, no necesariamente cierta ni válida a la distancia del “clic” del *mouse*, amén de toda una desconcertante serie de opiniones y opciones con menos participación, disponibilidad y supervisión parental para neutralizar, en el caso de niños y jóvenes, la información inexacta. Y, desde luego, el acceso rápido a potentes estimulantes, sedantes, psicodislépticos y sus mezclas, obtenibles a bajo precio.<sup>17</sup>

Dicha condición conlleva, según datos de recientes investigaciones, a un individualismo egoísta que prohija deficiente relación vincular y pobre apoyo paternal, causado también por la desconfianza entre congéneres, la defensividad y la fragmentación familiar, que se reflejan en un alto número de divorcios, gracias a los cuales cerca de 50% de los jóvenes viven con un solo padre.<sup>17,18</sup> Por otro lado, tal diselpidia pretende aliviarse a través del amplio espectro de opciones de psicotrópicos para “escapar”<sup>1,7</sup> por una diversidad que reta y atrae el consumo, desde la precocidad de edades no mayores de 9 o 10 años.<sup>17</sup>

Ambos grupos de factores biológicos y psicosociales, tributarios entre sí, se complementan para aportar, en la observación de su diversidad y profundidad, interesantes datos que aperturan consideraciones anteriormente ni siquiera contempladas,<sup>13</sup> además de brindar opciones de conocimiento práctico no sistematizadas aún, para ser asumidas terapéuticamente,<sup>20-22</sup> ya sea en torno de la personalidad de los afectados o con otros objetivos.<sup>23</sup> Los avances científicos de los últimos años han estado aportando un mayor entendimiento de los procesos neurológicos en los que se apoya la “explicación” actual del consumo de drogas y adicción.<sup>24-28</sup> Éstos sugieren, considerados *grosso modo*, que múltiples sistemas de neurotransmisores participan en ello y que pueden, por tanto, desempeñar un papel fundamental en el desarrollo y la expresión de la dependencia de psicotrópicos.<sup>8,29</sup> En consecuencia, tal comprensión promete no sólo ayudar a identificar la causa biológica subyacente al problema del abuso/adicción, sino también ayudar directamente al desarrollo de una más eficaz estrategia terapéutica.<sup>30-38</sup>

En este proceso de la participación de la personalidad, tanto los asuntos temperamentales como los carac-

terológicos parecen cobrar importancia decisiva. Dado que la tendencia científica actual es documentar los hallazgos, y se han ido afinando los datos en torno de los factores genéticos, cada vez más específicos, se ha avanzado (aunque no decisivamente aún) en la identificación de los elementos constitucionales y adquiridos en la patología derivada del consumo de sustancias.<sup>11,12,15,39-43</sup> En el caso del alcohol, se sabe, por ejemplo, que ambos sistemas, el opioide y el de la NMDA,<sup>29</sup> tienen una clara participación en el proceso, lo cual ha permitido el uso selectivo de compuestos bloqueadores o terapéuticos para su mantenimiento abstinento a largo plazo con la naltrexona y el acamprosato.<sup>7,38,43-46</sup> Por otra parte, el descubrimiento del bupropión es un buen recurso contra la dependencia nicotínica, aunque fue una serendipia cuando se dirigían estudios contra la adicción a cocaína y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H).<sup>25,26,47,48</sup> Tal hallazgo es útil y parece conducir al planteamiento de una base neuroquímica contra las adicciones, a través tanto del conocimiento de los mecanismos de funcionamiento del cerebro como de las alteraciones que las sustancias causan a corto y a largo plazo sobre la “víscera magna”.

Además, se han complementado estos esfuerzos con investigaciones destinadas a comprender los factores biológicos que participan en el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda<sup>19,21</sup> como elemento central de la recaída que caracteriza a estos trastornos,<sup>29</sup> y que es a su vez, con su eficaz eliminación, factor determinante de apoyo y mantenimiento de la recuperación de las adicciones a largo plazo.<sup>49-54</sup> Ello se vuelve capital en el manejo de esta patología en la medida en que toda estrategia terapéutica, para ser exitosa, debe enfatizar la prevención de la recaída y promover el crecimiento de los pacientes y su autodeterminación,<sup>55,56</sup> cancelando en todo contexto la dependencia de la sustancia.<sup>5,6,57</sup>

El éxito terapéutico en adicciones depende esencialmente de las maniobras del postratamiento, y éste se sujeta a distintos factores simultáneos<sup>6,40,58</sup> que pueden ser vistos, para efectos de este razonamiento, como una tríada conformada por los factores promotores de adherencia: las características de personalidad y las modalidades psicoterapéuticas.<sup>59</sup>

- 1. Factores promotores de adherencia.** Incluyen motivación para el tratamiento, grado de involucramiento desarrollado en el manejo y desempeño de la dinámica entre la institución y su tipo de manejo, el paciente y la familia; cuando el problema se ve como alteración crónica, la duración del tratamiento y su continuación a cinco años es el ele-

mento más benéfico para el manejo, y su modificación demanda terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuado, siempre *a fortiori* con bases psicoterapéuticas, es decir, enfocando el manejo en la desculpabilización del paciente y sus familiares, y redirigiendo su atención a la corrección del problema.

Tales acciones contextualizan la labor empática, de orientación, correctiva y de apoyo informativo, íntimamente vinculadas a la detección y combate del vehemente anhelo de consumo. De modo que la eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia y la toma de conciencia de enfermedad mental, así como de la participación activa de los afectados en la rehabilitación, disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos, al amparo de la nosología vigente, que impulsa una atención humanitaria de calidad y equitativa para los afectados.<sup>6,7</sup>

## 2. Características de personalidad y elementos que influyen en ella.

Cada vez más, las adicciones son vistas en la literatura científica como una compleja interacción de elementos genéticos y ambientales que incluyen: factores interpersonales de la infancia; actitudes y conductas familiares de consumo; deficiente manejo familiar e inconsistencias; papel de la personalidad de los familiares; presencia de conflictos familiares; experiencias tempranas o actuales de abuso físico y sexual y otros eventos estresantes a lo largo de la vida; rechazo escolar y de grupos de pares y otros contextos. Éstos se refuerzan, además, con otras influencias psicoconductuales en la infancia y la adolescencia, como la edad; problemas de conducta tempranos y persistentes, como inicio precoz en el consumo, abuso o adicción de psicotrópicos; falla escolar e inasistencia a recintos culturales; bajo aprovechamiento escolar; insatisfacción ocupacional y falla en el logro del éxito individual; demanda familiar insatisfecha durante el periodo de crecimiento; obligaciones familiares múltiples; falla en el logro de las expectativas del papel sexual esperado; alteraciones en el establecimiento de relaciones íntimas; afectación de la seguridad y logro educacional y económico.

Otros factores destacados que tornan compleja también la condición que se describe son la alineación, rebeldía y personalidad antisocial, un patrón de tendencia o búsqueda de sensaciones; presencia de psicopatología primaria o concomitante (depresión, ansiedad, etc.); actitudes favorables al consumo de drogas; motivación racional y espec-

tativas reiteradas hacia el consumo de sustancias e inhabilidad para postergar la gratificación.<sup>19,60</sup> En el plano de la biogenética, la literatura aglutina los estudios acerca de la susceptibilidad heredada o tendencia al consumo de drogas y una vulnerabilidad psicofisiológica especial a los efectos de las drogas. Así, por ejemplo a partir de los estudios de Cloninger,<sup>23,58</sup> el alcoholismo acepta (no obstante que se suponen importantes diferencias entre los mecanismos etiopatogénicos de las distintas instancias adictivas que permiten los tres grupos de sustancias de abuso y que se señalan patrones conductuales diferentes en el proceder del adicto) dos tipos de adicción marcadamente distintos que influyen a su vez en su curso y su pronóstico.<sup>23,58</sup> Ambos tipos, denominados 1 y 2, se distinguen a partir de las bases biológicas de sus familiares adoptivos, los patrones de abuso de alcohol y el grado de afectación recibida por la exposición posnatal ambiental, responsables de la susceptibilidad a la adicción etílica.

El tipo 1, predominante en mujeres, presenta una mayor edad de inicio de consumo y no suele asociarse a la comisión de conductas antisociales. Dichas pacientes muestran claramente el predominio de los aspectos psíquicos de la dependencia sobre los fisiológicos y experimentan sentimientos de culpa acerca de su forma de beber. En contraste, el tipo 2 presenta características compatibles con los varones, es decir, se distingue por la calidad y cuantía de los problemas vinculados a los episodios irrestrictos de bebida, tiene una temprana edad de inicio de consumo y se asocia más a actos delincuenciales de diversa índole.<sup>23,58</sup> En consecuencia, derivan de tales investigaciones tres dimensiones de personalidad genéticamente independientes:

- a. Aquellas personas que se caracterizan por la constante búsqueda de novedad, lo cual se refiere a la tendencia heredada de actividad exploratoria y a una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (mediados por la dopamina), cuyos patrones conductuales asociados incluyen impulsividad y excitabilidad.
- b. Aquellos individuos preocupados en eliminar sistemáticamente lo nocivo o dañino de su entorno, los cuales se describen con base en la tendencia a escapar de situaciones factiblemente asociables a castigo (mediados por el sistema serotoninérgico mesolímbico), cuyos patrones conductuales asociados incluyen ansiedad, vergüenza y enfoque pesimista.



- c. Aquellos individuos considerados como dependientes de la recompensa, caracterizados por el apego a diversas situaciones vinculadas con reforzamientos (mediados por el sistema noradrenérgico, receptores dopaminérgicos D<sub>4</sub>), cuyos patrones conductuales asociados incluyen tendencia a la dependencia, sentimentalismo y persistencia.<sup>59</sup> Cloninger amplió posteriormente su teoría biosocial de la personalidad e incluyó nuevas dimensiones, que denominó *de persistencia, autodirección, cooperatividad y auto-trascendencia*.<sup>60</sup>

Complementa este esquema de correlación entre la genética y la personalidad del abusador/adicto la propuesta de Babor,<sup>61</sup> que plantea dos subtipos de adictos al etanol: el tipo A está caracterizado por un inicio de consumo tardío, pocos factores de riesgo en la infancia (como el TDA/H, el trastorno por disfunción cerebral mínima y el trastorno de conducta, TC), un grado de dependencia menos severo, pocos problemas derivados del consumo étílico y menor grado de disfunción psicopatológica; el tipo B reúne pacientes alcohólicos con inicio temprano de problemas relacionados con el consumo étílico, un elevado nivel de factores de riesgo en la infancia, presencia de alcoholismo familiar, un grado severo de adicción y uso múltiple de psicotrópicos. Estos individuos muestran una historia crónica de tratamientos y una mayor carga de estrés que no enfrentan eficazmente a lo largo de la vida. Se asocia, además, con una pobre evolución en respuesta al tratamiento (de uno a tres años) respecto del promedio étílico ingerido por día, los problemas sociales producidos y el estrés al que están sometidos. En esa dirección, cabe destacar que el inicio temprano de la adicción ética<sup>29</sup> y la historia de dependencia familiar predicen a su vez el tipo de respuesta farmacológica —de posible estirpe biológica— a menudo favorable respecto de dos fármacos: ondansetrón y naltrexona.<sup>49,62</sup>

- 3. Modalidades psicoterapéuticas.** Éstas complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia,<sup>63</sup> cuya meta es la reconstrucción personal una vez lograda la primera fase del manejo relativa al control del consumo,<sup>64</sup> la cual es, para ciertos autores, la meta final del manejo antiadictivo. Otros consideran que sin reconstruir la personalidad del paciente el manejo no sería integral, quedaría corto y trunca su evolución, aunque se acepte de antemano que no todos los pacientes pueden optar por

analizar más a fondo su psicodinamia, entender su psicopatología y, por la vía de la percatación-acción, completar el restablecimiento de su salud y a menudo también de su vida.<sup>64</sup> Por lo tanto, “lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal”, como resultado del trabajo psicoterapéutico,<sup>65</sup> es una meta a la que no todas las personas pueden optar; de modo que la técnica psicodinámica se enfoca en los significados de la “sustancia como objeto” y el estudio del “*self* del adicto”, y el análisis de la resistencia y la transferencia en el seno de la relación entre el terapeuta y su paciente.<sup>64,66</sup>

Y, dado que “sale al paso” el tema, vale decir que no es que el psicoanálisis o la psicoterapia psicodinámica orientada no sean útiles para los pacientes adictos, como afirman algunos, sino que muchos pacientes, debido a su inhabilitación psíquica, no alcanzan a cumplir los requisitos psíquicos para ser considerados candidatos a terapias psicodinámicamente orientadas, por ser éstas más complejas que las conductuales y también por requerir del paciente más elementos específicos para el trabajo intelectual de análisis de tal problemática, como la introspección. De hecho, la “analizabilidad” de los pacientes, a pesar de su irresuelta controversialidad en el campo especializado para efectos de la práctica del psicoanálisis, no es dable, voluntaria ni transferible, y depende en todo caso de condiciones individuales que tienen por asiento precisamente la personalidad.<sup>64</sup> Al efecto, cualquiera que haya pasado por la experiencia psicoterapéutica —ya en el plano terapéutico formal o didáctico-formativo, como se pide a los profesionales de este campo— conoce las dificultades intrínsecas que ello representa; es poco probable que los que no lo han vivido entiendan a cabalidad (es decir, desde su interior: vivencia) de qué se trata y a qué se alude.

Contextualizar los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador/adicto a psicotrópicos, tema en el que la mayor parte de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no están familiarizados, es imperativo para una introducción conceptual a su fenomenología, complicaciones y comorbilidad.<sup>67,68</sup> Las adicciones, trastornos derivados de una etiopatogenia compleja y multifactorial, se desarrollan vertiginosamente en la actualidad, cobrando matices polifacéticos que reinciden hasta hacerse crónicos y generar elevados costos sociales.<sup>1,2</sup> Ello define la necesidad de atenderlas en forma propositiva con los mejores recursos.<sup>69,70</sup>

La variedad de síndromes adictivos como problema mundial requiere una organización terapéutica constante capaz de atender a la vez, y con la misma preferencia,

lo urgente y lo trascendente;<sup>1,6,71</sup> que conquiste y mantenga la abstinencia, y que dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa, invitando al paciente y a sus familiares, amigos, compañeros, etc., a consolidar una reinserción social que posibilite la rehabilitación integral y duradera.<sup>6</sup> Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados, los resultados no pueden compararse ni remotamente con el impacto y la diseminación social del problema.<sup>72-74</sup> Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,<sup>69,70,75</sup> se debe lo mismo a la prevaleciente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria<sup>76,77</sup> que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, reforzado por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento.<sup>67,76</sup> En dicha condición, la psicoterapia (por cierto, la mayor parte de la sociedad, el personal de salud e incluso los médicos no disponen de mayor conocimiento sobre ella, aunque a veces la critiquen) deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología.<sup>76,77</sup>

No basta, pues, prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos;<sup>6,10,63</sup> hace falta el apoyo de las modalidades reflexivas, cuyo modelo también aborde la parte inconsciente de los conflictos emocionales, donde la reflexión lleve al cambio y éste se muestre en los hechos. Todo ello habrá de reforzar el manejo en dirección benéfica del individuo, su familia y la comunidad<sup>75,76</sup> con el fortalecimiento de actividades antiadictivas; la promoción del inicio oportuno del manejo de tales problemas<sup>1,6,36,41,46,71,72</sup> y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono —tan frecuente y que caracteriza este problema psiquiátrico— redundará en la afectación del individuo, debido a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca.<sup>1,6</sup> Sin embargo, una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los programas nacionales antiadictivos, y de modo especial en las acciones dirigidas a la reducción del daño específicamente o en programas terapéuticos más generales, en la mayor parte de los casos no es esperable pronto, ni de modo fácil.<sup>76,75</sup> Existen múltiples dificultades que vencer antes de consolidarse, aunque la mayor parte de los profesionales esté de acuerdo en que la meta del manejo sea la abstinencia total, permanente y sin concesiones.<sup>2,6,10,21</sup>

La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral,<sup>1,6,78-81</sup> de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo —no necesaria-

mente profesionales— lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática,<sup>63,67</sup> porque mientras que unos pacientes requieren terapia individual por su caracteropatía y el papel que ésta tiene en su adicción —es difícil imaginar la patología adictiva sin esta condición de afectación de su personalidad—, otros requieren, además, el manejo de sus problemas de pareja o familiares,<sup>6,18,82</sup> y otros más presentan problemas psiquiátricos específicos controlables en forma farmacológica, sin cuya acción oportuna se impide la reducción del anhelo vehemente de consumo y sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.<sup>21,36,56,83</sup>

Una vez logrado el manejo de la condición aguda de los síndromes adictivos, es necesario vigorizar la comprensión global de los profesionales de la salud, familiares y líderes comunitarios acerca de este trastorno, con ayuda de la medicina y las otras ciencias afines.<sup>79-81</sup>

La diferencia entre los trastornos del carácter, en el pasado reciente tipificados como neurosis con una amplia variedad clínica, es ahora considerada por las clasificaciones actuales DSM-IV-TR, APA<sup>11</sup> y CIE-10, OMS,<sup>12</sup> como trastornos de la personalidad, debido fundamentalmente a la participación que se supone que tienen los elementos genéticos en el origen y el mantenimiento de los procesos ligados al consumo de sustancias.

De ahí que dichos trastornos a menudo se vinculen al abuso y adicción de psicotrópicos en tanto representan un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que aparta al sujeto acusadamente de las expectativas de la cultura, manifestación que se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta y lo hace ser estable a lo largo del tiempo, viviendo por ello malestar y perjuicios el individuo.

Y así se observan todos los trastornos descritos de la personalidad, vinculados a la patología adictiva, tanto en el paciente como en sus familiares, por ejemplo:

- El abusador o adicto con trastorno *paranoide* sumido en su desconfianza y suspicacia que le hacen interpretar maliciosamente las intenciones de los demás.
- El *esquizoide*, que cancela las relaciones sociales y restringe su expresión emocional.
- El *esquizotípico*, que prohija intenso malestar en la relación interpersonal, distorsiones cognoscitivas o perceptivas en el marco de sus conductas excéntricas.
- El *antisocial*, que desprecia y viola los derechos ajenos sin vacilación alguna.
- El *límitrofe*, cuya notable impulsividad hace inestables sus relaciones, autoimagen y afectos.

- El *histriónico*, cuya excesiva emotividad y demanda de atención lo hacen ser un adicto con el que es difícil lidiar.
- El *narcisista*, cuyo patrón hipervalorado y grandioso demanda admiración mientras que, paradójicamente, exhibe falta de empatía.
- El adicto con *trastorno por evitación*, con inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, por leve que sea.
- El paciente con trastorno por *dependencia*, adicto por excelencia, inmerso en su sempiterna sumisión y pegajosidad, vinculadas a su excesiva necesidad de ser cuidado.
- El *obsesivo-compulsivo*, perfeccionista y de prioritaria preocupación por el orden y el control.
- El portador de un *trastorno no especificado*, útil para tipificar un cuadro de características no típicas.
- Por último, el trastorno que, a pesar de tener claro su patrón, no está incluido en la clasificación, como ocurre con el llamado *pasivo-agresivo* de la personalidad.

Todos ellos se hallan dignamente representados en el catálogo de la psicopatología de la personalidad<sup>11,12</sup> (cuadro 9-1). Los 10 trastornos de la personalidad tipificados en los manuales de clasificación están reunidos en tres grupos, basados esencialmente en la similitud de sus características:

1. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.

#### Cuadro 9-1. Clasificación DSM-IV-TR de los trastornos de la personalidad

Paranoide
Esquizoide
Esquizotípico
Antisocial
Limítrofe
Histriónico
Narcisista
Por evitación
Por dependencia
Obsesivo-compulsivo
De la personalidad, no especificado

American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. 4ª ed., APA, 1994.

2. El grupo B incluye los trastornos antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.
3. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos (cuadro 9-2).

Un modelo consiste en las cinco dimensiones siguientes: neuroticismo, intraversión *versus* extraversión, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad *versus* amabilidad y escrupulosidad. Otro enfoque describe áreas más específicas de la disfunción de la personalidad, pudiendo incluir de 15 a 40 dimensiones (reactividad afectiva, aprensión social, distorsión cognoscitiva, impulsividad, insinceridad y egocentrismo, entre otras).

Otras dimensiones estudiadas comprenden búsqueda de novedades, dependencia de recompensas, evitación del peligro, dominancia, afiliación, compulsividad, persistencia, emocionalidad positiva *versus* negativa, búsqueda del placer *versus* evitación del daño, acomodación pasiva *versus* modificación activa y autodesarrollo *versus* dependencia. Los grupos de trastorno de la personalidad del DSM-IV (p. ej., raroexcéntrico, dramáticoemocional y ansiosotemeroso) también pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un *continuum* con los trastornos mentales primarios o principales (eje I). Por lo anterior, siguen siendo activamente investigadas las relaciones de los diferentes modelos dimensionales con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y con diversos aspectos de la disfunción de la personalidad.

Ahora bien, no obstante la descripción mostrada, es capital para la discusión de este asunto la consideración de que este sistema de agrupamiento de los trastornos, si bien es útil —de acuerdo con el criterio de quienes usan el DSM-IV-TR—, a efectos de investigación o docencia tiene importantes limitaciones y no ha sido validado clínicamente de forma consistente, y sigue modificándose con miras a un cambio más definitivo en el próximo catálogo DSM-V, APA. Ello se debe, entre otras razones, a que es frecuente que los pacientes presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos, según la opinión del Dr. Rodrigo Muñoz<sup>84</sup> (destacado profesor del tema y ex presidente de la *American Psychiatric Association*), expresada recientemente en su conferencia magistral: La personalidad y las personalidades, en el marco del Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste “Trastornos de la personalidad y su comorbilidad”, de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C.

### Cuadro 9-2. Definición, características diagnósticas y dificultades por vencer

---

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales

Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos

Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales

Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

El patrón es estable y de larga duración, y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta

El patrón no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental

No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (traumatismo craneal) (criterio f)

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta

Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias)

El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes

La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (los rasgos a menudo son considerados egosintónicos)

Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores

---

American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. 4ª ed. APA, 1994.

Ello, independientemente de que los rasgos de personalidad sean patrones persistentes de formas de percibir, de relacionarse y de pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. De hecho, se considera que los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.<sup>11</sup>

En forma complementaria, cabe señalar que se ha documentado con estudios genéticos<sup>86</sup> que tales factores contribuyen considerablemente a la determinación de los rasgos de la personalidad, pero hace poco tiempo que se empezaron a describir sus polimorfismos, en particular en relación con el receptor de dopamina D4 y la región promotora de la transportación de serotonina, la cual se relaciona con ciertos rasgos de personalidad específicos de algunas personas, como la búsqueda, a veces frenética, de novedosidad y la evitación de malestares, daños, etc.,<sup>78-80</sup> que los adictos suelen desear cancelar *ipso facto*.<sup>75</sup> Y como los efectos de ciertos genes son modestos, es probable que varios de ellos puedan explicar en conjunto las diferencias individuales, ya que diferentes dimensiones de la personalidad son atribuibles a tales factores. De hecho, algunos de los genes relacionados con rasgos adultos de personalidad contribuyen también a las expresiones más tempranas del desarrollo ontogenético. Algunos de ellos están implicados en varios

tipos de comportamiento anormal además de la patología adictiva, como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de conducta, el TDA/H, los síndromes depresivos y el suicidio, los trastornos por ansiedad,<sup>54,58</sup> la agresividad<sup>81-83</sup> y la psicosis.<sup>85,66</sup>

Los futuros caminos de la investigación aprovecharán, sin duda, la revolución bioinformática que coincide con el fin de la primera fase del Proyecto del Genoma Humano.<sup>86</sup> En tal sentido, se alberga la esperanza de que pronto puedan identificarse muchos de los genes que contribuyen a rasgos específicos de la personalidad y definir mejor su papel en la determinación del comportamiento normal y anormal, justo al inicio del desarrollo humano, contexto en el cual se enfatiza que el abuso/adicción a psicotrópicos legales e ilegales conlleva elevados gastos económicos y sociales asociados a las iniciativas de tratamiento y prevención, hoy por hoy no muy satisfactorias.<sup>2,7,14,87</sup>

La necesidad de realizar investigación a efecto de disponer de un conocimiento más preciso de tales problemas, que conduzca al desarrollo de mejores y más eficaces recursos terapéuticos, es una prioridad actual en el mundo científico,<sup>5,6,13</sup> tan sólo porque representa comportamientos obsesivos, descontrolados y persistentes basados en efectos de neuroadaptación<sup>37,38,40,62</sup> de alto impacto epidemiológico. De modo que, si el paciente se vuelve capaz de asumir sus fallas propias sin alarma a través del manejo, ello indicará que no se ve más

a sí mismo como despreciable cuando no consigue sus objetivos, sino que, por el contrario, su autoestima será entonces independiente de las vicisitudes de la vida.<sup>64</sup>

Otro indicador importante de cambio es que el sujeto no sólo trabaje para ser elogiado o dirigido por algún objetivo del pasado, sino para obtener satisfacciones de la vida presente y, por lo tanto, mejorar el futuro. De ahí que el cambio logrado por la psicoterapia como parte del manejo global también favorezca la aparición de interés por los demás, no tanto porque pudieran alimentar su devaluado autoconcepto o para darles su hipervalorada personalidad de otrora, sino porque *un ser humano puede sin duda ser importante e interesante por sí mismo*. Al perder manipulaciones, el paciente tiende a experimentar una verdadera empatía por vez primera, viendo a los otros como iguales, aunque sean separados.<sup>64</sup>

De este modo, la psicoterapia se entiende como un esfuerzo que requiere actividad y aprendizaje, más que como una lucha para alcanzar la ubicación correcta del reconocimiento de personas transferencialmente distorsionadas. Y para lograrlo, la terapia deberá ser siempre “el” lugar donde los pacientes puedan expresarse sin miedo, angustia, culpa o vergüenza, hasta el momento en que sean capaces de establecer otro tipo de relaciones saludables en la vida. Y ya que el hombre no puede ser

total, completo y feliz desde el principio, dado que como ser es estructural y existencialmente inacabado, debe “autoproducirse” e integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada. Ha de vencer antes, dice Fromm, su conflicto básico ubicado entre el amor y el odio y sus sentimientos asociados.<sup>18</sup> Pero como tal situación no se hace consciente de inmediato, deberá primero ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y su adaptación a la realidad. Su desarrollo e individuación se alcanzan con el enfrentamiento de los conflictos profundos relativos a las ataduras incestuosas hacia la madre, la familia y el grupo, por un lado, y por otro, con el desarrollo de las potencialidades humanas.<sup>64</sup>

En síntesis, el abusador/adicto y todo ser humano se encontrarán aún lejos de la salud individual, vincular y social mientras no construyan una mejor situación para su futuro. La eliminación del consumo es siempre necesaria, pero ubicar la situación “al inicio del camino” no es suficiente para autoproducirse. La pertinente modificación de la personalidad—hasta donde sea posible—lo hará más o menos factible, contribuyendo con una disposición indispensable; por lo tanto, aún falta camino por andar.

La vida es una “buena oportunidad” para ello.<sup>1</sup>

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
2. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
3. **Hrobjartsson A, Gotzsche PC:** Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001;344:1594-1602.
4. **Lasagna L:** The powerful placebo: from ancient priest to modern physician. *N Engl J Med* 1998;338:1236-1237.
5. **Camí J, Farré M:** Mechanisms of disease: drug addiction. *N Engl J Med* 2003;349:975-986.
6. **Souza y Machorro M:** Modelos profesionales de tratamiento. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. *Cuadernos FISAC* 2004: 25-46.
7. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** *Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción*. México, Dirección de Tratamiento, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.
8. **Hirschfeld RMA:** Of two minds: the revolutionary science of dual-brain psychology. *N Engl J Med* 1999;340:1218-1219.
9. **Souza y Machorro M, Quijano Bem, Díaz Barriga SL, Guisa CVM et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
10. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2): 166-179.
11. **APA:** *Diagnostical and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
12. **Organización Mundial de la Salud (OMS):** *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. V: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
13. **Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan Iscan E:** Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clin North Am* 2003;2:36-72.
14. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. México, Dirección de Tratamiento, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.
15. **Demet EM:** Addictive behavior: molecules to mankind; perspectives on the nature of addiction. *N Engl J Med* 1997;336: 299.
16. **O'Connor PG, Schottenfeld RS:** Medical progress: patients with alcohol problems. *N Engl J Med* 1998;338:592-602.
17. **Dias P:** Adolescent substance abuse: assessment in the office. *Pediatric Clin North Am* 2002;49(2):1-23.
18. **Souza y Machorro M:** *Apuntes de pareja*. Memorias del Seminario de la Escuela de Orientación para Padres. Nuevos Enfoques. Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIF-Estado de México, 2000.

19. **Newcomb MD:** Psychosocial predictors and consequences of drug use: a development perspective within a prospective study. *J Addict Dis* 1997;16:57-89.
20. **O'Connor PG, Selwyn PA, Schottenfeld RS:** Medical progress: medical care for injection-drug users with HIV infection. *N Engl J Med* 1994;331:450-459.
21. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
22. **Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL:** *N Engl J Med* 2000;343:1290-1297.
23. **Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S:** Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(8):861-868.
24. **Koob GF, Sanna PP, Bloom FE:** Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998;21:467-476.
25. **Picciotto MR:** Common aspects of the action of nicotine and other drugs of abuse. *Drug Alcohol Depend* 1998;51:165-172.
26. **Brauer LH, Behm FM, Westman EC, Patel P, Rose JE:** Naltrexone blockade of nicotine effects in cigarette smokers. *Psychopharmacology* 1999;143:339-346.
27. **Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S:** Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999;281:72-76.
28. **Koob GF, Weiss F:** Neuropharmacology of cocaine and ethanol dependence. En: Galanter M (ed.): *Recent developments in alcoholism*. Vol. 10. Nueva York, Plenum Press; 1992:201-233.
29. **Swift RM:** Drug therapy: drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med* 1999;340:1482-1490.
30. **Li TK:** Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. *J Stud Alcohol* 2000;61:5-12.
31. **Cowen MS, Lawrence AJ:** The role of opioid-dopamine interactions in the induction and maintenance of ethanol consumption. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999;23:1171-1212.
32. **Repo E, Kuikka JT, Bergström KA, Karhu J, Hiltunen J et al.:** Dopamine transporter and D2-receptor density in late-onset alcoholism. *Psychopharmacology* 1999;147:314-318.
33. **Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Hitzemann R:** Decreases in dopamine receptors but not in dopamine transporters in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:1594-1598.
34. **Tupala E, Hall H, Sarkioja T, Rasanen P, Tiihonen J:** Dopamine-transporter density in nucleus accumbens of type-1 alcoholics. *Lancet* 2000;355:380.
35. **Guardia J, Catafau AM, Battle F, Martin JC, Segura L et al.:** Striatal dopaminergic D(2) receptor density measured by [(123)I]iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol-dependent patients. *Am J Psychiatry* 2000;157:127-129.
36. **Gatch MB, Lal H:** Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22:917-944.
37. **Volpicelli JR, Alterman AI, Hayasgida M, O'Brien CP:** Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:876-880.
38. **O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE et al.:** Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:881-887.
39. **Freedman R:** Psychiatric genetics and genomics. *N Engl J Med* 2003;349:411-412.
40. **Musto DF:** Creating the American junkie: addiction research in the classic era of narcotic control. *N Engl J Med* 2003;348:2369-2370.
41. **Johnson BA, Ait-Daoud N:** Neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Psychopharmacology* 2000;149:327-344.
42. **Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M et al.:** Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am J Psychiatry* 1999;156:11-18.
43. **Whitworth AB, Fisher F, Lesch OM, Nimmerrichter A:** Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996;347:1438-1442.
44. **Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic M, Lion K et al.:** Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. 90-day placebo-controlled dose-finding study. *Br J Psychiatry* 1997;171:73-77.
45. **Poldrugo F:** Acamprosate treatment in a long term community-based alcohol rehabilitation program. *Addiction* 1997;92:1537-1546.
46. **Geerlings PJ, Ansoms C, van den Brink W:** Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics. *Eur Addict Res* 1997;3:129-137.
47. **Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA:** A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691.
48. **Riggs P, León SL, Mikulich S:** An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance abuse disorders and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1271-1278.
49. **Johnson BA, Ait-Daoud N, Prihoda TJ:** Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: from hypothesis to preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:737-742.
50. **Baxter LR, Schwartz JM, Phelps ME, Mazziotta JC:** Localization of neurochemical effects of cocaine and other stimulants in the human brain. *J Clin Psychiatry* 1988;49:23-26.
51. **Little KY, Carroll FI, Butts JD:** Striatal [125I]RTI-55 binding sites in cocaine abusing humans. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22:455-466.
52. **Little KY, McLaughlin DP, Zhang L, McFinton PR, Dackiw GW:** Brain dopamine transporter messenger RNA and binding sites in cocaine users: a postmortem study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:793-799.
53. **Klein M:** Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction. *Ann N Y Acad Sci* 1998;844:75-91.
54. **Tomkins DM, Sellers EM:** Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *CMAJ* 2001;164(6):817-821.
55. **Warner EA, Kosten TR et al.:** Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997;81:909-925.
56. **Carroll CA:** Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA* 1998;280:1936-1943.
57. **Gerra G, Marcato A, Caccavari R, Fontanesi B et al.:** Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 1995;12:35-41.

58. **Parsian A, Cloninger CR:** Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: association studies. *Psychiatr Genet* 2001;11:89-94.
59. **Meszáros K, Lenzinger E, Hornik K, Fureder T, Willinger U:** The tridimensional personality questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:483-486.
60. **Cloninger CR:** Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.
61. **Babor TF, Hofmann M, Delboca FK, Hesselbrock V, Meyer RE:** Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:599-608.
62. **Johnson BA, Roache JD, Javors MA, Diclemente CC, Cloninger CR:** Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-971.
63. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
64. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208.
65. **Millán S:** *El psicoanálisis contemporáneo*. Simposio de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas (IFPS) e Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 16 a 20 de noviembre de 2001.
66. **KK HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Washington, William and Wilkins, 1994.
67. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
68. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
69. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
70. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
71. **Kaufman E, McNul J:** Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat Mar* 1992;43(3):220-232.
72. **Kaufman E:** Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet. Gynecol* 1996;174(1):21-27.
73. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* 1998;7(3):205-209.
74. **Kosten TR:** Drug alcohol withdrawal management. *N Engl J Med* 2003;348:1786c-1795c.
75. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
76. **Souza y Machorro M:** Acerca de la educación y el entrenamiento clínico en adicciones. *Psiquiatría* 2004.
77. **Souza y Machorro M:** *Principios generales de psicoterapia: un lugar en la terapéutica por derecho propio*. I Simposium de Patología Psiquiátrica del Gobierno del Estado de Tamaulipas. Secretaría Estatal de Salud. Universidad Autónoma del Estado de Tamaulipas y Hospital General de Ciudad Victoria, Tamp., 1996.
78. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Goldstein RZ:** Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002;15(8):284-296.
79. **Goldstein RZ, Volkow ND:** Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1642-1652.
80. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ:** Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002;13(5-6):355-366.
81. **Willner P, Young A, Sanger D:** New advances in the understanding and treatment of addiction. *Behavioral Pharmacology* 2002;13(5-6):323-325 (Editorial).
82. **Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T et al.:** Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341:1892-1898.
83. **De Moore GM, Robertson AR, Wintemute GJ:** Firearms and suicide. *N Engl J Med* 2000;342:1528-1529.
84. **Muñoz R:** *La personalidad y las personalidades*. Conferencia magistral. Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste. Trastornos de la personalidad y su comorbilidad. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guaymas, 3 a 6 de junio de 2004.
85. **Westermeyer J:** Addiction psychiatry: current diagnosis and treatment. *N Engl J Med* 1995;333:1158-1159.
86. **Freedman R:** Psychiatric genetics and genomics. *N Engl J Med* 2003;349:411-412.
87. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.

---

## Predicción de la respuesta terapéutica

---

La información derivada de investigación internacional de los últimos años, vinculada con la utilidad de los factores de predicción de la respuesta al tratamiento antiadictivo en pacientes abusadores/adictos, es un importante referente clínico que ha señalado, no obstante su heterogeneidad, la existencia de ciertos elementos participantes del desarrollo de la patología adictiva y su peso específico, la identificación adecuada de cada uno ellos y el impacto que propina su conjunto. El análisis acucioso de su compleja dinámica<sup>1</sup> permite visualizar un marco de referencia que, aun siendo relativo, plantea un factible escenario de actuación al servicio de la comprensión de este complejo fenómeno y al apoyo que pretende brindarse a tales pacientes a través del amplio espectro de acciones de la labor terapéutica.<sup>2</sup>

La revisión histórica de la información que sustenta la participación complementaria de los factores de predicción de respuesta terapéutica se clasifica en dos vertientes: la de estirpe biológica y la vinculada a la fisiología psicosocial.<sup>3</sup> La primera se refiere al papel de los neurotransmisores cerebrales (dopamina, serotonina, GABA), el sistema de neuropéptidos “Y”, la proteína C cinasa y la dupla formada por la adenilciclase y la proteína G. De entre estos factores destacan por su trascendencia clínica los trastornos del dormir, las alteraciones neuropatológicas registradas en el EEG y otros resultados que ofrecen indicadores biológicos accesibles de reacción al consumo de alcohol, que inducen, a criterio de varios autores, a proponer una clasificación de la dependencia etílica por tipos etiopatogénicos.<sup>3-4</sup> Por su parte, los factores psicosociales aluden a las alteraciones de la función cognoscitiva, la presencia en los pacientes del deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y la conducta de búsqueda de la sustancia; el

estrés; ciertos rasgos de la personalidad; la disfunción de la autoeficacia mostrada en labores de realización personal necesarias para el individuo; la alteración de la capacidad individual para expresar adecuadamente las emociones; la diversa comorbilidad psiquiátrica; el nivel de dependencia alcanzado; la respuesta previa al tratamiento farmacológico; la severidad mostrada de la adicción; la corroboración/descarte de las interacciones entre los factores de predicción y el tratamiento psicosocial logrado; el género; el papel de la psicopatología y la comorbilidad propia de los procesos adictivos respecto de psicotrópicos de alta preocupación psicosocial: etanol, cocaína, opiáceos y nicotina.<sup>5</sup> Y aunque ambos grupos de factores, aún en proceso de estudio, no pueden considerarse concluyentes todavía, su diversidad y profundidad observacional aporta interesantes elementos que facultan consideraciones no contempladas, y opciones de conocimiento práctico no sistematizadas para ser asumidas en la línea terapéutica de la patología adictiva.<sup>3</sup>

---

### FACTORES BIOLÓGICOS

---

#### Alcohol

- a. **Dopamina.** En la adicción etílica, la actividad dopaminérgica representa un marcador, que ha documentado no sólo su importante papel de mediador neuroquímico cerebral, sino su posible participación en la recaída de consumo de los pacientes abusadores/adictos.<sup>1,2</sup> El sistema dopaminérgico,



que forma parte del llamado “sistema de recompensa”, se afecta indistintamente por ambos tipos de consumo de alcohol: el agudo y el crónico. Su administración aguda estimula la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*, y cuando se hace crónico disminuye la regulación de los receptores D2.<sup>1,5</sup>

De ahí que la recuperación y normalización de la actividad dopaminérgica se asocie a la observación de una mejoría clínica posterior.<sup>6</sup> Además, comparados con individuos voluntarios sanos, los adictos al etanol muestran descenso de niveles séricos de hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina, valproato, clonidina,  $\beta$ -hidroxibutirato y etanol.<sup>7-12</sup> La importante disminución circulante de esta hormona tras la administración de apomorfina —y otros fármacos— se asocia con la temprana recaída de consumo de los adictos producida por la severidad de su adicción, por lo que posiblemente dicha hormona resulte ser un marcador biológico del grado de afectación del alcoholismo y, a su vez, el marcador de una forma especialmente grave de alcoholismo.<sup>13-16</sup> Distintos estudios actuales sobre genética relacionan los receptores D2 y la adicción etílica,<sup>17</sup> pero como se han documentado evidencias<sup>18-20</sup> en ambos sentidos,<sup>21-23</sup> aún persiste la controversia.

- b. Serotonina.** La actividad serotoninérgica se modula por el transportador 5-HT, además de 14 diferentes subtipos de receptores y sus interacciones con los sistemas dopaminérgicos, gabaérgicos, glutamatérgicos, opiáceos, neuroesteroideos y otros. No obstante, muchas investigaciones enfocan su consideración de los subtipos de alcoholismo como disminuciones de la función serotoninérgica de inicio precoz. Asimismo, la consideran un elemento etiológico fundamental de la agresividad, la impulsividad, las tendencias suicidas y otros trastornos psiquiátricos que predisponen a la adicción etílica y que, a su vez, predicen en sus portadores una pobre respuesta al tratamiento.<sup>24-31</sup> Lamentablemente, por ahora los estudios de genética sobre la serotonina permanecen inconclusos,<sup>32-35</sup> y se requiere más conocimiento específico que dé luz a la especulación clínica en tal dirección.
- c. Opiáceos.** Los opiáceos endógenos se han relacionado en muchos estudios con las propiedades de recompensa que tiene el etanol.<sup>36</sup> El sistema opiáceo también se relaciona con los efectos de la dopamina, GABA y otros neurotransmisores, afectados igualmente por el etanol. El sistema

opiáceo endógeno, que se supone mediado en alguna forma por los efectos reforzadores del etanol, puede encontrarse alterado en algunos individuos, lo cual induce a pensar que se trate de un riesgo particular para la producción de la dependencia alcohólica.<sup>37-39</sup> Volpicelli propuso a finales del siglo pasado la llamada “hipótesis de la deficiencia opiácea”,<sup>40</sup> que sugiere un alto riesgo a la enfermedad cuando existe una historia familiar de esta patología. Tales personas —unas y otras— muestran una deficiencia en la actividad basal del sistema opiáceo endógeno. Además, se ha observado que la ingestión etílica produce distinta respuesta de las  $\beta$ -endorfinas plasmáticas en los individuos adictos que la producida en los individuos con bajo riesgo familiar, por lo que se supone que en los primeros existe una mayor sensibilidad del sistema endorfinico al etanol<sup>41</sup> que no se encuentra en los segundos. Los pacientes con sensibilidad incrementada provienen en su mayoría de familias con pobre respuesta y evolución terapéutica tórpida, como si tal desregulación opiácea fuera responsable en alguna forma del mayor riesgo de recaída. Por lo tanto, en estos pacientes la terapéutica con antagonistas opiáceos como la naltrexona ha resultado más efectiva,<sup>42</sup> especialmente a largo plazo, que otras medidas farmacológicas usadas.

- d. Papel de otros neurotransmisores cerebrales, neuromoduladores y procesos postsinápticos.** Estudios recientes indican que el GABA, el sistema de neuropéptidos “Y”, la proteína C cinasa y el binomio adenilciclasa/proteína G son sistemas que mantienen un papel determinado, ya sea en el desarrollo o en el mantenimiento de la adicción, aunque los hallazgos disponibles no permiten, por ahora, obtener explicaciones más detalladas que hagan que tales elementos sean predictores específicos.<sup>1,5</sup>
- e. Trastornos del dormir.** Las modalidades clínicas que ofrecen los trastornos del dormir son hallazgos conocidos y documentados por su frecuente aparición en abusadores y adictos a psicotrópicos, en quienes por cierto, dado que no suelen registrarse en las historias clínicas, no parece haberse puesto suficiente atención terapéutica en el medio mexicano. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas son patentes, lo mismo durante los episodios agudos de ingestión que en los periodos de abstinencia posterior, o incluso en la abstinencia prolongada con o sin tratamiento farmacológico o psicosocial, o ambos. De hecho, se sabe que las alteraciones de los alcohólicos abstinentes, caracte-

rizadas por latencias prolongadas para iniciar el dormir; el reducido tiempo total de horas dormidas; la alteración de la eficacia del dormir: identificada como sueño no reparador; la disminución en el periodo de N-REM; <sup>43</sup> la afectación de los periodos REM, la disminución de la latencia REM, el incremento de éste y la densidad del primer periodo REM son hallazgos comunes y documentados desde hace varios decenios. La mayoría de estos trastornos persisten en por lo menos 50% de los adictos étlicos abstinentes durante los tres primeros meses, o más, de su evolución terapéutica. <sup>44</sup> Algunos estudios acerca del valor predictivo de las anomalías del dormir sobre la evolución clínica de dichos pacientes indican que con el uso de una escala *ad hoc* (que mide la composición del sueño REM, latencia, densidad y porcentaje de tiempo efectivo de sueño) pueden descubrirse ciertas anomalías aun en personas alcoholoddependientes que mantienen abstinencia de más de seis meses de evolución. Tales alteraciones son menores que en aquellos individuos que se hallan en proceso de recaída y, por lo tanto, resultan indicadores comparativos útiles, rápidos y económicos. <sup>45</sup>

Quienes padecen de recaída en evolución suelen mostrar un acortamiento de la latencia del REM, aumento de su porcentaje total de tiempo y densidad. <sup>46</sup> De ahí que en abusadores/adictos con un mes mínimo de abstinencia efectiva puedan considerarse el elevado porcentaje de REM y el bajo porcentaje de sueño de ondas lentas <sup>47</sup> como indicadores de recaída (por un periodo de hasta seis meses). Y dado que los registros polisomnográficos no son accesibles en ciertos ámbitos a todos los pacientes, investigadores y clínicos han promovido el uso exploratorio a través de ciertas escalas para medir la calidad del dormir en aras de su valor predictivo, enfoque que puede ser fácilmente usado en la evaluación clínica rutinaria de tales pacientes. De modo paralelo, se ha encontrado que los resultados de los registros polisomnográficos y las evaluaciones subjetivas no difieren tanto en la medición efectiva y el pronóstico de la recaída, <sup>48</sup> lo cual no es aplicable a otras cuestiones más finas del estudio del dormir a través del polirregistro. <sup>49</sup> Así, por ejemplo, la dificultad nocturna para iniciar el dormir se correlaciona con el pronóstico malo para el tratamiento de la dependencia ética, y es tan importante para el efecto que se describe que tal aumento de la latencia inicial y la percepción de “haber dormido mal”, que tan a me-

nudo refieren algunos pacientes, se estiman eficaces predictores de recaída. <sup>47,49</sup> Asimismo, el insomnio que sigue a una abstinencia de en promedio un mes de duración predice la recaída. <sup>50</sup>

**f. Electroencefalograma.** Muchos estudios que utilizan técnicas cuantitativas, como el EEG, muestran que la elevación de la actividad de las ondas B (mayor de 13 Hz) se asocia con recaída de consumo en alcoholoddependientes recientemente desintoxicados. <sup>51</sup> Los análisis de la densidad de la actividad beta ubican el origen de este tipo de rápida producción en las regiones profundas del lóbulo frontal, que sugieren que los pacientes que recaen tienen defectos en las regiones responsables de la ejecución y control de los impulsos, <sup>52</sup> lo cual se correlaciona ampliamente con los recientes hallazgos proporcionados por la neuroimagenología contemporánea. <sup>53-60</sup> La asociación entre la elevación de la potencia beta, los trastornos de conducta infantiles y la historia familiar de dependencia alcohólica documentados, que son por cierto algunos de los factores conocidos más comunes para invocar la etiopatogenia de esta dependencia, pueden factiblemente ser usados en el manejo clínico cotidiano. <sup>50-52</sup>

**g. Pautas de medición de la reactividad biológica.**

Los estímulos asociados al uso previo de ciertas sustancias también se asocian a la recaída. En un estudio realizado en varones tratados por dependencia ética se encontró que el deseo-necesidad y la urgencia de beber, secundarios a la exposición a estímulos imaginarios, son consecuencia inmediata de un estado de ánimo displacentero producido por la condición experimental, <sup>61</sup> la cual se ha reproducido e incluso cuantificado en el tiempo de latencia de la posible recaída. <sup>62</sup> No obstante, dicho *craving* producido experimentalmente sólo se alcanza de 8 a 10% de las veces. Véase en ello una compleja relación entre las pautas que facilitan o disparan el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda de sustancia, los estados emocionales displacenteros y los rasgos de personalidad de los pacientes, <sup>63-65</sup> lo que no es aún argumento sólido en términos de simple relación causal directa entre los elementos de exposición y recaída. Por otro lado, la medición de la actividad de los núcleos ventrales estriado y pálido en pacientes adictos en proceso de recaída es distinta, a su vez, de los individuos sin recaída y los normales sanos. <sup>66</sup> Además, las pautas de reactividad son mayores en alcoholoddependientes que en sus controles, <sup>67</sup> tal como lo señalan incluso los modelos

animales que apoyan esta forma de respuesta frente a la recaída.<sup>68</sup>

**h. Tipos de alcoholismo.** La adicción etílica es considerada un trastorno psiquiátrico de bases genéticas y ambientales que influyen a su vez en su curso y su pronóstico. Se han realizado múltiples esfuerzos para tipificar los subgrupos de pacientes con base en numerosas características, incluyendo la historia familiar, edad de inicio, patrón de consumo y perfiles de personalidad. Cloninger<sup>6</sup> condujo un estudio sobre la heredabilidad del alcoholismo en varones suecos adoptados a edad temprana por personas no familiares. Su estudio identificó dos distintos tipos de abuso de alcohol con diferentes características etiológicas genéticas y ambientales. Ambos tipos, 1 y 2, son distinguibles a partir de las bases biológicas de los familiares adoptivos, los patrones de abuso de alcohol y el grado de afectación recibida por la exposición posnatal ambiental, responsables de la susceptibilidad a la adicción etílica. Con el paso de los años, otros estudios han concluido que el tipo 1 predomina en mujeres, quienes presentan mayor edad de inicio de consumo, y no se asocia a la comisión de conductas antisociales. Este tipo de pacientes muestran predominantemente aspectos psíquicos de la dependencia sobre los fisiológicos, y experimentan sentimientos de culpa acerca de su forma de beber. En contraste, el tipo 2 presenta características compatibles con los varones, es decir, se distingue por la calidad y cuantía de los problemas vinculados a los episodios irrestrictos de bebida; tiene una edad de inicio de consumo temprana y se asocia más a actos delincuenciales diversos.<sup>6</sup>

Otro modelo, desarrollado por Babor,<sup>69</sup> describe dos subtipos de adictos al etanol que difieren entre sí a lo largo de 17 características. El tipo A se caracteriza por un inicio de consumo tardío, pocos factores de riesgo en la infancia (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, disfunción cerebral mínima y trastornos de conducta), grado de dependencia menos severa, pocos problemas derivados del consumo etílico y menor grado de disfunción psicopatológica. A su vez, el tipo B reúne pacientes alcohólicos con inicio temprano de problemas relacionados con el consumo etílico, un elevado nivel de factores de riesgo en la infancia, presencia de alcoholismo familiar, un grado severo de adicción y uso múltiple de psicotrópicos. Estos individuos muestran una historia crónica de tratamientos y una mayor carga de estrés —que no enfrentan eficazmente— a lo largo de su vida.<sup>69</sup> Se

asocia, además, con una pobre evolución en respuesta al tratamiento (de uno a tres años) respecto del promedio etílico ingerido por día, los problemas sociales producidos y el estrés al que están sometidos. El inicio temprano de la adicción etílica y la historia de dependencia familiar predicen el tipo de respuesta farmacológica a dos sustancias: ondansetrón y naltrexona.<sup>70</sup>

## FACTORES PSICOSOCIALES

**a. Funciones cognoscitivas.** La afectación de estas funciones altera la habilidad de los individuos de desarrollar mecanismos de adaptación y afrontamiento eficaz de los problemas, especialmente aquellos requeridos para eliminar la conducta de abuso de psicotrópicos, la cual, por cierto, incrementa el patrón equívoco de toma de decisiones que a su vez aumenta el riesgo de recaída de consumo. La disfunción cognoscitiva estimula la impulsividad y promueve una deficiencia global de la ejecución de funciones, alterando el apego al tratamiento y facilitando la recaída.<sup>71</sup> Un estudio realizado *ad hoc* en individuos que recibieron tratamiento antiadictivo, al comparar luego de uno a seis meses de evolución la asociación de sus variables cognoscitivas y no cognoscitivas, indica que la función cognoscitiva mejora en función de la obtención de las ventajas del postratamiento, pero empeora en ausencia de éstas. Asimismo, un número considerable de estudios en esa dirección señalan la importancia de la recuperación de las habilidades cognoscitivas en la predicción de la evolución terapéutica de los pacientes abusadores/adictos.<sup>72</sup>

**b. Deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y conducta de búsqueda de alcohol.** Esta condición, tomada como sinónimo de recaída, es un proceso señalado en la literatura mundial como uno de los elementos más importantes encontrados en todas las adicciones, pese a que no existe consenso en su definición porque no se ha encontrado la forma específica de evaluarla adecuadamente. Tal proceso fisiológico en respuesta a la(s) sustancia(s) consumida(s) consiste en la presencia de un componente subjetivo experimentado como un deseo irrefrenable que acompaña a una necesidad de reiniciar el consumo, el cual se asocia con la expectativa de obtener placer o, por lo menos,

de dar alivio a los sentimientos y sensaciones displacenteras; esta expectativa despliega una conducta particular y reiterativa, descolante en términos de la salud pública, que se identifica como responsable de la comisión de delitos y actos antisociales, accidentes, etc.<sup>73</sup> Dicha condición se ha evaluado a través de escalas y medidas fisiológicas, como la conductancia dérmica y la respuesta galvánica de la piel; cambios en la frecuencia cardíaca; presión arterial; incremento de la salivación y otros factores asociados a la respuesta de neuroadaptación.<sup>74</sup>

La mayoría de las investigaciones que estudian el papel del deseo-necesidad imperiosa de consumo como factor predictor de la recaída refieren que su presencia no necesariamente advierte al portador respecto de su conducta de búsqueda, llevándolo así a un nuevo consumo que podría evitarse.<sup>5,75</sup> Cuando la evaluación de esta condición se realiza por autorreporte,<sup>76</sup> se producen claras excepciones.<sup>77</sup> Incluso cuando se realizan las evaluaciones vía cuestionarios y pruebas prospectivas, el deseo-necesidad imperiosa de consumo, contrario a lo esperado por clínicos e investigadores, sólo alcanza a predecir parcialmente la recaída.<sup>78</sup>

- c. Estrés.** Existe una tendencia social a explicar cómo el estrés cotidiano provoca en personas susceptibles el inicio del consumo del etanol, o bien su estímulo para las recaídas. Esta clara relación de causa-efecto, estudiada ampliamente en animales inferiores, no es concluyente al aplicarse a humanos. La mayor parte de tales estudios consideran que el estrés es capaz de producir el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su consecuente conducta de búsqueda, pero aún falta explicar cuál combinación de factores, y cómo ésta, en todo caso, se responsabiliza de la producción de conductas de inicio de consumo o reinicio cuando el individuo ya es abusador o adicto. Ni siquiera se sabe si es uno o son varios los factores responsables del fenómeno. De hecho, debe considerarse que el estrés en animales puede producirse no sólo por autoadministración de etanol, sino que la exposición previa al etanol puede provocar que el animal exhiba dificultades para enfrentar el estrés. En tal dirección, estudios clínicos indican que el estrés crónico desempeña un papel en el desarrollo del uso de alcohol, inicio del tratamiento y precipitación de las recaídas, de acuerdo con la hipótesis de la llamada "vulnerabilidad al estrés",<sup>79</sup> según la cual el consumo de etanol representa la mejor alternativa frente al estrés, mediada ésta por la parti-

cipación simultánea y antagónica de los factores protectores y los de riesgo de consumo. De modo que la forma como se desplieguen las estrategias de manejo del estrés será, por lo tanto, más útil en la predicción exitosa de la evolución terapéutica que el mismo estrés.<sup>80,81</sup> En consecuencia, la forma adecuada de asumir la estrategia sustitutiva de la dependencia, como el iniciar nuevas relaciones o la participación en actividades religiosas, deportivas, etc., y la participación en grupos de ayuda mutua y otras se asocia por lo general con periodos más largos y fructíferos de abstinencia responsable.<sup>3,81</sup>

- d. Factores de personalidad.** Se dispone de muchos estudios acerca del papel de la personalidad en la conducta de abusadores/adictos, especialmente en cuanto al origen de su patología, y más especialmente en relación con las recaídas de consumo. Los modelos de la literatura contemporánea más comunes de categorización de la personalidad resultan apoyados por los trabajos de Cloninger, realizados hace casi dos decenios, los cuales se centran en la dimensión que otorga la imposibilidad de lograr manejo o mejor control de los impulsos.<sup>82</sup>

Con base en este concepto se han propuesto tres dimensiones de personalidad genéticamente independientes:

- Las personas caracterizadas por la constante búsqueda de novedad, lo cual se refiere a la tendencia heredada de actividad exploratoria y a una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (mediados por la dopamina), cuyos patrones conductuales asociados incluyen impulsividad y excitabilidad.
  - Los individuos preocupados en eliminar sistemáticamente lo nocivo o dañino de su entorno, quienes se describen con base en la tendencia a escapar de situaciones factiblemente asociables a castigo (mediados por el sistema serotoninérgico mesolímbico), y cuyos patrones conductuales asociados incluyen ansiedad, vergüenza y enfoque pesimista.
  - Los individuos considerados dependientes de la recompensa, caracterizados por el apego a diversas situaciones vinculadas con reforzamientos (mediados por el sistema noradrenérgico, receptores dopaminérgicos D<sub>4</sub>), cuyos patrones conductuales asociados incluyen tendencia a la dependencia, sentimentalismo y persistencia.<sup>83</sup>
- La teoría biosocial de la personalidad de Cloninger se amplió posteriormente para incluir otras

dimensiones: *de persistencia, autodirección, cooperatividad y autotranscendencia*.<sup>82</sup> Otras investigaciones han estudiado estrechamente las categorías mencionadas con miras a la prevención de las recaídas de los dependientes del etanol sin importar su género, así como aspectos cognoscitivo-conductuales mostrados en las recaídas.<sup>84</sup> La autoeficacia en la realización de actividades reforzadoras del bienestar y salud del individuo, así como para asumir las ventajas de ciertos comportamientos convenientes, se ha convertido en un indicador de predicción importante en los pacientes.<sup>74,75,85</sup>

Basados en la teoría de la psicoterapia cognoscitivo-conductual, los sujetos que confían en su habilidad para mantener la abstinencia durante las situaciones de riesgo son más proclives a vincularse en estrategias terapéuticas y, por lo tanto, sucumben menos a las recaídas.<sup>86</sup> Los resultados de algunas investigaciones señalan que la autoeficacia es influida a su vez por un amplio número de factores psicológicos y sociales, incluyendo el nivel educativo de las personas y su estado civil.<sup>87</sup> Aquellos pacientes pronos a incrementar su autoeficacia y mejorar sus capacidades destinadas al enfrentamiento más eficaz o exitoso de los problemas exhiben mejores pronósticos en su evolución y por más largo plazo. De hecho, cuando la terapéutica provoca el aumento de la autoeficacia, los pronósticos favorables se incrementan.<sup>86,87</sup>

- e. **Expresión de las emociones.** Es un hecho clínicamente conocido y comprobado que la participación de los cónyuges y otros miembros de la familia del abusador/adicto son predictores de su evolución terapéutica.<sup>88</sup> Los cónyuges de estos pacientes que muestran una elevada expresibilidad emocional (independientemente del concepto por el cual se estimulen a hacerlo) inducen en sus parejas la presentación de un mayor número de recaídas, a mostrar menos tiempo entre una recaída y otra, y a gastar mayor tiempo total en la destructividad etílica.<sup>89</sup>
- f. **Comorbilidad psiquiátrica.** La presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o ambas produce en los pacientes que recién ingresan a tratamiento por patología adictiva una dificultad para realizar su apropiado diagnóstico, lo cual sucede incluso entre clínicos con experiencia en la especialidad. Este problema contribuye no sólo a su pobre reconocimiento como parte de la estrategia necesaria y previa al manejo, sino que influye negativamente y confunde al personal de salud, que establecerá contacto prejuiciado con el paciente. Se ha docu-

mentado que las dificultades diagnóstico-terapéuticas contribuyen a la producción de malestar en vez de combatirlo, lo que, sumado a la ansiedad/depresión existente, afecta aún más el manejo correcto de los síndromes adictivos.<sup>90-92</sup> Se sabe que los varones dependientes del etanol deprimidos muestran más frecuentemente patrones de bebida más intensos y difíciles de abandonar que los varones alcoholodependientes no deprimidos.<sup>93</sup> De hecho, las mujeres con depresión (primaria y secundaria) muestran significativamente más periodos de abstinencia que las pacientes alcohólicas sin depresión.<sup>94</sup>

Por otra parte, la presencia adicional de diagnósticos psiquiátricos en varones, incluida la depresión mayor, empeora el pronóstico y agrava el patrón de bebida y de trastornos psíquicos que redundan en daño social. Se ha comprobado, asimismo, que los pacientes con dependencia etílica que se deprimen muestran mayores cifras de recaída que los individuos depresivos abstinentes.<sup>95</sup> Por otra parte, la relación existente entre ansiedad y adicción etílica en aún cuestión de cierto debate. Sin embargo, existe un acuerdo general en torno de que ello puede ser consecuencia de la comorbilidad, a un lado del valor intrínseco que la ansiedad tenga en la producción de esta patología, u otras, en su calidad comórbida. Los pacientes con diagnóstico dual muestran pobre pronóstico porque la ansiedad se asocia simultáneamente con la producción de la enfermedad y el mantenimiento de la adicción, lo mismo que con patrones de recaída en la dependencia. De ahí que se haya demostrado que, en los varones, la presencia de ansiedad y dependencia etílica se incrementan una a la otra.<sup>96-99</sup> Lo importante que hay que señalar es que tales pacientes aumentan su consumo de psicotrópicos, y más especialmente su tendencia suicida, debido a su ansiedad y dependencia.<sup>100</sup>

- g. **Grado de severidad de la dependencia.** Con algunas excepciones, la mayor parte de los estudios al respecto indican una relación clara entre el grado de severidad de la dependencia etílica y su mal pronóstico.<sup>101</sup> La historia de la adicción y las creencias que se tengan de deficiente control de impulsos predicen la evolución del trastorno en la mayoría de los casos.<sup>102</sup> El grado de la severidad de la dependencia puede relacionarse además con el grado de expresión clínica del deseo-necesidad imperiosa de consumo y su respectiva conducta de búsqueda,<sup>103</sup> lo que, por otro lado, hace pensar que la gravedad de la dependencia permite asimismo

asociarse con la percepción del posible éxito en el logro del enfrentamiento adecuado de situaciones de alto riesgo de consumo.<sup>101</sup>

**h. Respuesta clínica al tratamiento farmacológico.** Se han realizado muchos estudios para conocer la evaluación farmacoterapéutica antiadictiva contra el alcoholismo. Algunos indican que los altos niveles de deseo-necesidad imperiosa de consumo se asocian a una respuesta terapéutica adecuada a la naltrexona,<sup>101-103</sup> o bien a la combinación naltrexona-ondansetrón.<sup>70,104</sup> otro factor de predicción de la respuesta al tratamiento farmacológico de la adicción etílica de inicio temprano.<sup>1,3,5,69</sup> Se estima que los pacientes que cuentan con ambas condiciones (inicio temprano de la dependencia e historia familiar de adicción etílica) son más proclives a una mejor respuesta terapéutica medicamentosa a ciertos fármacos. Estos hallazgos implican que este subgrupo de pacientes representa cierta vulnerabilidad inherente al funcionamiento de los sistemas serotoninérgico y opiáceo.<sup>104,105</sup> De hecho, el apego al manejo con fármacos ha sido hasta ahora un buen predictor de una respuesta positiva a naltrexona.<sup>102,103</sup>

El acamprosato, producto sintético que actúa recuperando el tono de los receptores NMDA del sistema glutamatérgico, tuvo éxito en Francia en abstinencia de tres meses de duración en 4 400 pacientes.<sup>1</sup> Pero un estudio estadounidense, al no poder reproducir los resultados, hizo que se especulara acerca de la diferencia de resultados, encontrándose dos factores responsables de tal eficacia: que los pacientes inicien las dosis en periodos en que no exista actividad intensa de ingestión y que se realice una selección del grupo de estudio en aquellos pacientes que, por estar altamente motivados, por lo tanto son candidatos a la abstinencia total como meta terapéutica.<sup>1</sup> Es decir, en aquellos casos en que no sea recomendable dirigir las metas a la completación de la abstinencia, éstos deberán excluirse y permitirles llevar a cabo sólo una “abstinencia” parcial, si bien, en sentido estricto, “abstinencia” significa eliminación radical del consumo.<sup>73,105</sup> Por su parte, pese a que el disulfiram (Antabuse®), fue uno de los primeros medicamentos dirigidos al manejo de la adicción alcohólica, su eficacia y utilidad no han sido establecidas aún en estudios amplios.<sup>106</sup> No obstante, las investigaciones señalan que la adherencia al fármaco predice buena respuesta a la abstinencia posterior. La combinación de disulfiram y otras medidas psicoterapéuticas de corte conductual,

especialmente aquellas que incluyen el énfasis en el apego al uso del fármaco, apoyan la eficacia del producto.<sup>107</sup>

Los pacientes casados, altamente motivados y orientados a la abstinencia total que ingresan a tratamiento como resultado de alguna forma de coerción, muestran mejor evolución.<sup>108,109</sup>

**Cocaína.** Los factores predictores documentados se refieren a:

**a. Severidad de la dependencia.** Uno de los mejores predictores de la adicción a cocaína es el grado de adicción, que suele asociarse con pobre respuesta terapéutica. La severidad de los síntomas de abstinencia y la cuantificación de los metabolitos en orina predicen asimismo falla del tratamiento.<sup>110</sup> Los pacientes con *antidoping* positivo a cocaína son, cuando recién ingresan a tratamiento, personas con menor posibilidad de completar su manejo, e incluso de consolidar la abstinencia total posterior.<sup>111</sup> El estudio toxicológico de los pacientes tamizados con escalas *ad hoc* predice las bajas de los programas de manejo. Se estima que los pacientes con mayor sintomatología abstinentes son cinco veces más proclives a interrumpir el manejo de modo precoz. Dicha escala y la determinación de metabolitos en orina muestran igual capacidad para predecir la abstinencia de cocaína durante el primer mes de manejo,<sup>112</sup> lo cual es de mucha utilidad en el ahorro de recursos especializados (toxicológicos) en estos pacientes. Las variables sociodemográficas y otras variables predictoras de éxito terapéutico (edad, género, raza, nivel educativo, tiempo de duración del consumo, dosis habitual de consumo en los últimos 30 días y los resultados del índice de severidad de la adicción), cuantificadas a 6 y a 12 meses de postratamiento, componen un esquema útil para la predicción de la evolución en estos pacientes.<sup>113</sup> Se adiciona a estos recursos la opinión de los adictos respecto de sí mismos y su consumo como problema individual.<sup>114</sup>

Por otra parte, cabe mencionar que los resultados de la predicción de la toxicología aplicada y el estudio de las variables sociodemográficas no son de utilidad en el manejo de la consecuencia médica y psiquiátrica derivada del consumo de cocaína, ya que se ha documentado que no parece existir correlación entre los niveles séricos del psicotrópico y la concentración de metabolitos urinarios, con la severidad de la sintomatología y la necesidad individual de búsqueda de trata-

miento en la evolución de los pacientes atendidos en salas de emergencia.<sup>115,116</sup>

**b. Interacción entre los predictores y el tratamiento psicosocial.** Una investigación realizada en 11 ciudades de EUA a través de los programas comunitarios mostró que los pacientes con más severa problemática adictiva que ingresaron a manejo residencial a largo plazo y los que cursaron tratamiento de por lo menos 90 días fueron los que mostraron mejor evolución terapéutica. Asimismo, los pacientes con menor severidad, determinada por el uso de una escala *ad hoc* con siete áreas de exploración (consumo de drogas, consumo de alcohol, actividad delincuencia, desempleo, bajo apoyo social, depresión-ansiedad y estado socioeconómico), se relacionaron con una mejor evolución.<sup>117</sup> Los individuos con baja calificación coincidieron en mostrar un bajo autorreporte de consumo de cocaína, baja determinación de metabolitos urinarios, pocos arrestos y escasa sintomatología psiquiátrica en la evolución posterior.<sup>118</sup> La mejor evolución de los pacientes de medio y alto nivel problemático dependió de la duración de su estadía terapéutica.

En tal sentido, se enfatiza que los pacientes que repiten tratamiento muestran peores resultados en la evolución, lo cual sugiere que su nivel de problemática adictiva es mayor y, por lo tanto, se asocia con evolución menos satisfactoria. No obstante, su pronóstico mejoraría de poder lograrse una participación más prolongada en su tratamiento, como lo documentan los estudios de seguimiento.<sup>119</sup> Pero la evolución también puede modificarse por el tipo de ayuda psicosocial recibida. Así, en un estudio de la evolución a dos años de distancia, las personas que lograron mejor pronóstico fueron aquellas que asumieron la meta de abstinencia total y se incluyeron en los planes de prevención de recaídas.<sup>120</sup> Más aún, los pacientes que ingresaron a tratamiento antiadictivo y recibieron cuidados continuos participando de los planes de prevención de recaídas mostraron, a seis meses del manejo, mejor evolución para la adicción a cocaína, y mejor evolución a los 12 meses de tratamiento que los pacientes que formaron el grupo control.<sup>120</sup>

**c. Predictores iniciales y posteriores.** Un estudio que analizó los factores interpersonales, intrapersonales y situacionales en relación con la producción de recaída de consumo de cocaína a lo largo de dos años señala que los pacientes varones adictos a ésta que recibieron tratamiento centrado en

la orientación de los 12 pasos, comparados con los que solamente recibieron manejo orientado a la prevención de recaídas en marco profesional, tuvieron mejor evolución los primeros debido a la participación del grupo de ayuda mutua, el cual se considera un factor de cohesión y mantenimiento que apoya al pronóstico positivo a largo plazo.<sup>121</sup> Se ha documentado una pobre relación entre los factores iniciales de vulnerabilidad a la recaída que siguen al manejo de tres a cuatro semanas de duración, que comparten la mayoría de los pacientes, y aquellos factores (medidos a lo largo de un año) ubicados cerca de los episodios de posible recaída; es decir, las ocasiones durante las cuales los pacientes estuvieron cerca de consumir cocaína, pero no lo hicieron. De modo que la evaluación inicial de la severidad de los problemas psiquiátricos y sociofamiliares, y los elementos desplegados para el enfrentamiento eficaz de la problemática con miras a su mejor manejo, no necesariamente predicen una buena evolución posterior. Dichos factores se asocian más factiblemente con episodios de menor grado de experiencias durante otros periodos de abstinencia.

Por otro lado, el enfrentamiento exitoso de la recaída, el manejo del deseo-necesidad imperiosa de consumo de psicotrópicos y las experiencias positivas y desagradables, debido a la subjetividad individual, y como era de esperarse, afectan en forma diferente a cada paciente en su posibilidad de recaer.<sup>122</sup> Y en los pacientes que refieren que participan a la vez de factores iniciales y tardíos de recaída, los episodios de recaída preceden a la reducción de habilidades para enfrentarlos (falla en la participación de grupos de ayuda mutua o la pérdida de otros elementos de apoyo a la recuperación), como el afecto o la mayor necesidad de búsqueda de psicotrópicos originada por su sensación vital displacentera derivada del bajo talante.

Los dos factores destacados y consistentes con modelos teóricos fueron la presencia de una mayor severidad de trastornos psiquiátricos y una grave problemática sociofamiliar.<sup>123</sup> Los factores iniciales, concomitantes de su curso y terminales relacionados con las recaídas de consumo de cocaína, medidos a través de una entrevista estructurada,<sup>123</sup> indican que la experiencia más frecuentemente reportada por quienes recayeron fue el deseo-necesidad de consumo como tal, el permanecer solo, el no disponer de recursos económicos, presencia de aburrimiento extremo y aislamiento. Una vez ocurrida la recaída, la experiencia más

frecuentemente sentida fue la baja del talante y su desesperanza asociada. Los estados internos dolorosos, las conductas de búsqueda de ayuda y otras respuestas de enfrentamiento de la problemática referida desempeñan un papel en la terminación de la recaída,<sup>123</sup> lo cual deviene trascendente para el manejo inmediato y posterior de las adicciones,<sup>124</sup> motivo por el cual el equipo de salud debe conocerlos a detalle y manejarlos a cabalidad.<sup>125</sup>

- d. Género.** Se ha documentado que el género puede ser un factor que prediga la recaída.<sup>80,122</sup> Las mujeres han reportado padecer más alteraciones del talante y problemas personales e interpersonales previos a la recaída que los varones. Sus recaídas son más proclives a tener una característica impulsiva, pero ellas son más dadas a buscar ayuda tras el episodio. Los estudios indican que la prevención de la recaída en el consumo de cocaína en las mujeres puede ser focalizada al desarrollo de mejores estrategias de enfrentamiento de los factores disparadores. La generalización de tales hallazgos debe ser limitada en la medida en que los datos se obtengan en forma retrospectiva y la mayor parte de los participantes conformen grupos heterogéneos de estratos socioeconómicos diversos. Sin embargo, en otros estudios de manejo femenino de adictas a cocaína, el género no ha sido un predictor real y efectivo de evolución clínica.<sup>123,124</sup>
- e. Psicopatología.** La relación entre comorbilidad psiquiátrica y adicción a cocaína la han investigado varios grupos.<sup>125</sup> Un estudio sobre depresión y cocainodependencia encontró en quienes abusan de este psicotrópico una gran dificultad para vivir con trastorno depresivo primario, y que los síntomas depresivos disminuyen con el curso del tratamiento. Aunque los niveles más altos de sintomatología depresiva durante el manejo se relacionan con un mayor impulso de uso de cocaína, alcohol y otros psicotrópicos, esta medida no predijo la recaída de cocaína, aunque sí predijo la recaída de alcohol.<sup>126</sup> Del mismo modo, la depresión diagnosticada a través de una escala *ad hoc* se correlaciona con el riesgo de recaída de marihuana y alcohol, pero no con la cocaína.<sup>127</sup> Otras pruebas sugieren que la depresión comórbida causa una respuesta pobre al tratamiento,<sup>128</sup> sobre todo en el periodo inmediato de consumo que sigue a la interrupción del manejo.<sup>129</sup> En pacientes abusadores de heroína, cocaína y alcohol, el diagnóstico de depresión se correlaciona con el riesgo alto de recaída<sup>130,131</sup> comparado con individuos no deprimidos dependientes de cocaína; aquellos con diag-

nóstico principal de depresión tienen más afectación psiquiátrica, un mayor grado de daño en su funcionamiento psicosocial y una patología de la personalidad más severa.<sup>132</sup> Tales factores, junto con el efecto estimulante de la cocaína en quienes experimentan síntomas depresivos en la abstinencia temprana,<sup>133</sup> explican por qué la depresión es un factor de riesgo “más específico” para la recaída en algunos individuos. Cabe señalar que los diagnósticos de personalidad basados en el DSM-IV-TR no parecen predecir el resultado del tratamiento.<sup>134</sup>

- f. Psicotrópicos y comorbilidad alcohólica.** El uso simultáneo de cocaína/etanol conduce a la afectación psiquiátrica y, por ende, a una más baja respuesta terapéutica.<sup>132</sup> Se ha documentado que la dependencia alcohólica es una de las tres variables predictoras de resultados adversos en abusadores de cocaína.<sup>133</sup> Los otros factores son la gravedad del consumo de psicotrópicos y un funcionamiento psicológico más pobre. Los pacientes adictos a cocaína con historia de adicción etílica muestran resultados más pobres cuando vuelven a beber, pero mantienen su mejoría clínica si no beben.<sup>134</sup> Si se comparan los pacientes adictos a cocaína y a cocaína más alcohol, los síntomas depresivos y ansiosos difieren, siendo definitivamente mayores en el grupo que abusa de ambos.<sup>132</sup> Así, un estudio acerca de la evolución temporal medida en años del consumo de cocaína, alcohol y marihuana, y la gravedad del consumo por niveles de uso de cocaína en los últimos seis meses, predijo los años de consumo de cocaína.<sup>135</sup>
- g. Deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y conducta de búsqueda de cocaína.** No existe consenso acerca del papel que pueda tener este tipo de deseo-necesidad como respuesta predictiva derivada de la adicción a cocaína. La mayor parte de los informes sugieren que no existe relación entre el deseo-necesidad y su uso subsecuente, ya sea en condiciones clínicas o experimentales. Pero, a pesar del gran número de estudios con resultado negativos, se ha encontrado que dicho deseo-necesidad medido a través de cuestionarios *ad hoc* predice el futuro uso de la cocaína. Un estudio realizado entre pacientes ambulatorios encontró que la abstinencia tiende a dispararse en los pacientes que cursan el punto más alto del malestar derivado del deseo-necesidad.<sup>136</sup> Otros investigadores refieren que los sujetos abstinentes de cocaína dieron muestra de desesperación por consumir, y resultaron inferiores



al compararse con las respuestas exhibidas por los usuarios de cocaína moderados y severos.<sup>136,137</sup> Un descubrimiento similar se relató entre abusadores de metanfetamina,<sup>137</sup> cuya intensidad del deseo-necesidad predijo el uso de metanfetamina en la semana posterior a la evaluación. Cabe señalar, no obstante, si uno se atiene a los datos publicados, que el deseo-necesidad imperiosa de consumo por sí solo no siempre predice la evolución.<sup>137</sup>

**Opiáceos.** La adherencia terapéutica de los pacientes a programas de metadona obedece a su diseño; la retención más larga está influida por el mantenimiento de dosis adecuadas, uso de poco personal bien entrenado, políticas de manejo adecuadas a la condición de los pacientes, procedimientos claros, alta moral del personal y ejecución flexible de políticas interiores. Los programas eficaces de tratamiento con metadona relatan que de 70 a 85% de los pacientes de ingreso voluntario permanecen adherentes al manejo durante un año o más, debido en parte a que está permitido el uso lícito de la recaída durante los primeros seis meses como “etapa de estabilización”. Dichos programas combinan el uso de dosis adecuadas de metadona con la participación en otros programas de tratamiento psicológico conductual, manejo psiquiátrico y asistencia médica por razón necesaria, así como de orientación general para el mantenimiento de la salud. Estudios que examinan la relación entre las dosis de metadona administradas y los resultados obtenidos<sup>138</sup> demuestran que las dosis altas tienen mayor probabilidad de causar mejores resultados a largo plazo.<sup>139,140</sup>

La concesión de privilegios a los pacientes (irse a casa a dormir, recibir visitas, etc.) es un factor eficaz para promover un comportamiento deseable y la mejoría terapéutica.<sup>141</sup> Otras características de los pacientes, estudiadas en su calidad de predictores de respuesta derivados del manejo de la adicción a opiáceos, indican que el trastorno más estudiado ha sido el trastorno de personalidad antisocial (TPA). Una investigación entre tales pacientes con mantenimiento con metadona señala que 60.8% de ellos fueron retenidos en tratamiento, mientras que el restante 39.2% desertaron.<sup>142</sup> Los pacientes con mantenimiento de metadona y TPA alcanzan tiempos de retención de manejo similares al grupo con otros trastornos de personalidad, no antisocial.<sup>143</sup> Una investigación que incluyó una variedad más amplia de trastornos de personalidad, incluido el TPA, no encontró diferencia en los resultados de los análisis de orina entre los pacientes con o sin TP.<sup>144</sup> Los pacientes con TP bajo manejo farmacológico más severo y problemas psiquiátricos o legales (o ambos), aunque mejoraron,

sus resultados permanecieron más altos que el grupo sin TP. Por ello se establece una línea divisoria entre los grupos, pues los portadores TPA e histriónicos tuvieron los peores resultados. De modo que, aunque los estudios se correlacionan con el descubrimiento de un predominio alto de TP en pacientes que participan en programas de metadona, esta comorbilidad no alcanza a predecir el resultado.<sup>145-147</sup>

Se estima que los pacientes con diagnóstico del eje I del DSM-IV-TR tienden a abandonar más fácilmente el tratamiento<sup>148,149</sup> y a la vez requieren dosis más altas de metadona.<sup>150</sup> Otros estudios, intentando identificar las combinaciones de factores que predigan la recaída tras el manejo a corto y a largo plazo, respectivamente, señalan que entre los factores más comúnmente mencionados previos a la recaída precoz se encuentran la baja de talante, acontecimientos externos y presencia de algunas cogniciones reiterativas.<sup>151</sup> La mayor parte de las recaídas ocurren una semana después del abandono del tratamiento residencial. La discontinuación del manejo se relaciona además con la salida del tratamiento sin haber arreglado problemas personales, situaciones familiares o problemas laborales, aumentando así el riesgo de recaída. En un estudio de predicción en adictos a opiáceos posdesintoxicación (donde se investigó la personalidad, el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda evidenciada en el comportamiento, las expectativas personales acerca del resultado del manejo y la autoeficacia a lo largo de seis meses<sup>151</sup>), se señala que las personas con más alta autoeficacia y expectativas de evolución positiva recibieron menores dosis de metadona. Quienes mostraron un gran deseo-necesidad de consumo y un mayor neuroticismo tuvieron recaídas más tempranas. Se ha documentado que la disponibilidad del paciente a ingresar a tratamiento aumenta la retención del mismo, mientras que tener empleo es la circunstancia que más se relaciona con la retención más duradera en el tratamiento.<sup>151,152</sup>

En resumen, los factores descritos en la literatura como predictivos del consumo continuo de opiáceos y del que ocurre tras una fase de manejo son:

- Un alto nivel de pretratamiento contra drogas de abuso.
- Tratamiento antiadictivo previo contra opiáceos.
- No contar con periodos de abstinencia previa.
- Abstinencia de alcohol o un consumo ligero de éste.
- Depresión.
- Altos niveles de estrés.
- Desempleo.
- Mantener relaciones con personas consumidoras de psicotrópicos.

- Breve duración de tratamientos previos.
- Abandono precoz de tratamientos sin llegar a su finalización.
- Alta gravedad del padecimiento adictivo.
- Múltiples experiencias de pretratamiento.
- Aceptación de la identidad como consumidor adicto.
- Poca adhesión y participación en los asuntos psicosociales.<sup>150,151</sup>

**Nicotina (tabaco).** Al igual que ocurre con otros trastornos derivados del consumo de psicotrópicos, la gravedad de la adicción se relaciona con pobres resultados en la terapéutica de los trastornos por consumo de nicotina. La tasa promedio de abstinencia de ésta a largo plazo en la población de pacientes tabáquicos bajo tratamiento es cercana a 25%.<sup>152</sup> Aunque las tasas de cese en la comunidad siguen aumentando, la mayor parte de los fumadores que desean abstenerse presentan alguna recaída. Se estima que de 75 a 80% de los individuos en tratamiento presentan alguna recaída en los seis primeros meses.<sup>153</sup> Más de 30% de todos los intentos fallan en el primer mes de manejo, y cerca de 80% de los pacientes que logran abstenerse muestran alguna recaída en el primer año.<sup>154</sup> Numerosos estudios se han dirigido a conocer los factores de riesgo que conducen a la recaída. Los fumadores pesados, por ejemplo (de 25 cigarrillos/día en adelante), muestran más dificultad para el logro de la abstinencia y presentan mayor sintomatología que los fumadores leves o dependientes con menor severidad adictiva.<sup>155</sup>

De hecho, este último tipo de adictos muestran tasas más altas de abstinencia.<sup>156</sup> Se ha documentado que el ser dependiente con menor severidad adictiva, hombre, con pocos intentos previos de tratamiento y utilización de estrategias de adaptación y técnicas al efecto, requiere la predicción positiva para el abandono de la adicción nicotínica.<sup>157</sup> La interacción de altas cargas de estrés y fuerte deseo-necesidad de consumo contribuye a la recaída. Dicho deseo-necesidad de consumo postcese, cuando es fuerte, predice indistintamente la recaída precoz de fumadores hombres o mujeres.<sup>158</sup> El seguimiento a largo plazo indica que el deseo-necesidad de consumo que aparece inmediato al cese, junto con un alto grado de adicción, se relaciona con un riesgo mayor de recaída postcese en el curso de los próximos uno a dos años. Se ha documentado que la carga de estrés aunada a la presencia de emociones negativas que afectan el talante conduce a la producción de altas tasas de recaída en fumadores,<sup>159</sup> la cual es incluso más proclive a presentarse en los periodos precedido de alteraciones emocionales negativas. Un estudio reciente indi-

ca que la recaída es inmediata o precoz en aquellos pacientes que nunca han sostenido un intento por más de 24 h, pues reaccionan frente a los esfuerzos abstinentes experimentando una urgencia de consumo y, por lo tanto, mayor dificultad.<sup>160</sup> Además, se encontró que dicho subgrupo de pacientes mostraron baja tolerancia al suceso mostrando ansiedad, independientemente de su *status* tabáquico. De modo que se ha documentado que la ansiedad es uno de los predictores más fuertes y confiables de la evolución.<sup>161</sup> Otros estudios consideran que incluso la ansiedad elevada no necesariamente predice el riesgo de recaída.<sup>162</sup> La pauta que ofrece en el periodo abstinentes la reactividad ante estímulos específicos, como el presenciar que se fuma o se bebe alcohol, y más en particular el consumo de alcohol por el paciente en proceso de abstinencia nicotínica, aumenta el riesgo de recaída.<sup>163</sup>

Se estima que más de la mitad de todos los episodios de reinicio de consumo implican la presencia de otra gente que fuma.<sup>164</sup> Los individuos que viven con un cónyuge que fuma, o que se relacionan con amigos que lo hacen, muestran menores tasas de abstinencia. Al igual que como ocurre en otros trastornos por consumo de psicotrópicos, la confianza del paciente en el momento de iniciar el tratamiento respecto de la capacidad para abstenerse es un predictor eficaz de éxito.<sup>165</sup> La ganancia de peso que ocurre tras haber dejado de fumar es con frecuencia argüida por los pacientes como una razón de peso para reanudar el consumo de nicotina, y se correlaciona con la recaída.<sup>166</sup> Pero, a pesar de la frecuencia expresada por los pacientes y su preocupación por aumentar de peso, no se han estipulado correlatos entre subir de peso y la recaída<sup>167</sup> (cuadro 10-1).

De hecho, se ha encontrado que la ganancia de peso postcese se correlaciona más con el disminuido riesgo de recaída,<sup>168</sup> ya que otros estudios no han encontrado correlación ninguna entre ambas condiciones. Se considera, por lo tanto, la participación de otros factores de salud que influyen en el riesgo de recaída;<sup>169</sup> por ejemplo, se espera que los pacientes con infarto miocárdico severo tengan menor probabilidad de recaer.<sup>170</sup> Comoquiera que sea, el papel de los factores genéticos en el inicio del consumo de tabaco, el número de cigarrillos consumidos en la historia adictiva y el grado de severidad de la adicción, aun siendo importantes áreas de investigación actual, no han producido factores predictores eficaces. Considerando la naturaleza heterogénea del abuso/adicción de psicotrópicos, es de llamar la atención que varios predictores de la evolución clínica y terapéutica de los pacientes con problemas de salud derivados de tal consumo sean independientes del tratamiento primario contra el abuso/adicción.<sup>171</sup> Aunque la

### Cuadro 10-1. Principales factores de riesgo asociados al uso de psicotrópicos

- I. Socioculturales
  - Legislación favorable al consumo de sustancias
  - Normas sociales en pro del consumo de drogas
  - Disponibilidad social de las drogas
  - Pobreza, privaciones y déficit socioeconómico
  - Influencia negativa por la organización disfuncional del vecindario
- II. Interpersonales
  - A. Factores infantiles interpersonales
    - Actitudes y conductas familiares en pro del consumo de alcohol y otros psicotrópicos
    - Disfunción familiar
    - Inconsistencia en el manejo adecuado de los valores morales
    - Características de personalidad negativa en los familiares
    - Conflictos familiares reiterativos
    - Abuso psicofísico y sexual
  - B. Factores adolescentes interpersonales
    - Eventos estresantes en la vida
    - Rechazo de compañeros escolares y otros contextos
    - Contacto con personas o compañeros abusadores/adictos a psicotrópicos
- III. Psicoconductuales
  - A. Influencias psicoconductuales infantojuveniles
    - Edad
    - Problemas tempranos y persistentes (incluye experimentación de drogas)
    - Fallas escolares y bajo rendimiento escolar
    - Éxito deficiente comparado con el grupo de iguales
  - B. Factores psicoconductuales en el periodo posadolescente
    - Baja satisfacción y éxito ocupacional
    - Presencia de demandas infantiles insatisfechas
    - Obligaciones múltiples o muy exigentes
    - Lucha por alcanzar las expectativas del papel sexual
    - Deficiente funcionamiento de las relaciones interpersonales afectivas
    - Deficiencia en la seguridad financiera o educativa
  - C. Antecedentes psicoconductuales y sus consecuencias a lo largo de la vida
    - Alienación, rebeldía o personalidad antisocial
    - Percepción subjetiva de no poder terminar de buscar lo que se desea; insatisfacción
    - Psicopatología (depresión, ansiedad y otros)
    - Actitudes favorables al consumo de sustancias
    - Motivación intelectual y emocional hacia el consumo de sustancias
    - Inhabilidad para postergar la gratificación
- IV. Biogenéticos
  - Susceptibilidad heredada hacia las drogas
  - Vulnerabilidad psicofisiológica hacia los efectos de las drogas

calidad y la utilidad práctica de los predictores varíe, los factores participantes en ellos se han ido identificando. Entre los más importantes se incluyen:

- Grado de severidad de la dependencia y la abstinencia.
- Presencia de deseo-necesidad de consumo y su estirpe biológica.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Problemas relacionados con el consumo de los psicotrópicos.
- Motivación (grado de compromiso y participación en los esfuerzos destinados a la abstinencia).
- Duración del tratamiento y otras características del mismo.
- Presencia de estados emocionales negativos, afectivos o cognoscitivos.
- Rasgos de personalidad y sus modalidades de trastorno.
- Habilidades para la adaptación.
- Abuso múltiple de sustancias.
- Contingencia y coacción sobre el paciente.
- Factores genéticos.
- Arquitectura de los patrones del dormir.
- Impulsividad e irreflexión conductual.
- Autoeficacia y una pléyade de factores económicos y sociales, entre otros.

Aunque ya hace algún tiempo que se conoce que el grado de severidad de la adicción —en ocasiones derivado del poliabuso de sustancias—, la comorbilidad psiquiátrica grave y otros problemas psicosociales se relacionan con una pobre respuesta terapéutica, apenas recientemente se han dirigido esfuerzos formales de investigación para examinar la eficacia de las estrategias de intervención terapéutica igualmente específicas. El tratamiento adecuado a la comorbilidad psiquiátrica y la mejoría de nivel social, económico y familiar producen sin duda buenos resultados; asimismo, el desarrollo de técnicas específicas destinadas a promover la autoeficacia. La motivación rehabilitatoria, el desarrollo de las habilidades de adaptación y un mejor funcionamiento en la comunidad son ejemplos concretos de actividad correctiva y muestran, a su vez, cómo la identificación de ciertos factores se asocia con los resultados positivos esperados y conduce al desarrollo de nuevos tratamientos.

Pero, a pesar de los logros significativos mencionados, aún quedan muchas preguntas por contestar. Los distintos aciertos producidos en el campo biológico y su novedoso conocimiento, como la respuesta neuroendocrina a las drogas y la afectación a los patrones arquitec-

tónicos del dormir, entre otros, muestran una promesa predictiva y una mayor profundidad en el estudio de los factores descritos, pero aún no se conoce si tales factores son críticos en la iniciación del consumo de psicotrópicos o si participan más en su progresión hacia la dependencia.

Ese conocimiento puede actuar como el epifenómeno que refleja la cantidad y duración de la sustancia consumida, el proceso descriptivo del mecanismo fisiopatológico de la adicción o incluso ambos. Cabe enfatizar que sólo en contadas ocasiones el avance en la identificación de predictores biológicos no ha llevado a la producción de enfoques terapéuticos innovadores. Una de tales excepciones es el desarrollo de la naltrexona, utilizada en el manejo a largo plazo de la dependencia alcohólica, que, basado en un sólido razonamiento teórico, ha proseguido con su análisis experimental. Oportunidades

similares han de surgir de la ciencia básica y de la investigación clínica.

La aplicación de técnicas farmacogenéticas al campo de las adicciones también contribuye al mantenimiento de esa gran promesa y necesaria condición. Clínicos e investigadores deben ser conscientes de que las diferencias en los factores predictivos de las drogas de abuso y su terapéutica surgirán como subgrupos, al igual que lo hacen los pacientes afectados por estos trastornos. Existen pruebas de que el alcoholismo de inicio temprano se correlaciona en ciertas circunstancias con una pobre respuesta terapéutica; no obstante, aún puede ser un predictor de la respuesta farmacológica, como en el caso del ondansetrón.<sup>70,103</sup> Se anhela la posibilidad de contar en un futuro inmediato con medicaciones cada vez más específicas, para contener los distintos estados patógenos que derivan del consumo de psicotrópicos.

## REFERENCIAS

1. **Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan Iscan E:** Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clin North Am* 2003;(2):36-72.
2. **Souza y Machorro M:** Modelos profesionales de tratamiento. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC, 2004:25-46.
3. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
4. **Souza y Machorro M:** Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus* 2004:12-20.
5. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.
6. **Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S:** Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(8):861-868.
7. **Parsian A, Cloninger CR:** Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: association studies. *Psychiatr Genet* 2001;11:89-94.
8. **Souza y Machorro M:** Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guaymas, 2004.
9. **Markianos M, Lykouras L, Moussas G, Hatzimanolis J:** Changes in dopamine receptor responsivity during alcohol detoxification may predict relapse. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:363-365.
10. **Wiesbeck GA, Mueller T, Wodarz N, Davids E, Kraus T:** Growth hormone response to placebo, apomorphine and growth hormone releasing hormone in abstinent alcoholics and control subjects. *Drug Alcohol Depend* 1998;52:53-56.
11. **Vescovi PP, Volpi R, Coiro V:** Alcoholism abolishes the gamma-aminobutyric acid (GABA)ergic control of GH secretion in humans. *Alcohol* 1998;16:325-328.
12. **Vescovi PP, Coiro V:** Different control of GH secretion by gamma-amino- and gamma-hydroxy-butyric acid in 4-year abstinent alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:217-221.
13. **Berggren U, Fahlke C, Norrby A, Zachrisson O:** Sub-sensitive alpha-2-adrenoceptor function in male alcohol-dependent individuals during 6 months of abstinence. *Drug Alcohol Depend* 2000;57:255-260.
14. **Fahlke C, Berggren U, Lundborg C, Balldin J:** Psychopathology in alcohol withdrawal: relationship to alpha-2-adrenoceptor function. *Alcohol* 1999;34:750-759.
15. **Lands WE:** Alcohol, slow wave sleep, and the somatotropic axis. *Alcohol* 1999;18(2-3):109-122.
16. **Rommelspacher H, Smolka M, Schmidt LG, Samocho-wicz J:** Genetic analysis of the mu-opioid receptor in alcohol-dependent individuals. *Alcohol* 2001;24:129-135.
17. **Finckh U, Rommelspacher H, Kuhn S:** Influence of the dopamine D2 receptor (DRD2) genotype on neuroadaptive effects of alcohol and the clinical outcome of alcoholism. *Pharmacogenetics* 1997;7:271-281.
18. **Dettling M, Heinz A, Dufeu P, Rommelspacher H, Graf KJ:** Dopaminergic responsivity in alcoholism: trait, state, or residual marker? *Am J Psychiatry* 1995;152:1317-1321.
19. **Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, Montgomery A:** Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA* 1990;263:2055-2060.
20. **Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, Finley O, Montgomery A:** Association of the A1 allele of the D2 dopamine receptor gene with severe alcoholism. *Alcohol* 1991;8:409-416.
21. **Comings DE, Comings BG, Muhleman D, Dietz G:** The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA* 1991;266:1793-1800.
22. **Bolos AM, Dean M, Lucas-Derse S, Ramsburg M:** Population and pedigree studies reveal a lack of association bet-

- ween the dopamine D2 receptor gene and alcoholism. *JAMA* 1990;264:3156-3160.
23. **Gelernter J, O'Malley S, Risch N, Kranzler HR:** No association between an allele at the D2 dopamine receptor gene (DRD2) and alcoholism. *JAMA* 1991;266:1801-1807.
  24. **Parsian A, Todd RD, Devor EJ et al.:** Alcoholism and alleles of the human D2 dopamine receptor locus: studies of association and linkage. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:655-663.
  25. **Gelernter J, Goldman D, Risch N:** The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism: a reappraisal. *JAMA* 1993;269:1673-1677.
  26. **Hermann MJ, Sonnek G, Weijers HG, Wiesbeck GA:** Electrophysiological indication for a link between serotonergic neurotransmission and personality in alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26:157-161.
  27. **George DT, Benkelfat C, Rawlings RR, Eckardt MJ:** Behavioral and neuroendocrine responses to m-chlorophenylpiperazine in subtypes of alcoholics and in healthy comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1997;154:81-87.
  28. **Le AD, Harding S, Juzysch W, Fletcher PJ:** The role of corticotropin-releasing factor in the median raphe nucleus in relapse to alcohol. *J Neurosci* 2002;22:7844-7849.
  29. **Heinz A, Jones DW, Bissette G, Hommer D, Ragan P:** Relationship between cortisol and serotonin metabolites and transporters in alcoholism. *Pharmacopsychiatry* 2002;35:127-134.
  30. **Parsian A, Cloninger CR:** Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: association studies. *Psychiatr Genet* 2001;11:89-94.
  31. **Sun H-FS, Chang YT, Fann CSJ, Chang CJ, Chen YH:** Association study of novel human serotonin 5-HT<sub>1B</sub> polymorphisms with alcohol dependence in Taiwanese Han. *Biol Psychiatry* 2002;51:896-901.
  32. **Fehr C, Schleicher A, Szegedi A:** Serotonergic polymorphisms in patients suffering from alcoholism, anxiety disorders and narcolepsy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:965-982.
  33. **Hasegawa Y, Higuchi S, Matsushita S, Miyaoka H:** Association of a polymorphism of the serotonin 1B receptor gene and alcohol dependence with inactive aldehyde dehydrogenase-2. *J Neural Transm* 2002;109:513-521.
  34. **Gorwood P:** Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *Eur Psychiatry* 2001;16:410-417.
  35. **G P, Asissi F, Batel P, Ades J, Cohen-Salmon C:** Reappraisal of the serotonin 5-HT(1B) receptor gene in alcoholism: of mice and men. *Brain Res Bull* 2002;57:103-107.
  36. **Preuss UW, Koller G, Soyka M, Bondy B:** Association between suicide attempts and 5-HTTLPR-S-allele in alcohol-dependent and control subjects: further evidence from a German alcohol-dependent inpatient sample. *Biol Psychiatry* 2001;50:636-639.
  37. **Kranzler H, Lappalainen J, Nellissery M, Gelernter J:** Association study of alcoholism subtypes with a functional promoter polymorphism in the serotonin transporter protein gene. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:1330-1335.
  38. **Veenstra-Vanderweele J, Anderson GM, Cook EH:** Pharmacogenetics and the serotonin system: initial studies and future directions. *Eur J Pharmacol* 2000;410:165-181.
  39. **Herz A:** Endogenous opioid systems and alcohol addiction. *Psychopharmacology* 1997;129:99-111.
  40. **Volpicelli JR, O'Brien CP, Alterman AI, Hayashida M:** Naltrexone and the treatment of alcohol dependence: initial observations. En: Reid LD (ed.): *Opioids, bulimia and alcohol abuse and alcoholism*. Nueva York, Springer Verlag, 1990:195-214.
  41. **Gianoulakis C, Krishnan B, Thavundayil J:** Enhanced sensitivity of pituitary beta-endorphin to ethanol in subjects at high risk of alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:250-257.
  42. **Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, Oslin DW:** Predicting treatment response in naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001;10:258-268.
  43. **Landolt HP, Gillin JC:** Sleep abnormalities during abstinence in alcohol-dependent patients: aetiology and management. *CNS Drugs* 2001;15:413-425.
  44. **Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF:** Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry* 2001;158:399-404.
  45. **Gann H, Feige B, Hohagen F, Van Calker D:** Sleep and the cholinergic rapid eye movement sleep induction test in patients with primary alcohol dependence. *Biol Psychiatry* 2001;50:383-390.
  46. **Hohagen F, van Calker D, Geiss D:** REM sleep alcohol dependence. *Biol Psychiatry* 2002;35:287-296.
  47. **Clark CP, Gillin JC, Golshan S, Demodena A, Smith TL et al.:** Increased REM sleep density at admission predicts relapse by three months in primary alcoholics with a lifetime diagnosis of secondary depression. *Biol Psychiatry* 1998;43:601-607.
  48. **Aldrich MS, Shipley JE, Tandon R, Kroll PD, Brower KJ:** Sleep-disordered breathing in alcoholics: association with age. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:1179-1183.
  49. **Brower KJ, Aldrich MS, Hall JM:** Polysomnographic and subjective sleep predictors of alcoholic relapse. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:1864-1871.
  50. **Foster JH, Peters TJ:** Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:1044-1051.
  51. **Bauer LO:** Electroencephalographic and autonomic predictors of relapse in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:755-760.
  52. **Bauer LO:** Predicting relapse to alcohol and drug abuse via quantitative electro-encephalography. *Neuropsychopharmacology* 2001;25:332-340.
  53. **Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L:** Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:243-250.
  54. **London ED, Ernst M, Grant S, Bonson K, Weinstein A:** Orbitofrontal cortex and human drug abuse: functional imaging. *Cereb Cortex* 2000;10(3):334-342.
  55. **Goldstein RZ, Volkow ND:** Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1642-1652.
  56. **Kilts CD:** Imaging the roles of the amygdala in drug addiction. *Psychopharmacol Bull* 2001;35(1):84-94.
  57. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ:** Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002;13(5-6):355-366.
  58. **Sadzot B, Mayberg HS, Frost JJ:** Imaging opiate receptors

- in the human brain with positron emission tomography. Potential applications for drug addiction research. *Acta Psychiatr Belg* 1990;90(1):9-19.
59. **Siegel S, Ramos BM:** Applying laboratory research: drug anticipation and the treatment of drug addiction. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002;10(3):162-183.
  60. **Woods SW:** Regional cerebral blood flow imaging with SPECT in psychiatric disease: focus on schizophrenia, anxiety disorders, and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(suppl):20-25.
  61. **Litt MD, Cooney NL, Morse P:** Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction* 2000;95:889-900.
  62. **Rohsenow DJ, Monti PM:** Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Res Health* 1999;23:225-232.
  63. **Chiang SSW, Schuetz CG, Soyka M:** Role of aggressivity on reactivity and craving before and after cue exposure in recently detoxified alcoholics: results from an experimental study. *Eur Addict Res* 2001;7:184-192.
  64. **Liu X, Weiss F:** Addictive effect of stress and drug cues on reinstatement of ethanol seeking: exacerbation by history of dependence and role of concurrent activation of corticotropin-releasing factor and opioid mechanisms. *J Neurosci* 2002;22:7856-7861.
  65. **Sinha R, Fuse T, Aubin LR, O'Malley SS:** Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology* 2000;152:140-148.
  66. **Braus DF, Wrase J, Grusser S, Hermann D, Ruf M et al.:** Alcohol-associated stimuli activate the ventral striatum in abstinent alcoholics. *J Neural Transm* 2001;108:887-894.
  67. **Hermann MJ, Weijers HG, Wiesbeck GA, Aranda D, Bönning J et al.:** Event-related potentials and cue-reactivity in alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24: 1724-1729.
  68. **McBride WJ et al.:** Central nervous system mechanisms in alcohol relapse. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26:280-286.
  69. **Babor TF, Hofmann M, Delboca FK, Hesselbrock V:** Types of alcoholics. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:599-608.
  70. **Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR et al.:** Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-971.
  71. **Smith DE, McCrady BS:** Cognoscitive impairment among alcoholics: impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome. *Addict Behav* 1991;16:265-274.
  72. **Alterman AI, Kushner H, Holahan JM:** Cognoscitive functioning and treatment outcome in alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:494-499.
  73. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  74. **Abbott MW, Gregson RA:** Cognoscitive dysfunction in the prediction of relapse in alcoholics. *J Stud Alcohol* 1981;42: 230-243.
  75. **Miller NS, Gold MS:** Dissociation of conscious desire: craving from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6:99-106.
  76. **Marlatt GA, Gordon JR:** *Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behavior change*. Nueva York, Guilford Press, 1985.
  77. **Monti PM, Abrams DB, Binkoff JA, Zwick WR:** Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990;51:263-270.
  78. **Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS:** What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996;91:S155-S172.
  79. **Brown SA, Vik PW, McQuaid JR, Patterson TL, Irwin MR et al.:** Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *J Abnorm Psychol* 1990;99:344-348.
  80. **Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P:** Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol* 1992;101:139-152.
  81. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. México, Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA), Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
  82. **Cloninger CR:** Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.
  83. **Meszaros K, Lenzinger E, Hornik K, Fureder T:** The tridimensional personality questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European fluvoxamine in alcoholism study group. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23: 483-486.
  84. **Vielva I, Iraurgi I:** Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001;96:297-303.
  85. **Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR:** The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *J Stud Alcohol* 2000;61:345-351.
  86. **Rychtarik RG, Prue DM, Rapp SR, King AC:** Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *J Stud Alcohol* 1992;53:435-440.
  87. **Fichter MM, Glynn SM, Weyerer S, Liberman RP, Frick U:** Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam Process* 1997;36:203-221.
  88. **O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS:** Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:744-752.
  89. **McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP:** Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:620-625.
  90. **Heinz A, Dufeu P, Kuhn S, Dettling M, Graf K et al.:** Psychopathological and behavioral correlates of dopaminergic sensitivity in alcohol-dependent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1123-1128.
  91. **Schuckit MA, Irwin M, Brown SA:** The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990;51:34-41.
  92. **Cadoret R, Winokur G:** Depression in alcoholism. *Ann N Y Acad Sci* 1974;233:34-39.
  93. **Hatsukami D, Pickens RW:** Posttreatment depression in an alcohol and drug abuse population. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1563-1566.
  94. **Strowig AB:** Relapse determinants reported by men treated

- for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. *J Subst Abuse* 2000;19:469-474.
95. **Tomasson K, Vaglum P:** Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction* 1996;91:1019-1030.
  96. **Baving L, Olbrich H:** Anxiety in alcohol-dependent patients. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1996;64:83-89.
  97. **Kushner MG, Thuras P, Kaminski J, Anderson N, Neumeyer B et al.:** Expectancies for alcohol to affect tension and anxiety as a function of time. *Addict Behav* 2000;25:93-98.
  98. **Rankin H, Stockwell T, Hodgson R:** Cues for drinking and degrees of alcohol dependence. *Br J Addict* 1982;77:287-296.
  99. **Babor TF, Cooney NL, Lauerman RJ:** The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behaviour: an empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *Br J Addict* 1987;82:393-405.
  100. **Litman GK, Eiser JR, Rawson NS:** Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behav Res Ther* 1979;17:89-94.
  101. **Pettinati HM, Volpicelli JR, Pierce JD:** Improving naltrexone response: an intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients. *J Addict Dis* 2000;19:71-83.
  102. **Jaffe AJ, Rounsaville BJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE et al.:** Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1044-1053.
  103. **Johnson BA, Roache JD, Ait-Daoud N, Zanca NA, Velázquez M:** Ondansetron reduces the craving of biologically predisposed alcoholics. *Psychopharmacology* 2002;160:408-413.
  104. **Johnson BA, Ait-Daoud N:** Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: hypothesis to preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:737-742.
  105. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Forma, 1993.
  106. **Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD et al.:** Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans' Administration Cooperative Study. *JAMA* 1986; 256: 1449-1455.
  107. **O'Farrell TJ, Allen JP, Litten RZ:** Disulfiram (Antabuse®) contracts in treatment of alcoholism. *NIDA Res Monogr* 1995;150:65-91.
  108. **Allen JP, Litten RZ:** Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16:1035-1041.
  109. **Kampman KM, Alterman AI, Volpicelli JR, Maany I, Muller ES et al.:** Cocaine withdrawal symptoms and initial urine toxicology results predict treatment attrition in outpatient cocaine dependence treatment. *Psychol Addict Behav* 2001;15:52-59.
  110. **Alterman AI, Kampman K, Boardman CR, Cacciola JS, Rutherford MJ et al.:** A cocaine-positive baseline urine predicts outpatient treatment attrition and failure to attain initial abstinence. *Drug Alcohol Depend* 1997;46(1-2): 79-85.
  111. **Mulvaney FD, Alterman AI, Boardman CR, Kampman K:** Cocaine abstinence symptomatology and treatment attrition. *J Subst Abuse Treat* 1999;16:129-135.
  112. **Reiber C, Ramírez A, Parent D, Rawson RA:** Predicting treatment success at multiple timepoints in diverse patient populations of cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:35-48.
  113. **McKay JR, Alterman AI, Koppenhaver JM, Mulvaney FD:** Continuous, categorical, and time to event cocaine use outcome variables: degree of intercorrelation and sensitivity to treatment group differences. *Drug Alcohol Depend* 2001; 62:19-30.
  114. **Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS et al.:** Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59:215-221.
  115. **Blaho K, Logan B, Winbery S, Park L, Schwilke E:** Blood cocaine and metabolite concentrations, clinical findings, and outcome of patients presenting to an ED. *Am J Emerg Med* 2000;18:593-598.
  116. **Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD:** A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:507-514.
  117. **Hser YI, Grella CE, Hsieh SC, Anglin MD, Brown BS:** Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend* 1999;57:137-150.
  118. **McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, O'Brien CP, Koppenhaver JM et al.:** Continuing care for cocaine dependence: comprehensive 2-year outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:420-427.
  119. **McKay JR, Alterman AI, Mulvaney FD, Koppenhaver JM:** Predicting proximal factors in cocaine relapse and near miss episodes: clinical and theoretical implications. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:67-78.
  120. **McKay JR, Rutherford MJ, Alterman AI, Cacciola JS, Kaplan MR:** An examination of the cocaine relapse process. *Drug Alcohol Depend* 1995;38:35-43.
  121. **McKay JR, Rutherford MJ, Cacciola JS, Kabasakalian-McKay R et al.:** Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184: 616-622.
  122. **Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA et al.:** Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:43-51.
  123. **McKay JR, Pettinati HM, Morrison R, Feeley M, Mulvaney FD et al.:** Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychol Addict Behav* 2002;16:225-235.
  124. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2): 166-179.
  125. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
  126. **Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S et al.:** Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:375-380.
  127. **Schmitz JM, Averill PM, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM et al.:** Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:207-214.
  128. **Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC:** The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse* 2001;21:193-198.
  129. **Schmitz JM, Bordnick PS, Kearney ML, Fuller SM,**

- Breckenridge JK:** Treatment outcome of cocaine-alcohol dependent patients. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:55-61.
130. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Bryant KJ:** Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. *J Stud Alcohol* 1993;54:199-208.
131. **McKay JR, Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS:** The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study. *J Stud Alcohol* 1999;60:176-180.
132. **Brady KT, Sonne SC, Randall CL, Adinoff B, Malcolm R:** Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug Alcohol Depend* 1995;39:69-71.
133. **Cunningham JA, Sobell LC, Chow VM:** What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *J Stud Alcohol* 1993;54:693-699.
134. **McMahon RC, Malow R, Loewinger L:** Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers. *Am J Addict* 1999;8:1-8.
135. **Dudish-Poulsen SA, Hatsukami DK:** Dissociation between subjective and behavioral responses after cocaine stimuli presentations. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:1-9.
136. **Bordnick PS, Schmitz JM:** Cocaine craving: an evaluation across treatment phases. *J Subst Abuse* 1998;10:9-17.
137. **Hartz DT, Frederick Osborne SL, Galloway GP:** Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measure, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:269-276.
138. **Kreek MJ:** Opiates, opioids and addiction. *Mol Psychiatry* 1996;1:232-254.
139. **Handal PJ, Lander JJ:** Methadone treatment: program evaluation and dose response relationships. *Int J Addiction* 1976; 11(3):363-375.
140. **Metzger DS, Platt JJ:** Methadone dose levels and client characteristics in heroin addicts. *Int J Addiction* 1987;22: 187-194.
141. **Milby JB, Garrett C, English C, Fritschi O:** Take-home methadone: contingency effects on drug-seeking and productivity of narcotic addicts. *Addict Behav* 1978;3(3-4): 215-220.
142. **Darke S, Hall W, Swift W:** Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend* 1994;34:253-257.
143. **King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Carter JA, Brooner RK:** Influence of antisocial personality subtypes on drug abuse treatment response. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:593-601.
144. **Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, McKay JR:** Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:234-239.
145. **Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, Marini G:** Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *J Addict Dis* 2000;19:29-41.
146. **Bradley BP, Phillips G, Green L, Gossop M:** Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *Br J Psychiatry* 1989;154:354-359.
147. **Powell J, Dawe S, Richards D, Gossop M, Marks I et al.:** Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addict Behav* 1993;18:473-490.
148. **Szapocznik J, Ladner R:** Factors related to successful retention in methadone maintenance: a review. *Int J Addiction* 1977;12:1067-1085.
149. **Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits Christopher K, Kleber H:** Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:151-156.
150. **Brewer DD, Fleming CB, Haggerty KP, Catalano RF:** Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. *Violence Vict* 1998;13:107-115.
151. **Avants SK, Margolin A, McKee S:** A path analysis of cognitive, affective, and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program. *J Subst Abuse* 2000;11:215-230.
152. **Hatsukami D:** Targeting treatments to special populations. *Nicotine-Tobacco Res* 1999;1(suppl 2):S195-S200.
153. **Carmody TP:** Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction: current issues and future directions. *J Psychoactive Drugs* 1992;24:131-158.
154. **Hunt WA, Besspalec DA:** An evaluation of current methods of modifying smoking behavior. *J Clin Psychol* 1974;30: 431-438.
155. **Killen JD, Fortmann SP, Telch MJ, Newman B:** Are heavy smokers different from light smokers? A comparison after 48 hours without cigarettes. *JAMA* 1988;260:1581-1585.
156. **Marlatt GA, Curry S, Gordon JR:** A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:715-720.
157. **Killen JD, Fortmann SP, Kraemer HC, Varady A, Newman B:** Who will relapse? Symptoms of nicotine dependence predict long-term relapse after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:797-801.
158. **Shiffman S:** Relapse following smoking cessation: situational analysis. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:71-86.
159. **Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR:** Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *J Abnorm Psychol* 2002;111:180-185.
160. **Glasgow RE, Klesges RC, Mizes JS, Pechacek TF:** Quitting smoking: strategies used and variables associated with success in a stop-smoking contest. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:905-912.
161. **Garvey AJ, Bliss RE, Hitchcock JL, Heinold JW et al.:** Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the normative aging study. *Addict Behav* 1992;17: 367-377.
162. **Krall EA, Garvey AJ, García RI:** Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA normative aging study. *Nicotine Tobacco Res* 2002;4:95-100.
163. **Brandon TH, Zelman DC, Baker TB:** Effects of maintenance sessions on smoking relapse: delaying the inevitable? *J Consult Clin Psychol* 1987;55:780-782.
164. **Curry SJ, McBride CM:** Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions. *Annu Rev Public Health* 1994;15:345-366.
165. **Pomerleau CS, Pomerleau OF, Namenek RJ, Mehringer AM:** Short-term weight gain in abstaining women smokers. *J Subst Abuse Treat* 2000;18:339-342.
166. **Hudmon KS, Gritz ER, Clayton S, Nisenbaum R:** Eating orientation, postcessation weight gain, and continued abstinence among female smokers receiving an unsolicited smoking cessation intervention. *Health Psychol* 1999;18:29-36.
167. **Jeffery RW, Hennrikus DJ, Lando HA, Murray DM, Liu JW:** Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation. *Health Psychol* 2000;19:242-246.



168. **Sutton S:** Relapse following smoking cessation: a critical review of current theory and research. En: Gossop M (ed.): *Relapse and addictive behavior*. Nueva York, Tairstock/Rutledge, 1989:41-72.
169. **Baile WF, Bigelow GE, Gottlieb SH, Stitzer ML, Sacktor JD:** Rapid resumption of cigarette smoking following myocardial infarction: inverse relation to MI severity. *Addict Behav* 1982;7:373-380.
170. **Tyndale RF, Sellers EM:** Genetic variation in CYP2A6-mediated nicotine metabolism alters smoking behavior. *Ther Drug Monit* 2002;24:163-171.
171. **McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE et al.:** Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1141-1158.

## Consideraciones y fundamentos sobre terapéutica

En el afán de visualizar globalmente el problema terapéutico de las adicciones, se puede afirmar que una parte de él radica en el ánimo divergente que produce entre el personal de salud, de entre los cuales sólo unos cuantos miembros disponen de preparación formal.<sup>1,2</sup> El resto —bajo el aval discrecional del Estado— actúan con el favor de su experiencia subjetiva, y la mayor parte, de forma regular, lo hacen desde el empirismo, es decir, sin bases observacionales confiables, capaces de crear confusión, iatrogenia y charlatanería<sup>1-3</sup> (cuadro 1-5). La otra parte de este asunto se liga a la diversidad de modelos empleados,<sup>4</sup> que a lo largo de varios decenios no ha consolidado la unidad funcional capaz de ofrecer la respuesta eficaz que este creciente problema requiere<sup>5</sup> (cuadros 3-1 y 1-2).

El resultado de todo ello ha sido el empobrecimiento de las acciones diagnosticocurativas, habiéndose visualizado claramente distintas dificultades entre los pacientes abusadores/adictos y el personal de salud, como la negligencia por parte de estos últimos respecto al uso sistematizado de instrumentos diagnósticos.

Además, la irregularidad en el uso de expedientes, la pobre resocialización lograda con los pacientes vía supervisión y evaluación de sus respectivos programas, la mala calidad de la psicoterapia empleada —si es dable llamar psicoterapia a la metodología “silvestre” empleada en muchos de esos casos— y la deficiente farmacoterapia proporcionada no permiten que los esquemas terapéuticos prevalecientes progresen al ritmo de la demanda asistencial operativa.<sup>5,6</sup>

Por lo pronto, esta deplorable condición evade, soslaya y desacata la normatividad,<sup>7</sup> especialmente entre ciertos grupos operativos no profesionales, que continúan concibiendo el manejo en términos de penitencia o castigo<sup>8-10</sup> (cuadro 1-5). Dada la magnitud del problema adictivo nacional, que rebasa sustancialmente los esfuerzos institucionales emprendidos,<sup>5,7,8,10</sup> especialmente en países que, como México, subsisten con deficientes planes de desarrollo industrial y en los que, en consecuencia, aún se albergan economías débiles y muy comprometidas, las características psicosociales del problema permiten delinear ciertos destacados escollos que hay que librar, como:

1. La adecuada sustitución de la mitología popular predominante en torno a las adicciones y su tratamiento, que ha inundado incluso la práctica institucional, atentando así contra su carácter científico.<sup>11</sup> Así, por ejemplo, el personal de salud especializado admite en su lenguaje profesional, cotidiano, terminología procedente de medios (populares) no profesionales. Resulta común oír a los médicos hablar entre ellos usando vocablos y terminología que califica, pero no describe, las situaciones que tratan, sin mencionar la gran dosis de confusión y desinformación que acompaña al fenómeno. En todo caso, es deseable suplir esa condición por una información veraz y concreta proveniente de esquemas informativo-educativos de programas de educación en salud mental comunitaria.<sup>5,7,9</sup>

Souza y Machorro M: *Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones*. Simposio “Psiquiatría de enlace y adicciones”. XVIII Congreso Nacional. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. “Salud mental: retos y perspectivas”. Monterrey, 2003. Souza y Machorro M: *Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones*. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.

2. La conveniente utilización de herramientas técnicas para combatir esta patología debiera ligarse, en principio, al fomento de una visión terapéutica plena de recursos teórico-prácticos capaz de hacer tal labor, en el marco de conocimientos y destrezas que distinguen su carácter profesional.<sup>12-14</sup>
3. Tales deficiencias se agravan aún más por la omisión y la ignorancia, o bien por el inapropiado uso de la *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10* como clasificación oficial,<sup>14-16</sup> el cual no permite consolidar la indispensable conceptualización nosográfica en la labor clínica que supone este trabajo, ni la comparación bioestadística de las acciones emprendidas frente al padecimiento y su comorbilidad<sup>5,6</sup> (cuadro 3-2).

La intención normativa de la salud<sup>7,8</sup> sólo será factible —bajo el considerando de la visión que se ofrece— en el marco de un modelo profesional (médico-psiquiátrico) integral cuyas principales características sean:

1. Que abarque el problema y su comorbilidad, del manejo agudo a la abstinencia prolongada, total y sin concesiones (más allá de cinco años).
2. Que se ubique funcionalmente cada uno de los esfuerzos de que se dispone contra la historia natural de la enfermedad adictiva en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en el plano interdependiente de lo transprofesional e interprofesional de las disciplinas que la estudian.
3. Que se jerarquice la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio.<sup>7,8</sup>

Todo ello demanda preparación organizada tanto de los recursos humanos como de los materiales, y actualización constante supervisada con criterios de vanguardia. Asimismo, el gremio psiquiátrico-psicoterapéutico reclama, de forma simultánea, profesionalización, experiencia y asesoría al personal; establecimiento de un cuerpo colegiado que avale la participación de cada grupo en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención.<sup>17-22</sup> Por lo tanto, debe considerarse entre los requisitos para la terapéutica de los trastornos derivados del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso, así como de la automedicación, lo siguiente:

1. Que los profesionales dedicados a su manejo asistencial tomen conciencia tanto de sus propios puntos de vista sobre los papeles relativos a su respon-

sabilidad personal laboral como de las fuerzas que quedan fuera de su control, en el inicio y la progresión de la recuperación a corto y a largo plazo de tales trastornos.<sup>10,11</sup>

2. Que la responsabilidad de los profesionales dedicados al manejo clínico, terapéutico y rehabilitatorio de las adicciones muestre distintas perspectivas de participación simultánea, las cuales son, *de facto*, modelos que integran los aspectos biopsicosociales y que, por lo tanto, pueden apoyarse unas a otras para la continuación de sus esfuerzos en los grupos de ayuda mutua;<sup>5,6,10</sup> esto es, siempre que tales grupos no riñan con la conceptualización científica de la psiquiatría moderna y el uso de farmacoterapia, la cual es necesaria las más de las veces para lograr la remisión de la sintomatología primaria y comórbida de las adicciones, ya que cabe señalar, de paso, que los grupos de este tipo, pese a lo que diga la cultura popular, no son homogéneos, ni aceptan las mismas premisas operacionales, lo cual es posible constatarlo fácilmente en la práctica clínica a la vista de cualquier observador externo.<sup>6</sup>
3. Los recursos terapéuticos profesionales pueden apoyarse también en los grupos religiosos, e incluso en la visión proporcionada por los ordenamientos judiciales y sus aspectos implícitos, ligados *a fortiori* al respeto y la buena convivencia social, tan importantes de prever en estos pacientes en su calidad de redes sociales indispensables para la rehabilitación.<sup>10,23-26</sup>

En tal dirección, ha de considerarse que los factores que restringen o facilitan la responsabilidad personal en la enfermedad adictiva, su comorbilidad y complicaciones incluyen:

1. Una pobre o nula conciencia de falla o enfermedad mental como tal.<sup>10</sup> Porque, pese a la ignorancia o subconsideración de la comunidad, es apropiado mencionar que la patología adictiva se encuentra clasificada en el capítulo V de las enfermedades mentales de la *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10* y en otros manuales diagnósticos, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*, de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).<sup>16,27</sup>
2. Conocimiento de la predisposición genética de las personas adictas y la interpretación que los pacientes y familiares de éstas hacen del trastorno, con base en esa condición.<sup>5,10</sup>
3. Antecedentes familiares de automedicación, consumo abusivo y adicción a psicotrópicos.<sup>5</sup>

4. Comprensión del proceso adictivo en términos de enfermedad; condiciones psiquiátricas o médicas (o ambas) de la comorbilidad habitual de estos trastornos.<sup>5,6,11</sup>
5. Existencia y adecuación operativa de las redes de apoyo.<sup>5,10</sup>
6. Naturaleza del entorno psicofamiliar vivido en la infancia por los pacientes.<sup>5,28</sup>
7. Grado de tolerancia hacia la automedicación, el abuso en el consumo de sustancias y la dependencia, considerada como rasgo de personalidad y como diagnóstico clínico.<sup>5,28</sup>
8. Contexto sociocultural de los pacientes y disponibilidad social de tratamiento adecuado en las distintas comunidades que habitan.<sup>4,8,10</sup>

Por otro lado, de modo complementario, integran el grupo de factores que afectan la responsabilidad social:

1. El grado de disponibilidad social de las drogas y los fenómenos sociales que las estimulan o deprimen en términos de su compraventa, como ocurrió en Nueva York y otras ciudades estadounidenses tras el derrumbe de los edificios de las Torres Gemelas el 11 de septiembre de 2001.<sup>29</sup>
2. La presencia de redes de tráfico y distribución en grupos organizados que facilitan la comisión de actos delincuenciales asociados.<sup>30</sup>
3. El nivel social de tolerancia para el consumo en las comunidades consumidoras.<sup>25,26</sup>
4. La forma de abordaje o el modelo empleado para conceptualizar judicialmente el problema, es decir, como castigo/sanción *versus* tratamiento, en cada comunidad.<sup>1,4,5,7</sup>
5. El rechazo habitual de los individuos afectados al tratamiento, las más de las veces debido a su propia ignorancia y prejuicios.<sup>6,8,10,11</sup>
6. El despliegue de medidas informativas y educativo-preventivas en las comunidades, así como de evaluación clínica temprana.<sup>2,5,17</sup>
7. La existencia de programas comunitarios, disponibilidad, diseño, cobertura, pero sobre todo respecto de sus alcances.<sup>5,24-26</sup>
8. La disponibilidad comunitaria de programas educacionales a nivel escolar y laboral, ligada al grado de acceso del que se disponga a efecto de alcanzar tratamiento ambulatorio, y en su caso residencial, en la localidad, entre otros.<sup>26-31</sup>

A fin de consolidar una visualización esquemática de los fundamentos para un programa contra las adicciones,<sup>32-34</sup> se enlistan a continuación algunos consideran-

dos prácticos de aceptación universal en el campo de la psiquiatría y la salud mental, que sirven a su vez de argumento y referente conceptual:

1. Los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia, así como la dependencia de los psicotrópicos y otras sustancias de abuso, requieren un encuadre teórico para su objetivación perceptual y el desarrollo de acciones prácticas.<sup>5</sup>
2. La patología adictiva es una nosografía psiquiátrica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>5,16</sup>
3. La patología adictiva y su comorbilidad requieren para su estudio un ordenamiento conceptual que las haga cognoscibles y accesibles a quienes las estudian, y más especialmente para su mejor comprensión en quienes las padecen<sup>1,6,10,11</sup> (cuadro 3-3).
4. El estudio de la patología adictiva y su comorbilidad es mejor comprendido por su historia natural, como en el caso de cualquier otro padecimiento.<sup>6,8,15,17</sup>
5. El marco epidemiológico de la historia natural de la adicción conceptúa su etiología multifactorial en la interacción del agente, el huésped y el ambiente en el marco de la condición biopsicosocial del ente humano.<sup>5,20,24,26</sup>
6. La historia natural de la adicción presenta conceptualmente vertientes complementarias: la ubicación evolutiva, las prioridades clínicas y de diagnóstico y las pautas de abordaje que traduzcan las acciones terapéuticas por desarrollar, y posteriormente su rehabilitación y prevención a largo plazo, según la condición por tratar.<sup>5,10,26,28</sup>
7. La necesidad de organizar y aplicar recursos destinados a alcanzar las metas por cubrir en cada momento de la condición.<sup>1,5,6</sup>
8. El esquema psiquiátrico-psicoterapéutico empleado recomienda una actuación profesional de atención personalizada e individualizada para cada paciente.<sup>1,4,5,8,15,18-24,28,34-39</sup>
9. Con base en la visión epidemiológica de esta patología, se plantean las siguientes directrices complementarias a su fundamentación:
  - a. El sustrato biológico de la patología adictiva es neuroquímico.<sup>40,41</sup>
  - b. Actitudinal y conductualmente hablando, el abusador/adicto es siempre un peligro potencial para sí mismo y para la sociedad.<sup>28,31,38,39</sup>
  - c. Debe ser desmitificado de hábitos y creencias maladaptativas, informado, educado y ayudado a asumir su responsabilidad hacia sí mismo y

para con los demás, en un esquema autogestivo, a largo plazo y sin culpa, que le permita construir y desarrollar un proyecto de vida saludable.<sup>5,17,25,28,30,31</sup>

- d. Es preciso desarrollar conciencia de enfermedad mental, para visualizar la estrategia correctiva de la automedicación en los grupos organizados.<sup>5,7,17,25,28</sup>
- e. La personalidad del paciente y otras condiciones psicopatológicas (angustia, depresión, culpa y envidia, resentimiento, etc.) causan desestabilización psicosocial e impulsan el abuso/adicción a psicotrópicos.<sup>25,27,28</sup>
- f. La relación médico-paciente —que incluye, por supuesto, el vínculo profesional con cualquier miembro del personal de salud— es esencial para las actividades diagnóstico-terapéuticas y para modificar la patología adictiva, su comorbilidad y complicaciones.<sup>1,5,10,15</sup>
- g. La meta de abstinencia total, permanente y sin concesiones es el paradigma terapéutico a largo plazo contra la automedicación, el uso, mal uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias de abuso.<sup>5,17,25,26,28,31,37-39</sup>
- h. La autorresponsabilidad del paciente, que es el pilar de la autogestión, pieza fundamental de cualquier tratamiento médico-psicológico, es especialmente importante en el tratamiento antiadictivo.<sup>5,28,40,41</sup>
- i. Se debe imbuir y hacer comprender el espíritu terapéutico de la psicoterapia al paciente y sus familiares, para alcanzar un sentimiento de confianza respecto del cambio por lograr que permita dirigir las acciones correctivas con un enfoque hacia el desarrollo de las potencialidades humanas.<sup>5,17,25,26,28</sup>
- j. Tratándose de trastornos adictivos, el concepto de “curación” debe entenderse como remisión de los síntomas, no tanto de eliminación *ad integrum* del trastorno sino como respuesta global que muestre el paciente derivada de la estrategia empleada, a través de las acciones emprendidas dirigidas a él y sus familiares.<sup>5,17,25,26,28</sup>
- k. En la estrategia curativa, el paciente representa la porción decisiva del éxito o fracaso, ya que su participación resistente y sus maniobras de sabotaje limitan la acción curativa y permiten, o no, su reestructuración. La técnica y los recursos desplegados por el grupo terapéutico pueden ser ineficaces frente a la resistencia que presente el paciente y la consecución de sus recaídas.<sup>5,17,25,26,28,31,34,40,41</sup>

- l. La acción confrontante de la estrategia correctiva y de la psicoterapia en especial—a menudo interpretada como agresiva por los pacientes en tanto la sienten contraria a sus deseos de mantener el consumo— se dirige contra la sintomatología en términos de un síndrome indeseable, evolutivo y contagioso. Pero no debe entenderse de ninguna manera como desprecio o maltrato dirigido contra la persona o los intereses del portador.<sup>5,8,15,17,18,20,37-41</sup>

En consecuencia, cualquier programa contra las adicciones debe tener como meta ofrecer servicios de alta calidad y una amplia cobertura, cuya resocialización y mantenimiento prolongado de la abstinencia, con base en sus propósitos y complementariedad, permitan y fomenten—independientemente de la diferencia de estrategias empleadas— el crecimiento personal y comunitario.<sup>1,2,4-6,8,10,17,20,24,33,38,42</sup>

De este modo, profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los profesionales,<sup>6,7,17</sup> sino formalizar la labor vía conocimiento veraz que combata la mitología prevaleciente<sup>2,5,11</sup> y facilitar la pronta recuperación de la salud con base en lineamientos específicos, en particular en la atención de casos agudos y subagudos de los síndromes adictivos acordes con la legislación vigente.<sup>15,17-23</sup> Por ello, el espectro de sus actividades debe incluir las metas y objetivos dirigidos contra el riesgo y los daños que derivan del proceso adictivo sobre la población, como:

1. Retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales.
2. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo destinadas a reducir el consumo nocivo, abuso y adicción de psicotrópicos.
3. Disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario.
4. Favorecimiento de la autogestión.
5. Diagnóstico integral (biopsicosocial) que permita remitir la sintomatología, y producir y mantener la abstinencia prolongada en los términos previamente descritos.
6. Tratamiento individualizado acorde con la nosología internacional dirigido a la posibilidad de concretar la sistematización de la comparación bioestadística entre las instituciones.
7. Promoción del logro de la conciencia de enfermedad que sustente el deseo de mantener la abstinencia prolongada.
8. Suministro de información científica sobre el problema.

9. Desarrollo de la capacidad de solicitar ayuda en caso necesario.
10. Mantenimiento del propósito de continuar un tratamiento externo a largo plazo (cinco años).
11. Disminución de los factores de riesgo para el consumo de psicotrópicos.
12. Facilitación y suministro de actividades informativas para la educación del paciente y su familia, y desarrollo de acciones rehabilitatorias y preventivas para la comunidad.
13. Incremento y fortalecimiento de los factores protectores del consumo de sustancias.
14. Incorporación de la familia tanto en el tratamiento residencial como en su seguimiento.
15. Favorecimiento del proceso autogestivo en el interior de la comunidad que genere la noción de una vida sana y libre de drogas.
16. Inicio expedito de los procesos de rehabilitación de las áreas afectadas.
17. Desarrollo de programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal-familiar a largo plazo.
18. Fomento y desarrollo de programas de investigación epidemiológica, sociomédica y clínica que permitan mejorar la atención del paciente y sus familiares y su correspondiente difusión social.
19. Ofrecimiento de programas de capacitación profesional y actualización, supervisión clínica individualizada y asesoría profesional a instituciones académicas o de salud y grupos interesados.
20. Generación de conciencia individual-familiar-social sobre los efectos nocivos del consumo de psicotrópicos.
21. Disminución del impacto social asociado al consumo nocivo de sustancias.<sup>4,5,10,14,17,25,31,33,41,44-56</sup>

Para consolidar las metas y objetivos propuestos se requiere la realización de un grupo de actividades y acciones específicas, que entran en operación una vez logrado el control farmacológico de los síntomas —que se considera imprescindible en el manejo de los casos agudos—, las cuales son de utilidad comprobada y que se enumeran a continuación:

1. **Psicoterapia individual.** A menudo es suministrada varias horas por semana, especialmente cuando ocurre en recintos de confinamiento residencial diseñados *ex profeso*.
2. **Psicoterapia grupal.** Como en el caso anterior, dada la conveniencia del mantenimiento del esquema de identificación grupal entre los pacientes, se ofrece regularmente como acción única;

por ejemplo, es bien sabido que los grupos de ayuda mutua usan parte de esta metodología modificada por sus principios operacionales y fines. Este recurso debe ofrecerse varias horas por semana durante lapsos continuos y prolongados de hasta varios años.

3. **Psicodrama.** Como recurso psicológico a favor de la génesis de advertencia destinada al conocimiento de la problemática personal y familiar del paciente abusador/adicto, esta invitación al cambio puede ocurrir varias horas por semana y es especialmente exitoso si se ofrece en recintos de confinamiento residencial diseñados *ex profeso*.
4. **Cine-debate.** Lo mismo que el anterior, se trata de un recurso útil para la visualización y reflexión posterior de los defectos de carácter y otras alteraciones de la personalidad de los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos
5. **Círculo de lectura dirigida.** Se basa en la misma técnica sugestiva-reflexiva del cine-debate para fomentar la introspección del paciente respecto de su problemática adictiva
6. **Meditación.** Es un recurso que favorece la relación psicocorporal de los pacientes abusadores/adictos, con miras a encontrar “espacios interiores” propios para la reflexión y análisis de la conducta y el control de los impulsos que favorecen el consumo.
7. **Actividades culturales, recreativas y deportivas ad libitum.** Sin ser específicas para el tratamiento de las adicciones, se consideran importantes colaboradoras de la conformación de la nueva personalidad del paciente con problemas derivados del consumo abusivo de sustancias.
8. **Grupos de ayuda mutua.** Se recomienda que se suministren de 1 a 10 horas por semana mientras el paciente permanezca en internamiento residencial. Puede complementarse con otras actividades psicoterapéuticas y farmacológicas, según el tipo de problema de salud física y mental que represente individualmente cada uno.
9. **Grupos psicoterapéuticos de información-educación a los familiares de los pacientes** (cuadro 7-5).<sup>4,5,10,15,17,26,28,31,38,46,49,50</sup>

Con fundamento en lo señalado, se presentan tres grupos de recomendaciones programáticas prácticas:

- a. En la estructuración de un cambio sustancial en la terapéutica adictiva se debe considerar:
  1. El mejoramiento de los procedimientos básicos de recolección de información con base en la NOM.<sup>1,2,4,5,9,14,15,17,21,32,34,38,42</sup>

2. El uso imprescindible y regular de la historia clínica especializada., dada la ventaja sistematizada que propicia cuando se la compara con otros instrumentos clínicos no especializados.<sup>5,14,15,57-68</sup>
  3. La revisión de los preceptos que guían el trabajo, la actualización y la incorporación de los criterios de validez comparativa internacional, como formato oficial para los documentos institucionales.
  4. La promoción de una adecuada formación y actualización educativa continua del personal.
  5. El fomento de la investigación clínica que vigorice la enseñanza profesional del campo y reoriente las políticas de servicio y el conocimiento de los niveles de complejidad de la enfermedad.<sup>1,2,6-8,38,42,50,62,67</sup>
- B.** A consecuencia de la visión general que ofrece este abordaje, en la atención de un caso se debe solicitar como mínimo:
1. Que el responsable establezca lo más precozmente posible un diagnóstico integral (médico, psiquiátrico, psicológico, conyugal/familiar y social del caso) antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas.
  2. Que discrimine entre las sustancias de abuso y adicción responsables de la condición que enfrenta y sus consecuencias.
  3. Que establezca un grado de severidad aproximada del caso, así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
  4. Que señale las variantes posibles de las indicaciones terapéuticas por realizar, incluidas las valoraciones e interconsultas.
  5. Que evalúe en la admisión la severidad global del caso y establezca su posible pronóstico.<sup>1,4,5,7,15,19-21,24,38,42,57,58,64,67,68</sup>
- C.** Las recomendaciones psicoterapéuticas iniciales más prácticas para el abordaje inicial de los casos se basan en ofrecer:
1. Retroalimentación específica sobre las áreas vitales dañadas.
  2. Énfasis en la responsabilidad personal.
  3. Promoción de una clara advertencia de la tendencia al cambio.
  4. Ofrecimiento de las opciones alternativas necesarias.
  5. Promoción de una relación empática, como el estilo de la asesoría profesional.
  6. Favorecimiento de la autogestión.
  7. Favorecimiento de la persuasión necesaria —constante— respecto a que la eficacia de las acciones recae en el interesado.<sup>5,10,24,28,50,58,66</sup>

Por último, y a modo de síntesis, vale decir que el reconocimiento temprano del problema, la corrección efectiva y el apego a la normatividad son un imperativo de salud pública, más que una recomendación benéfica de los dirigentes del sector salud.<sup>8,10,17,19-21,30,36,38</sup> La actuación individual/familiar es un objetivo factible y capital para impedir los tradicionales alcances negativos.<sup>49,50</sup> El autoconocimiento y la autoaceptación del abuso/adicción son elementos preventivoterapéuticos importantes, que permiten, o no, el desarrollo de estrategias para la modificación de hábitos riesgosos.<sup>5,11,17,25,56,65</sup>

Como el conocimiento de la personalidad premórbida del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones están ligados a la recaída,<sup>26,28,34</sup> es imprescindible la abstinencia a largo plazo, para promover su reincorporación psicosocial y la elevación de su calidad de vida.<sup>5,33,38</sup>

Dedicación, profesionalismo, tolerancia y respeto son los valores capitales e insustituibles en el ejercicio de esta actividad:<sup>17</sup> el arte, la ciencia y la técnica del hombre al servicio del hombre.<sup>5</sup>

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
2. **Souza y Machorro M:** *Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México*. Primer Simposium Regional de las Américas "Nuevos focos de atención en la psiquiatría". *World Psychiatric Association y Asociación Psiquiátrica Mexicana*, A. C. Guadalajara, 1998.
3. **Mercado del CVR:** *Requisitos para los planes de estudios de licenciaturas, maestrías y doctorados*. México, Dirección de Desarrollo Universitario, Dirección General de Educación Superior, Secretaría de Educación Pública (SEP), 1997.
4. **Prado GA:** Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En: Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
5. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
6. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.

7. **Souza y Machorro M:** Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
8. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Adicciones, normatividad y terapéutica. En revisión editorial. *Psiquiatría y salud integral*, 2005.
9. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL:** Actualización médica y tecnología comunicacional. *Revista CIJ* 1997;3(9): 77-78.
10. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry: Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.
11. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
12. Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ): *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento*. México, 2002.
13. Secretaría de Salud (SSA): *Encuesta Nacional de Adicciones, ENA*. México, Dirección General de Epidemiología, 1998.
14. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;17( 4):291-307.
15. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
16. ACTA: *Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10/DSM-IV*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Buenos Aires, Fondo para la Salud Mental, 1995.
17. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
18. CNDH: *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1995.
19. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*. 1995.
20. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. 2000.
21. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 1998.
22. Diario Oficial: *Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. 2000.
23. Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP): *Médicos, pacientes, sociedad, derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires, 1998.
24. American Psychiatric Association (APA): Work group on substance use disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiat* 1995;152(suppl)2-59:3-5.
25. **Carroll KM:** Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatr Salud Integ* 2002: 46-53.
26. **Chick J, Erickson CK:** Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(2):391-402.
27. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.
28. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
29. **Pulse Check:** *Trends in drug abuse*. Executive office of the President. Washington, Office of National Drug Control Policy, 2002.
30. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
31. **Kosten T:** Management of drug alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-1795.
32. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso sobre adicciones para personal FINCA*. México, Subdirección de Enseñanza e Investigación. Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 1999.
33. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. México, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
34. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso para la formación de orientadores en adicciones*. México, Subdirección de Investigación y Enseñanza, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
35. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):23-27.
36. **Souza y Machorro M:** Legislación y alcoholismo. *Salud Mental* 1981;4,4(2):1-3 (Editorial).
37. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
38. Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS): *Curso básico de adicciones*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., Gobierno del Distrito Federal, 2002.
39. **Cunningham JA, Humphreys KA:** Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *J Stud Alcohol* 2000;61(6):94-98.
40. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Understanding drug abuse and addiction: what science says*. U. S. Department of Health and Human Services, 2002.
41. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Information for researchers and health professionals*. U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
42. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
43. Secretaría de Salud: *El consumo de drogas en México*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 1999.
44. Centros de Integración Juvenil, A. C.: *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento*. México, 2002.
45. Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de



- Reporte de Información en Drogas: *División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996.
46. Centers for Disease Control: 1997 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1997;47 (No. RR).
  47. Community Mobilization and AIDS: *UNAIDS*. Technical Update. Ginebra, abril de 1997.
  48. **Hsu J, Fishman M**: Abuso de sustancias e infección por VIH. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;54-57.
  49. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): *Programa institucional de fomento de la salud ante las adicciones*. México, Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación Comunitaria, 1997.
  50. **Levin FR, Bisaga A, Kleber HD**: Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: presentes y prometidos. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;35-45.
  51. **Marlatt A, Barret K**: Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Cap. 20. Washington, American Psychiatric Press, 1994:285-287.
  52. **Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Marchorro M, Prado GA**: Binomio SIDA-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(3):61-67.
  53. National Institute of Drug Abuse (NIDA): *Therapy manual for drug addiction. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction*. Monographic series No. 8:15-24, 1998.
  54. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  55. ONUSIDA: *Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica*. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra, 1997.
  56. SSA: *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. México, 2002.
  57. **Westreich L**: Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002:58-60.
  58. **Klumen DL**: Education and training in addictive diseases. *Psychiatric Clin North Am* 1999;22(2):471-480.
  59. **Chappel JN**: Educational approaches to prescribing practices and substance abuse. *J Psychoactive Drugs* 1991;23: 359-363.
  60. **Cleary PD**: Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *Am J Med* 1988;85:466-471.
  61. **Ewing J**: Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-1907.
  62. **Fleming M, Barry K, Davis A**: Medical education about substance abuse: changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992. *Acad Med* 1994;69:362-369.
  63. **Fleming M, Clark K, Davis A**: A national model of faculty development in addiction medicine. *Acad Med* 1992;67: 691-693.
  64. **Galanter M, Keller DS, Dermatis H**: Use of the Internet for addiction education: combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict* 1998;7:7-13.
  65. **Gopalan R, Santora P, Stokes EJ**: Evaluation of a model curriculum on substance abuse at the Johns Hopkins University School of Medicine. *Acad Med* 1992;67:260-266.
  66. **Kamerow DB, Pincus HA, MacDonald DI**: Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. *JAMA* 1986;255:2054-2057.
  67. **Kumpfer KL, Hopkins R**: Recent advances in addictive disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1993;16:11-20.
  68. **Lewis DC**: Medical education for alcohol and other drug abuse in the U. S. *CMAJ* 1990;143:1091-1096.
  69. **Robb N**: Teaching on addiction issues lacking in medical school, specialists told. *CMAJ* 1998;158:640-641.

## Psicopatología y psicoterapia de las adicciones

Contextualizar los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador/adicto a psicotrópicos, tema en el que la mayor parte de los miembros de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no están familiarizados, es imperativo para una introducción conceptual a su fenomenología,<sup>1</sup> complicaciones y comorbilidad.<sup>2</sup> Las adicciones, trastornos derivados de una etiopatogenia compleja y multifactorial,<sup>3</sup> se desarrollan vertiginosamente en la actualidad, cobrando matices polifacéticos que reinciden hasta hacerse crónicos y generar elevados costos sociales.<sup>4</sup> Ello define la necesidad de atender las adicciones en forma propositiva con los mejores recursos.<sup>3,4</sup>

La variedad de síndromes adictivos como problema mundial requiere una organización terapéutica constante capaz de atender a la vez, y con la misma preferencia, lo urgente y lo trascendente,<sup>5</sup> que conquiste y mantenga la abstinencia, y dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa, invitando al paciente, sus familiares, amigos, compañeros, etc., a consolidar una reinserción social que posibilite la rehabilitación integral y duradera.<sup>6</sup> Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados, los resultados no pueden compararse ni remotamente con el impacto y diseminación social del problema.<sup>7</sup> Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,<sup>8</sup> se debe lo mismo a la prevalente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, reforzada por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento.<sup>9</sup> En

dicha condición, para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología,<sup>7-9</sup> deviene fundamental la psicoterapia, de la que, por cierto, la mayor parte de la sociedad, el personal de salud y los médicos incluso no disponen de mayor conocimiento, aunque a veces la critiquen.

No basta con prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos: hacen falta modalidades reflexivas capaces de reforzar el manejo en dirección benéfica del individuo, su familia y la comunidad<sup>10,11</sup> con el fortalecimiento de actividades antiadictivas, la promoción del inicio oportuno del manejo de tales problemas<sup>12,13</sup> y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono —tan frecuente y que caracteriza este problema psiquiátrico— redundaría en la afectación de los individuos, debido a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca.<sup>5,6,9,14</sup> Sin embargo, una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los programas antiadictivos, y de modo especial en la reducción del daño, en muchos casos no es esperable pronto ni de modo fácil. Existen múltiples dificultades por vencer antes de consolidarse, aunque la mayor parte de los profesionales estén de acuerdo en que la meta del manejo sea la abstinencia total, permanente y sin concesiones.<sup>5,15,16</sup>

La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral,<sup>5,17,18</sup> de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática,<sup>7,9,15,16</sup> porque mientras

que unos pacientes, por su caracteropatía y el papel que desempeña en su adicción (es difícil imaginar la patología adictiva sin esta condición) requieren terapia individual, otros requieren además manejo de sus problemas de pareja o familiares, y otros más presentan problemas psiquiátricos específicos controlables en forma farmacológica, sin cuya acción oportuna se impide la reducción del anhelo vehemente de consumo (*craving*) y sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.<sup>17,18</sup> Una vez logrado el manejo de la condición aguda de los síndromes adictivos, se hace necesario vigorizar la comprensión global de los profesionales de la salud, familiares y líderes comunitarios acerca de este trastorno, con ayuda de la medicina y demás ciencias afines.<sup>4,5,7,8</sup>

El concepto de abusador/adicto como enfermo es relativamente reciente en el campo médico;<sup>17,19,20</sup> aún no lo asumen en forma regular los integrantes del equipo de salud. A la terapéutica de las adicciones se han incorporado conocimientos importantes para la propedéutica, fisiopatología, nosología y clínica, pero no todos los conocen ni los usan adecuadamente,<sup>2,3,5,21-26</sup> y como el conocimiento de la personalidad del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se ligan a la recaída que impide la abstinencia, se justifica ampliamente el uso de la psicoterapia como un intento sistemático de influir en la conducta dentro de los límites del deseo del individuo de modificarla.<sup>27-31</sup>

De las vertientes psicoterapéuticas utilizadas en el manejo antiadictivo, ambas posturas brindan opciones de corrección: el grupo de las conductuales y las reflexivas o de introspección,<sup>1</sup> y si bien ambas operan con distintos procedimientos y en *tempos* diversos, en combinación secuencial favorecen el logro de la reconstrucción psicosocial,<sup>5</sup> lo que no necesariamente significa, empero, que prescindiendo de su orden de aplicación funcionan indistintamente.<sup>4,15,32-35</sup>

Dada la amplia documentación respecto de la participación de la psicopatología en la etiopatogenia y evolución del abuso/adicción, se acepta que el desarrollo de una conducta iterativa de consumo deviene de rasgos caracterológicos (como origen, concomitancia o consecuencia) que afectan el diagnóstico, manejo y pronóstico.<sup>36-42</sup> De ahí que la estrategia de abordaje cognoscitivo-conductual es un útil referente del momento y condiciones para incluir a los pacientes a tratamiento.<sup>43,44</sup> Cursadas las cinco etapas descritas por Prochazka (precontemplativa y contemplativa, donde predomina la ambivalencia y no existe aún deseo de cambio; de determinación, en la que es posible establecer la decisión para el cambio con la participación del sujeto; de acción, en la que el sujeto por fin busca ayuda e inicia su decisión para el manejo formal, y de mantenimiento, centrada en el

control de la abstinencia y la evitación sistemática de la recaída vía autocontrol), el individuo está apenas en posibilidad de iniciar su reconstrucción y crecimiento,<sup>43,44</sup> de lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal,<sup>45</sup> sin lo cual no se puede hablar de desarrollo de las potencialidades humanas.<sup>5</sup> Evidencia documental señala que la psicopatología de los adictos participa del fenómeno recursivo multifactorial de consumo-daño-consumo.<sup>1,5,46-48</sup>

Una persona sometida a una condición desfavorable, que encuentra un modo inmediato, perentorio y paliativo, ciertamente eficaz, aunque destructivo, de evadir su ansiedad, depresión, etc., considerará oportuno y conveniente refugiarse en la eliminación sintomática que resulta de consumir drogas, para evitar arrostrar las exigencias de la vida o todo aquello que le provoque tensión, sin darse cuenta de que a través de este mórbico seudorrecurso desencadena su patología.<sup>1,7,8,23,24,28</sup> Con base en la evitación como “estilo de vida”, el abusador/adicto participa con su psicopatología en la etiopatogenia y la circunstancialidad que la mantiene. Por ello, es relevante considerar que los distintos recursos dirigidos a romper la reiteración patógena deben atender de modo simultáneo el problema de la adicción y los conflictos psicopatológicos asociados, mismos que a menudo se menosprecian en las unidades institucionales de salud.<sup>5,6,8,49</sup> Cuando se asigna a la enfermedad adictiva sólo manejo sintomático sin el complemento que hace de éste un tratamiento integral, dicho manejo resultará en el mejor de los casos insuficientemente exitoso<sup>1,5,42</sup> (cuadro 12-1).

En la terapia psicodinámica existen dos puntos centrales: los significados de la “sustancia como objeto” y el estudio del “*self* del adicto”.<sup>28,29,50</sup> Una de las condiciones inherentes a la psicoterapia particularmente interesante es exponer al sujeto al doloroso reconocimiento del conflicto interno y de las ilusiones que intenta mantener.<sup>5,15</sup> Pero la tarea más ardua es enfrentar la desidealización de sí mismo y del objeto.<sup>23,25,28</sup> En ello es fundamental el papel del síntoma, pues representa el malestar por vencer y un cuestionamiento a sí mismo, cuya respuesta desconoce y lo atormenta. Representa asimismo la demanda de tratamiento sin la cual no hay deseo, esfuerzo ni razón para luchar.<sup>17,29,30</sup> De ahí que el proceso hacia la creación del síntoma derivado del consumo pueda ser largo y pasar por muchas etapas, pero es capital en el manejo.<sup>29-32</sup> A menudo, el afectado busca sustituir la droga por algún otro *objeto ideal*, poseedor de las respuestas esperadas que proyecta sobre el psicotrópico, dejando intacta la subjetividad y limitando la aparición del síntoma. Por eso se afirma que, si el abusador/adicto sólo interrumpe el consumo y no reem-

## Cuadro 12-1. Acciones de psicoterapia

---

<p>Informar y desmitificar, dar educación preventiva</p> <p>Dar promoción continua a la rehabilitación</p> <p>Conocimiento individual conyugal y familiar, para solucionar conflictos vinculados a la adicción</p> <p>Mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas</p> <p>Refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua o psicoterapia, o ambos</p> <p>Psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual reestructuración de la personalidad y despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha</p>
--

---

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.

plaza el objeto del deseo por el de la necesidad, no puede alcanzar la curación,<sup>31,32,50</sup> pues existe toda una relación con la sustancia y ésta ha cumplido una función subjetiva. Si no se analiza dicha relación, el paciente queda carente de significados<sup>5,14,15,17,50</sup> (cuadro 12-2).

No obstante que la dependencia se explica por la afección de la neuroquímica cerebral (tolerancia, abstinencia y anhelo vehemente de consumo) y otras alteraciones vinculadas al daño corporal,<sup>5,37,38</sup> se debe cuestionar qué papel desempeña la droga en el aparato emocional.<sup>25,27,28,51</sup>

Y dado que vivimos en un mundo de objetos, resulta esencial conocer qué tipo de objeto es la sustancia para el abusador/adicto,<sup>52,53</sup> pues de ello depende el conocimiento de su dependencia. Y si este objeto se vuelve *totalitario*, se produce una respuesta desproporcionada a una carencia desproporcionada: recurrir a una especie de prótesis o amuleto que se constituya en objeto transicional<sup>53,54</sup> que impide el crecimiento emocional. El objeto totalitario se interpreta como una repetición de la búsqueda de seguridad, deseos de contar con un instrumento de mediación para “protegerse”. Pero el uso de tal instrumento inevitablemente causa regresión al momento cuando se debió gestar la individuación, manteniendo así la necesidad de recurrir a él continuamente, ponderando la fusión y la disolución del sí mismo.<sup>55,56</sup>

Para la comprensión del *self* del adicto es importante recordar el papel de los estímulos empáticos de la madre y su especular respuesta de confirmación del sí mismo, como generadores de la autoestima y la seguridad individual.<sup>56,57</sup> Se ha fundamentado la función específica de la frustración máxima como necesaria para el desarrollo de la seguridad yóica y el control de los impulsos. En el abusador/adicto no es raro encontrar el antecedente clínico de una madre con carencias importantes de la capacidad empática, para la relevante fusión simbiótica nutriente, la cual provoca una sobreadaptación infantil. Estos pacientes, fijados a una finalidad narcisista, son pasivos, desean esencialmente recibir, y sus actuaciones son remedos de búsqueda de satisfacción sistemática-

mente ligadas al psicotrópico. Para ellos, los objetos son sólo proveedores de suministros, pero como éstos se desenvuelven en un registro enigmático y, por lo tanto, poco claro para ellos, cuando se resisten a ser objeto de esclavitud y manipulación, es decir, de suministro de la droga, son abandonados *ipso facto*.<sup>56-58</sup> Y como no toleran el curso que una relación humana implica, viven en el “facilísimo” y suelen intentar escapar de ella, refugiándose en la intoxicación. He ahí la importancia de prever las recaídas, pues el vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto, que se atrapa a sí mismo en el laberinto de la adicción en su intento por escapar de su vacuidad y sinsentido.

La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de personalidad y conducta descrita, lleva a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves de la madre, que obligan al Yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza, o bien cuando por falta de estímulos el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación las sensaciones de sentirse vivo, la droga se constituye en el elemento al que se le confiere una doble significación: buscar calmar la necesidad y tratar de llenar la carencia derivada del vacío estructural, que es, a su vez, expresión de hostilidad y destructividad.<sup>56-58</sup> Desde esta óptica, la adicción se interpreta como una forma variante de perversión de la libido —ya que no sigue un curso evolutivo y saludable—, debido a la similitud que guarda la sustancia, o la conducta adictiva en su caso, con el objeto fetichista, y en la que se observan importantes fallas en los sistemas de adaptación y análisis yóicos,<sup>59-61</sup> ligados a un apego autodestructivo caracterizado por anhedonia, temor al éxito, privación de sí mismo y los demás, aislacionismo, voyeurismo negativo, apego al dolor físico y, en la mayor parte de los casos, masoquismo.<sup>60</sup>

Consideraciones teóricas recientes permiten saber que el uso nocivo de las psicotrópicos está promovido por un instinto de autodestrucción, a menudo desconocido por el portador; es decir, negado o reprimido, peligro

**Cuadro 12-2. Psicoterapia individual. Acciones**

Ubica la etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual  
 Fomenta el manejo antiadictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia  
 Motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica  
 Elimina culpa, impulsa la responsabilidad y desmitifica creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva  
 Reeduca y conduce al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida  
 Entrevistas y batería psicológica para establecer  
 Análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción  
 Tipificada la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones  
 Paciente-técnica-terapeuta permitirán asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio  
 No podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.

que en un intento de control omnipotente y fantasioso desarrolla una potente liga emocional perversa, que representa la erotización secundaria de la satisfacción a través del mecanismo reiterativo de la intoxicación.<sup>59</sup> Desde esa óptica se acepta que una droga prohibida contiene más erotismo y fascinación o atracción que una permitida, como se observa en la práctica al tratar a pacientes adictos y conductas disociales.<sup>60-63</sup> No obstante, cualquier cosa inofensiva e incluso buena (comida, sexo, juego, dinero, poder u otras), observada bajo el prisma de la atracción patógena por el peligro, es análoga a una *necesidad de satisfacción equivalente a la droga* (dependencia psíquica) sin generar propiamente un mecanismo adictivo neuroquímico cerebral.<sup>1,62-64</sup> Vale decir de paso que ésa es la razón para no clasificar las conductas compulsivas como trastorno adictivo *vero*. El individuo, entonces, prefiere la acción, la descarga y el “refugio” en el apaciguamiento de sí mismo, en particular la “anestesia” que demanda su irracional inconformidad patógena.<sup>46,53,57,58,66</sup>

El abusador/adicto, en palabras de Baudelaire: “Bebe para evitar ser tocado por la realidad exterior o interior desfavorable.” Es decir, para paliar sus traumas, como método de tratar de desmentir el principio de realidad y solazarse con los placeres de la magia de la fantasía subjetiva y el narcisismo. El deseo de aguantar mucha bebida es parte del deseo de restaurar la omnipotencia infantil y la reafirmación viril desfalleciente.<sup>5,36,46,66-68</sup> Algunos autores estiman que tal psicopatología es mejor comprendida y valorada en la parte ulterior del manejo de los casos.<sup>6,67,68,70-72</sup>

La eficacia mostrada en la especialidad por los psicofármacos y otros tratamientos somáticos en la mejoría de algunos trastornos psiquiátricos ha hecho que se cuestione cuál es el cometido de la psicoterapia (individual, conyugal, grupal, familiar) para llevar a estos sujetos a situaciones más favorables.<sup>37,38</sup> A ello se puede

responder de muchas maneras. Si bien es cierto que estas formidables “herramientas” corrigen una buena parte de los síntomas de los trastornos de la especialidad, no es esperable por ahora la reducción completa de todos ellos sólo por acción farmacológica. Faltarían por atender, en todo caso, los asuntos intrapersonales y los interpersonales de las relaciones vinculares humanas. Además, no todas las personas responden a manejos somáticos ni lo hacen de igual forma. Tales manejos parecen afectar, hasta ahora, diferentes aspectos del espectro psicopatológico en forma más intensa, pronta y adecuada que la psicoterapia. Y no obstante, con todo el escepticismo que pueda tenerse respecto de la eficacia psicoterapéutica, aun siendo ésta válida, omite la inherente aportación que brinda a la mejoría de los trastornos psiquiátricos.

En tal sentido, se recomienda que la psicoterapia psicodinámica de los abusadores/adictos se inicie después del manejo cognoscitivo-conductual, aunque algunos pacientes excepcionalmente pueden iniciarla desde el inicio, es decir, una vez cursadas las actividades contenidas en las semanas de manejo por internamiento residencial —10 o más— bajo el modelo profesional integral para el abordaje agudo de los casos derivados de los síndromes de intoxicación y abstinencia, y la dependencia.<sup>73</sup> En dicho programa, la psicoterapia inicial de las adicciones (cognoscitiva-conductual) se dirige con igual propósito al individuo-grupo-familia, para consolidar el conocimiento, apoyado por la labor de educación en salud mental a la población, a través de notas periodísticas, cápsulas informativas radiofónicas y *spots* televisivos, entre otras participaciones comunitarias. De modo que la acción psicológica-educativa se enfoca a la solución inmediata de conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa-consecuencia-causa), evaluación y corrección; diseño del proyecto de vida; mantenimiento de la abstinencia y prevención de las recaídas

con ayuda o no de los grupos de ayuda mutua.<sup>1,4,6,16,38,39</sup> Una vez comprendida y manejada la inmediata problemática del abusador/adicto y su comorbilidad, se supervisa su funcionamiento psicosocial en el marco de un proyecto de vida realista, y el despliegue de hábitos saludables durante la abstinencia.<sup>73</sup> Ello implica la reestructuración funcional de la personalidad.

Cuando el paciente dispone de capacidad de introspección (*insight*), y habiéndose alcanzado ya cierto nivel de abstinencia y sobriedad, se recurre a la psicoterapia psicodinámica de tres años de duración en promedio, dada la mayor profundidad de reestructuración psíquica que produce.<sup>1,5,14,15,28,29,32,39,50</sup> Esta modalidad terapéutica rinde su mejor utilidad en la tercera etapa de manejo, momento en el que su propósito básico es la reestructuración de la personalidad y el mantenimiento perenne de la abstinencia.<sup>1,52,53,57,73</sup> El conjunto de actividades tiene por meta informar, desmitificar, dar educación preventiva y promoción a la rehabilitación posterior tardía, ya que el tratamiento antiadictivo completo, en el mejor de los casos, tiene una duración promedio de cinco años. En tal sentido, cabe señalar que la psicoterapia psicodinámica no es tratamiento específico para los trastornos adictivos, ni para los síntomas o trastornos diversos que aparecen durante los episodios clínicos de otras patologías psiquiátricas. En la depresión, por ejemplo, fondo común de muchos abusadores/adictos, especialmente de aquellos que consumen estimulantes, los síntomas vegetativos más importantes (como la anergia, el insomnio y la anorexia) responden más pronto y mejor a los psicofármacos,<sup>18,19</sup> mientras que el estado de ánimo disfórico e inactivante puede ser apoyado desde el principio con psicoterapia cuando el paciente es optimista con su nuevo tratamiento o encuentra a un terapeuta que comprende sus dificultades. Esta temprana mejoría, cuyo mecanismo de acción es indirecto, aparece en cualquier forma de terapia interpersonal, ya que no es atribuible a ninguna de ellas en particular. El manejo psicoterapéutico no ataca los síntomas de la adicción, se enfoca a reducir la magnitud y recidivas del mismo, al mejorar la habilidad del individuo para comprender su psicopatología, afrontarla e incrementar su resistencia emocional frente a los sucesos previos que motivaron sus actitudes y su conducta de consumo.

Tal manejo (véase la complementariedad) actúa de modo semejante en la depresión, al confrontar las experiencias depresógenas. La terapia fortalece las capacidades adaptativas fundamentales.<sup>36</sup> Por lo tanto, su objetivo se dirige a *cambiar la estructura de la personalidad más que a mejorar el malestar sintomático*, pues los síntomas se tratan indirectamente.

Se trata de otro concepto terapéutico que difiere del manejo médico tradicional: el paciente mejorará cuando mejore su resistencia a las experiencias previas que desembocaron en su disfuncionalidad, y eventualmente, de acuerdo con la experiencia, tendrá una menor frecuencia y gravedad en sus episodios.<sup>5,61-63,70</sup> La psicoterapia psicodinámica alcanza la modificación de la personalidad con el análisis de los dos aspectos centrales: la *resistencia*, método inconsciente por el cual el paciente recurre a bloquear el conocimiento consciente de su mundo intrapsíquico, y la *transferencia*, que representa una dinámica inconsciente del individuo en la vida actual para ajustarse a las características de las personas que fueron significativas en su pasado. Ahora bien, aunque el paciente ignore esta inadecuada distorsión, se afecta por las reacciones frente a las relaciones transformadas triangularmente con otros individuos. En tal caso, proyecta sobre el terapeuta la emocionalidad derivada de sus expectativas, deseos, miedos, etc., acaecidos en su vida pasada.

Con base en ello, la tarea psicoanalítica se divide en dos fases:<sup>50,52</sup> conseguir que las experiencias de aquí y ahora con el terapeuta permitan descubrir la forma en que el pasado sigue viviendo en las percepciones del paciente y en su conducta, y mostrarle cómo la situación actual es completamente diferente del pasado.<sup>50,51</sup> En el seno de una relación íntima y de confianza, el paciente comprende más fácilmente y en forma gradual aquellos aspectos patológicos ocultos de sí mismo, que el terapeuta identifica por etapas e interpreta de acuerdo con apreciaciones más apropiadas de la realidad. A partir del conocimiento de lo oculto se vinculará a las memorias y composiciones dolorosas y al esfuerzo para resistir este conocimiento y transformación constante. He ahí la importancia de la veracidad en el manejo psicológico de los casos, como ocurre por razones técnicas semejantes en otros campos de la medicina. En consecuencia, la regla fundamental para el paciente es relatar sin censura todo lo que le venga a la mente, aunque le parezca sin sentido.

Mientras tanto, el terapeuta escucha el relato con “atención flotante” y en “abstinencia” —de participación—, hasta entender e interpretar algo revelador. La realización y el avance de la terapia los promueve el proceso de confortación sistemática del Yo con un mismo material, tarea denominada “elaboración”.<sup>50,53</sup> Sucintamente dicho, la terapia consiste en prevenir futuras recidivas del trastorno cuya acción preventiva no logran los fármacos.<sup>57,74,76</sup>

A diferencia de otras terapias psíquicas con objetivos más breves y concretos, la psicoterapia psicodinámica es más larga, en función de las metas que se propone. De

modo que el tipo de procedimiento y la teoría de la técnica —proveniente de la experiencia clínica— en que se sustenta se dirigen a mantener el interés del afectado en su crecimiento, por encima de su resistencia. Para ello se recomienda:

- Que exista una entrevista profesional frecuente.
- Que ésta sea intensa, comprometida y en ocasiones se convierta inclusive en frustrante.
- Que se pague por ello como una forma de esfuerzo por vencer.
- Que no se dé tregua o escapatoria alguna al paciente, quien siempre intentará escabullirse de confrontar sus contradicciones y renunciar a la meta del conocimiento que más adelante, de alcanzarse, lo hará libre.

Los descubrimientos que aparezcan lo sacudirán y le brindarán a la vez un panorama nuevo, y ello puede entenderse de muchas maneras placenteras por la promesa que encierran y a pesar de su doloroso significado.<sup>74,75</sup>

Cabe considerar que, debido a su psicopatología, muchos de los abusadores/adictos no disponen de las condiciones para soportar la técnica y el procedimiento, y quizá hasta podrían empeorar al examinar emociones intensas para las cuales no están preparados cuando aún existe consumo (distorsión transferencial). La capacidad para soportar el dolor psíquico (depresión, ansiedad, etc.) y aprender de él es un signo de madurez y fortaleza que no todas las personas tienen. Aquella que manifieste un trastorno de adaptación puede ser ayudada en psicoterapia con miras a cursar un proceso de autodescubrimiento. La psicoterapia puede ayudar al permitir un acercamiento y una relación abierta en un periodo de la vida de urgente necesidad.<sup>51,52,55</sup>

Los consumidores de psicotrópicos deprimidos o ansio-depresivos son capaces de evitar su estado a partir de estilos de vida psicológicamente desviados, vía consumo, para caer una vez más cuando no pueden prolongar su mecanismo “defensivo”. Algunos de ellos intentan protegerse de sus conflictos adoptando relaciones masoquistas o de dependencia, pensando que les ofrecerán el amor y la seguridad que tan desesperadamente desean, y que imponen a que los demás se los provean. Otros se refuerzan en grandes y nobles empresas con la intención de probar su valía personal. Sin embargo, las metas irreales y excesivas para las cuales utilizan sus defensas en el mantenimiento de su autoestima producen, paradójicamente, una constante vulnerabilidad para los episodios depresivos.<sup>34-36</sup>

Tales pacientes, que a menudo exhiben cuadros depresivos (caracterológicos o episódicos, o ambos), pre-

sentan historias de larga duración con patrones maladaptativos de personalidad, creencias distorsionadas sobre sí mismos y los demás, e importantes dificultades para establecer un sentido de valía propia y auténtica. Por eso, en sus sueños suelen aparecer cuadros abigarrados de actividades trastornadas, que acusan su autodesprecio, nihilismo y destructividad. Considérese, por ejemplo, un ama de casa de 37 años de edad, consumidora crónica de ansiolíticos, que soñó<sup>77</sup> “que se veía con su marido recién fallecido, en un viaje a una playa, lugar semejante al que conocieron en su luna de miel tres años atrás”. Refiere que al tirarse de “clavado” e ingresar al agua de la alberca, vio cómo ésta se enturbiaba haciéndose densa y hedionda. Notó que en el agua flotaban restos de excremento y basura, mientras las demás personas a su alrededor la miraban de tal forma que parecían responsabilizarla de lo ocurrido. Miraba su piel con asombro al ver que de ella brotaba musgo verde y baboso, y su aliento hedía como si se produjera desde su interior algo descompuesto.

Con angustia y vergüenza por lo que le ocurría y una culpa intensa que no podía evitar, se despertó en un llanto aterrador. Destacan entre los datos que aportó al interrogatorio que fue hija única, siempre rechazada por su madre (ignoraba la causa), y que fue violada a los nueve años de edad por su padrastro. Abortó dos veces (a los 25 y a los 34 años de edad) cuando era novia del único hombre en su vida, quien luego fue su marido. Durante su matrimonio, que sólo duró tres años, no pudo concebir. El marido falleció traumáticamente cinco meses antes del inicio de la terapia en un accidente de auto que la dejó desprotegida económica y socialmente, ya que al casarse, el marido la hizo renunciar a su familia porque no lo querían como esposo de ella. De modo que en la actualidad se encuentra sola y con escasos recursos. Su nivel de preparación es medio, pero no está concluido, y sólo le permite realizar un trabajo de poco significado y aprecio social; es decir, la paciente presenta las características de depresión ansiosa a lo largo de su vida, insuficientemente modificada con ansiolíticos, por lo que ve y siente la vida vacía y sin sentido.<sup>77</sup>

El marco terapéutico de las acciones y metas de la psicoterapia psicodinámica realizada con abusadores/adictos es imposible de generalizar, como ocurre en casi todas las relaciones terapéuticas, ya que éstas requieren de una muy alta personalización y exigen, además, observar y modificar distintos puntos vulnerables, defensas y distorsiones idiosincráticas, así como una historia pasada y una situación actual específica. Sin embargo, en el afán de describir las intervenciones para fines didácticos, se señala que la meta es alcanzar tres fases complementarias, entendidas fuera del contexto tempo-

ral como tareas por desarrollar en cualquier fase de la terapia.<sup>78,79</sup>

Dado que la mayoría de los individuos que se presentan a terapia lo hacen en medio de un episodio clínico, aunque no en consumo activo, su vida se muestra en algunos casos llena de ansiedad, confusión y desesperanza. Se aprecian a sí mismos angustiados y vacíos, y sienten que su entorno les ofrece pocas satisfacciones; se sienten también como seres humanos poco desarrollados o sin realización, pero su negación y falta de conciencia de enfermedad los aleja de la posibilidad terapéutica. Su incapacidad para alterar su estado interior sin psicotrópicos y su desesperanza para conseguir sentimientos más adecuados lo llevan a desear el alivio de su dolor en forma inmediata, antes que cualquier otra cosa. Tal oferta, dice Balint,<sup>1</sup> es una urgencia para ambos, y el terapeuta debe apresurarse a tomarla y ponderarla para reconocer su profundidad. En este punto suele presentarse la reacción contratransferencial, por lo que la valoración podría no ser certera.<sup>57</sup>

Años atrás, los pacientes gravemente afectados por el consumo de psicotrópicos solían abordar este periodo estableciendo una alianza con su terapeuta, esperando que el episodio remitiera. Hoy, la alianza, la disponibilidad de medicación *anticraving* y su alta eficacia han ayudado a acortar este periodo de sufrimiento. Además, no se considera ético prolongar el síntoma cuando existen recursos para aliviarlo.<sup>1,29,30,31</sup>

A menudo el paciente, al sentirse deprimido, inútil, aislado y débil, desea depender del terapeuta de modo poco realista para sustentarse y apoyarse. Por ello, es frecuente que exista una temprana idealización de éste que más tarde se convertirá en decepción, resentimiento y agresión, cuando no satisface las expectativas —ignorantes o mágicas— del paciente.

Algunos médicos —dicho sea de paso— se gratifican con ello y se meten en camisa de once varas, pues casi nunca es factible satisfacer las expectativas irreales y neuróticas de otro ser humano, como se aprecia en los filmes *Luna amarga* y *Atracción fatal*, que aluden al tema de la relación amorosa idealizada-destructiva. Véase el conflicto: si las expectativas ilusorias de apoyo se rompen, el desilusionado paciente se tornará irritable o experimentará una intensificación de la necesidad de consumo, con lo cual se incrementarán los síntomas del cortejo psíquico de la comorbilidad adictiva. Pero si estas expectativas no se rompen, se prolonga la iatrogenia *ad nauseam*.<sup>14,15,17,74</sup>

Al inicio de su manejo, las personas emocionalmente perturbadas por consumo de psicotrópicos son muy estresantes para el terapeuta, a causa de la culpabilidad provocada por su dependencia (pegajosidad, vehemencia, sumisión aparente, etc.) con la cual intentará extorsionar al profesional y responsabilizarlo de lo que pueda ocurrirle si lo abandona en su desgracia.<sup>28</sup> ¡Sí!, el terapeuta debe ser cálido y animar a su paciente, sin olvidar y aclarar cuanto sea necesario que la terapia es individual e intransferible, y que el peso de la curación recae en el afectado. La forma más adecuada de abordar este problema es que el terapeuta, previamente analizado, conozca las áreas defectuosas y saludables de sí mismo, y use la herramienta de su personalidad para salir adelante. La idealización debe detectarse lo antes posible y la distorsión transferencial será corregida en el momento en que aparezca<sup>14</sup> (cuadro 12-3).

Ello reclama del terapeuta honestidad acerca de sus carencias y limitaciones profesionales para reconocer que no existen curaciones rápidas y milagrosas, pues de haberlas serían de dudosa procedencia.<sup>14,55,57</sup> Esta clarificación es importante cuando el paciente edifica con

### Cuadro 12-3. Psicoterapia grupal. Acciones

Simultánea al ingreso con iguales objetivos

Análisis-reflexión grupal de las causas de consumo, modalidades, consecuencias y comorbilidad

Conocimiento experiencial significativo para consolidar abstinencia y modificar la problemática psicosocial

Sesiones de revisión y análisis-discusión de etiopatogenia adictiva, en busca de similitudes positivas en la interacción grupal que refuercen la abstinencia

Identificar pautas y mecanismos de consumo y otras conductas autoagresivas e irracionales

El terapeuta expone, coordina y estimula la discusión, siguiendo lineamientos para la terapéutica de casos

Uso de lista temática *ad hoc*, cuya secuencia biopsicosocial se apegue a la historia natural de la enfermedad y estimule la abstinencia vía autoconocimiento y cambio actitudinal

Los temas son artículos científicos seleccionados por tres ejes: general-particular, sencillo-complejo y sano-patológico

Se revisa en orden progresivo durante el internamiento en todas las modalidades que integran el programa

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208. *Simposio Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo*. LXI Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría. CMN Siglo XXI, IMSS. 26 a 28 de marzo de 1997. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.



sus creencias una atmósfera mágica de engaño, manipulación y secretas obligaciones, y debe mostrársele que es posible ser honesto, franco y sincero, sin por ello ser criticado y abandonado. Esta distorsión, frecuente en la educación dada a los miembros de la sociedad mexicana, es harto frecuente, y lamentablemente el amor por la verdad es aún motivo de risa para muchos.<sup>39</sup> Como, según este esquema, una de las herramientas correctivas de la afectación psíquica es la autoadvertencia, se deberá impulsar su aparición cuanto antes. El paciente debe ser invitado sistemáticamente a interiorizarse y tratar de comprender el origen y significados de sus problemas, en especial su tendencia al consumo y el consumo mismo. Dicha búsqueda implica que el paciente relate—más bien lo haga para sí mismo— el factor precipitante del episodio clínico con una organización particular de la personalidad. La pérdida del entorno, frustración o rechazo que le provoca su sintomatología emocional, sobre todo cuando es severa, tiene para él un significado individual profundo que amenaza con una sensación de necesidad del Yo y de sus fuentes de narcisismo para autoafirmarse.<sup>14</sup>

Además, lo que para el observador externo parece ser un acontecimiento trivial, puede reflejarse en arraigo, temor y vergüenza en las personas vulnerables. Tal indagación interior no sólo inicia un largo proceso de autocompensación, sino que también ayuda al individuo a convertirse en una mente psicológica, al prestar atención a sus sueños, sentimientos y pensamientos, que en el pasado hubieran podido ser rechazados por la conciencia o ignorados con base en la convencionalidad de la educación social y la ignorancia de la gente. De ahí que la búsqueda del significado del posible detonador también aparte a algunos pacientes del sentimiento de inferioridad e indefensión con que han vivido, al demostrar que la psicopatología sufrida está íntimamente relacionada con factores internos y, por lo tanto—y esto es de la máxima importancia—, se encuentran potencialmente bajo su control.<sup>15,17</sup>

En consecuencia, los objetivos de la tercera etapa del manejo antiadictivo en su primera fase son:

- El establecimiento de una relación terapéutica caracterizada por la franqueza y expectativas reales.
- La comprensión de que el episodio clínico resulta de una organización morbosa de la personalidad.
- La conexión de los acontecimientos detonantes con una particular forma enfermiza de conseguir autoestima.<sup>52,57,60</sup>

Pero que el paciente comprenda que sus creencias son irracionales o que sus reacciones cotidianas son auto-

destructivas no asegura que las concepciones sobre sí mismo o las actuaciones previas cambien inmediatamente. La psicopatología caracterológica no se abandona tan fácilmente, ya que en tan antiguos y arraigados patrones conductuales halla la persona su “seguridad”, predictibilidad, estructura y ocasionalmente gratificación, aunque éstas sean falsas y desadaptativas, y porque, después de todo, es lo único que se conoce hasta ahora previo a la terapéutica.<sup>58</sup> De ahí que resulte muy importante ofrecer acciones profesionales de alta calidad. La psicoterapia es una oportunidad decisiva para el paciente, y lo es de igual forma para el profesional que desee colaborar con la solución de los problemas emocionales de quienes lo consultan. El éxito en el cambio supone la existencia de confianza en alcanzar una meta que en el presente se desconoce, experiencialmente hablando.<sup>58,59,73</sup> Por añadidura, el paciente puede genuinamente querer renunciar a los síntomas, pero se resiste a los cambios en su personalidad, que es donde precisamente reside la psicopatología que da base y estructura a los síntomas. La superación de tal resistencia y el gradual proceso de cambio comprenden la fase intermedia de esta terapia. En este momento es cuando se puede decir que se abre camino, pues es cuando se descubre y se sufre por los avances, retrocesos y estancamientos en las distintas áreas exploradas.<sup>11-13</sup> La lucha implica la posibilidad de que el paciente se rinda ante la dependencia de sustancias, es decir, de apoyos externos a su autoestima, arriesgándose a nuevas formas y significados de conseguir placer como éxito vital. La resistencia más frecuente aparece en torno a que la vida se quede totalmente vacía sin la estructura familiar, aunque ésta haya sido y sea sofocante; que las viejas creencias y adaptaciones hayan ido abasteciendo la mutilante ansiedad y el temor de que el paciente sea abandonado o ridiculizado si se atreve a romper los tabús de la infancia, por la preservación de mitos familiares y sociales logrados.

En esta parte de la terapia, la resistencia es pieza importante con la cual lidiar, y hasta puede hacer que el paciente abandone el manejo psicológico frente al dolor y molestias que entraña, pero no es conveniente la mutilación del caso una vez que se haya establecido el camino por seguir.<sup>14,15,17,19</sup> Así, el apoyo terapéutico en estos momentos puede ser decisivo para mantener a un paciente en su curso de crecimiento pese al dolor que experimente, y las razones—como puede apreciarse, son de tipo técnico— no tienen nada que ver con el asunto económico u otros que frecuentemente se arguyen para el abandono del proceso, especialmente en los ámbitos de la medicina privada. Conviene al respecto enfatizar que la transferencia es una condición inconsciente repetitiva y caprichosa, sin más lógica que las ataduras y dis-

torsiones del paciente respecto a personas, situaciones y cosas de su antaño psicológico.

En ocasiones, los sueños, los temas reiterativos, las desviaciones o digresiones del curso natural de un relato son obstáculos férreos que forman la barrera que el paciente —sin darse cuenta o en ocasiones percatándose— usa con cierto placer, anteponiéndola ante el terapeuta para retrasar el proceso y no avanzar en el conocimiento de sí mismo.<sup>14,15,19</sup> En este tipo de pacientes crónicamente afectados por la psicopatología, la distorsión transferencial puede ilustrar sentimientos básicos de devaluación y antipatía, o bien exhibiciones jactanciosas de sobrecogedores poderes, megalomanía, etc. Algunos de estos pacientes dejan ver su conflictiva a partir de que no se pueden imaginar ni aceptan gustarles a otras personas y ser aceptados por ellas, o en su defecto, dan por hecho la grandiosidad de su persona y el atractivo natural que dimana de ellos.

Se podría afirmar, incluso, que nadie acepta a un individuo con tales rasgos, salvo que esté en condiciones semejantes o peores. En este caso, el primero causa ternura y despierta compasión, y el segundo lo aprecia como una salvación para “mi” persona, respectivamente.<sup>14,15,19</sup> Para los primeros pacientes, los de personalidad egocéntrica y narcisista, el amor no hay que ganárselo, pues viene solo. Para los segundos hay que hacer malabares espectaculares para lograrlo, y quizá ni así. Ambas posiciones son antagónicas, absurdas e igualmente irreales. Además, lo terapéutico será mostrar el camino en el sentido de que existe una posibilidad real para los que quieran esforzarse.<sup>58,59</sup> Este núcleo constituye precisamente el centro de su devaluación y baja autoestima, y puede verse con mayor claridad en las conductas de miedo y temor al éxito —no al fracaso— que suelen tener tales pacientes, de quienes podría decirse que no quieren que les vaya bien...

La perseverante baja de su autoconcepto y la necesidad compensatoria de reafirmación buscada en la droga, las situaciones, las personas (terapeuta), etc., caracterizan una típica reacción transferencial.<sup>50,58</sup> Los temores al rechazo, abandono y crítica desconsiderada por parte del terapeuta se introducen en la urdimbre de la terapia tejiéndose con las sesiones, e incluso después de consolidarse la alianza terapéutica. Estas expectativas negativas son el eco de la siempre presente posibilidad de sufrir un ataque narcisista, que caprichosamente fue experimentada en forma repetida durante la infancia.<sup>60,61</sup> Otro de los síntomas descolantes de tal psicopatología es la ansiedad, su perentoriedad e inmediatez, que representan el temor a que la gratificación de los deseos e impulsos provoque abandono y crítica, o cualquier otra cosa que los perjudique.<sup>13</sup>

Esta manifestación, ostensible en casi todas sus actividades, converge en que posiblemente a los pacientes no les hayan permitido expresar la exuberancia natural infantil, ni gozaron del hedonismo de esta etapa vital porque fueron, en general, enérgicamente contenidos y reprobados por sus cuidadores y educadores.<sup>36</sup> Así, la búsqueda desesperada de placer priorizada sobre todas las cosas hace pensar que tales personas en realidad padecen de anhedonia esencial, equiparable, si se convierte en conducta (muleta), a una forma de conseguir seguridad (amuleto) a expensas de la satisfacción correspondiente.<sup>1,59,60</sup> Más adelante en el curso de la terapia, los pacientes empiezan a revelar secretos que corroboran tales apreciaciones. Conviene subrayar que tales aspiraciones, que le dieron a su existencia un sentido de falsa felicidad y placer, nunca fueron saludables debido a su improductividad. Con el progreso de la psicoterapia aparecen los cambios del individuo consigo mismo y con los demás. Hay quien descubre su capacidad de gozar genuinamente o de entretenerse y empieza a leer, descubriendo el mundo del conocimiento e incorporándolo a su vida.

Otros individuos empiezan a relacionarse con los demás, libres de temores y exaltaciones vacuas, y desarrollan actividades individuales o grupales, o ambas. Los esfuerzos iniciales suelen estar mezclados con ansiedad y sentimiento de culpa, pues todavía se cree que desembocarán en malestar, crítica, abandono o desamor, motivos óptimos todos para reiniciar el consumo. Pero cuando se capta la gratificación, independientemente de que la aventura no termine en tragedia, cuando el paciente se ve aprobado por su entorno en vez de ser condenado, las reacciones aprendidas tienden a desaparecer, generándose un sentimiento de libertad, alegría y paz interior. Por eso es tan importante que el terapeuta muestre su auténtica aceptación en el marco profesional del humanismo que profesa. A partir de este momento se empiezan a explorar por fin, sin dolor y sin peligro, las situaciones infantiles sin miedo a descubrir antiguas sanciones. Cuando los pacientes comprenden que con la madurez se alcanzan la autonomía y la libertad, y que no se requiere ni conviene el control —ya interno o externo—, se van sintiendo mejor y aceptan los cambios; es decir, se inicia la reducción de la resistencia.

La última fase de esta tercera etapa de manejo se refiere a las bases complementarias ambientales y del entorno inmediato, más que a los cambios intrapsíquicos descritos. Cuando el paciente inicia el cambio de su conducta y se reorganiza su sistema de valores, las personas significativas para él pueden ahora resistirse a tales cambios. Compañeros, amigos y empleados, conocidos, familiares y en particular los cónyuges, pueden

erigir, en plan de rechazo, una barrera frente a la mejoría que observan. En este punto, puede llegar a ser un serio obstáculo la paradoja del sabotaje, harto conocida en el ambiente profesional, y que deriva de las lesiones y resentimientos producidos por la conducta de los pacientes.

De modo que el cuadro sociofamiliar se complica y se amenaza el bienestar alcanzado.<sup>39,74,76</sup> Las múltiples razones para ello van desde el desconcierto hasta la envidia pasando por la desconfianza, todo lo cual es actuado desde una perspectiva individual no siempre clara para el individuo. La pareja, por ejemplo, a menudo puede reaccionar críticamente y en forma negativa tratando de descalificar la nueva imagen, presentando sentimientos de alarma e irritación yóica que surgen del proceso terapéutico de aquél y que a éste confrontan en algún sentido. Lo curioso del caso es que las personas que interactúan con los pacientes en la vida cotidiana desean que se curen y que no vuelvan a recaer en nuevos episodios, pero a la vez se resisten a abandonar su estilo de relación anterior, tal como le ocurría al paciente antes de desarrollar su nueva imagen, pues ésa fomentaba precisamente episodios de irritación, autodesprecio y otras imágenes dañinas, pero aun así, aunque falsos, le dieron “seguridad” y estructura por algún tiempo, antes de que se percatara de lo enfermizos que eran. Por lo tanto, se requeriría un tratamiento igual para que las personas en torno del paciente cambiaran, pero como ello es virtualmente imposible, se abandona como meta utópica de bienestar social, de la misma forma que se hace caso omiso de su crítica pesimista, envidiosa y generalmente mal fundamentada.<sup>39,74,76</sup>

El principal objetivo de esta etapa es *la consolidación de los cambios alcanzados*. Ciertas características superficiales que son indicativas de la profundidad del cambio pueden ayudar al terapeuta a evaluar la mejoría del paciente. Casi todas las manifestaciones se mueven

alrededor de la nueva autonomía del paciente y sus actividades diarias;<sup>4-6</sup> por ejemplo: la creatividad indica una confianza que permite intentar nuevas cosas; la espontaneidad refleja capacidad para actuar con seguridad; la habilidad para asumir los propios errores con filosofía y buen humor —ingrediente fundamental de la salud mental—<sup>80</sup> indica el fin del colorido hipermoralizante, obsesivo, psicótico, destructor y jactancioso que considera todos los actos como buenos o malos. Tónica axiológica, por cierto, indeseable en psicoterapia.<sup>74</sup>

El ser capaces de asumir las fallas propias sin alarma indica que el paciente no se ve a sí mismo como despreciable si no consigue sus objetivos, sino que, por el contrario, su autoestima es ahora independiente de las vicisitudes de la vida. Otro indicador importante del cambio es que el sujeto no sólo trabaja para ser elogiado o dirigido por algún objetivo del pasado, sino para obtener satisfacciones de la vida presente y, por consiguiente, mejorar el futuro. De modo que el cambio logrado por la psicoterapia también favorece la aparición del interés por los demás, no tanto porque pudieran alimentar su devaluado autoconcepto o para darles su hipervalorada personalidad de otrora, sino porque un ser humano puede, sin duda, ser importante e interesante por sí mismo (cuadro 12-4).

Al perder manipulaciones, el paciente tiende a experimentar una verdadera empatía por vez primera al ver a los otros como iguales, aunque sean separados. De este modo, la psicoterapia se entiende más bien como un esfuerzo que requiere actividad y aprendizaje que como una lucha para alcanzar la ubicación correcta del reconocimiento de personas transferencialmente distorsionadas. Y para lograrlo, la terapia deberá ser siempre “el” lugar donde los pacientes puedan expresarse sin miedo, angustia, culpa o vergüenza, hasta el momento en que sean capaces de establecer otro tipo de relaciones saludables en la vida y proseguir...

#### Cuadro 12-4. Psicoterapia de grupos de familias y orientación. Acciones

---

Modalidad informativo-educativa destinada a la construcción del equilibrio biopsicosocial, para un estilo duradero de vida saludable en pos de una mejor calidad de vida:
Motiva a los familiares a participar en el cambio propio y de su familiar
Impulsa y mantiene la alianza terapéutica
Suministra información específica e induce a que los familiares ubiquen la etapa de cambio en que se encuentra el paciente
Fomenta la conciencia de participación autocorrectiva en la enfermedad
Desmitifica creencias desadaptativas del familiar en torno a su conducta adictiva
Elimina la culpa y fomenta la responsabilidad
Reeduca a los integrantes: paciente y familiares, a menudo codependientes
Promueve la participación de los familiares en la preparación de la etapa de reestructuración de su familiar

---

*Simposio Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo.* LXI Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría. CMN Siglo XXI, IMSS. 26 a 28 de marzo de 1997. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19. Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.

He aquí una razón esencial para la reconstrucción de la vida individual: el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que, como ser, es estructural y existencialmente inacabado. Tiene que “producirse” a sí mismo sin poder integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada.<sup>81</sup> Su conflicto básico se encuentra entre el amor y el odio y sus sentimientos asociados.<sup>82,83</sup> Pero como tal situación no se hace consciente de inmediato, deberá ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y adaptación a la realidad. Así, el individuo sano busca, por lo general, vincularse con las personas, formar una familia, grupo, clan, para darle color y sentido a su vida. Y es ahí donde una relación amorosa sana se vincula al grado de desarrollo e individuación de los cónyuges, que sólo se alcanza con el enfrentamiento cabal de los conflictos profundos relativos a las ataduras incestuosas hacia la madre, la familia y el grupo por un lado, y por el otro, con el desarrollo de las potencialidades humanas. La siempre fascinante aventura de conocer y explorar a la pareja permite compartir la alegría de darse y recibir —en ese orden—, haciendo de ese acto una creación personal compartida.

Implica también que “ambos seres sean capaces de responder voluntariamente a las necesidades expresadas o no del otro, en su carácter de ser humano y compañero; de respetarse entre sí, preocupándose de que el otro se desarrolle tal como es, sin buscar influirle”.<sup>84</sup> Una relación tal se basa en la integración de varios factores: la aceptación del uno por el otro, la seguridad básica en la comprensión y en la relación, y la comunicación intelectual y emocional en íntima armonía con la realidad, en el marco de la autonomía y la autodeterminación. Pero tal modelo multidimensional, para comprender las relaciones entre los sexos y favorecer arreglos en las estructuras de intimidad, requiere a su vez una efectiva comunicación y, sobre todo, el manejo adecuado de habilidades para los conflictos, denominada “conciliación”.<sup>80</sup>

En síntesis, el abusador/adicto se encuentra aún lejos de la salud vincular y psicosocial mientras no construya una mejor situación para su futuro.<sup>45</sup> El salir de la adicción es muy importante, pero pone la situación “al inicio del camino”, no es suficiente para autoproducirse, aún falta mucho camino por andar.<sup>46</sup> Recuérdese que la vida es sólo una oportunidad, no garantizada ni garantizable, y que hay que proseguir...

## REFERENCIAS

1. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Washington, William and Wilkins, 1994.
2. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
3. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa C, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
4. **Souza y Machorro M:** *Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones*. Simposio “Psiquiatría de enlace y adicciones”. XVIII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. “Salud mental: Retos y perspectivas”. Monterrey, 2003.
5. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
6. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
7. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
8. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
9. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
10. **Kaufman E, McNul J:** Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat Mar* 1992;43(3):220-232.
11. **Kaufman E:** Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):21-27.
12. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* 1998;7(3):205-209.
13. **Kosten TR:** Drug alcohol withdrawal management. *N Engl J Med* 2003;348:1786c-1795c.
14. **Souza y Machorro M:** *Aspectos psicodinámicos y psicoterapia del paciente adicto*. Evento Académico en Memoria del Dr. E. Fromm. México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 2002.
15. **Souza y Machorro M:** *Principios generales de psicoterapia: un lugar en la terapéutica por derecho propio*. I Simposium de patología psiquiátrica del Gobierno del Estado de Tamaulipas. Secretaría Estatal de Salud. Universidad Autónoma del Estado de Tamaulipas y Hospital General de Ciudad Victoria, Tam. 1996.
16. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por que profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
17. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
18. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.

19. **Souza y Machorro M:** *Curso básico de adicciones*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. Gobierno del Distrito Federal. 2002.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. V: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
21. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.
22. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para el alcoholismo (HCPCA). Una aportación al manejo asistencial. *Salud Públ Méx* 1985;27(4):291-307.
23. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
24. **Souza y Machorro M:** El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(1).
25. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3).
26. **Velasco FR:** *Alcoholismo: visión integral*. 2ª reimp. México, Trillas, 1997.
27. **Bellack L, Small L:** *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. 2ª ed. Nueva York, Grune and Stratton, 1978.
28. **Crown S:** Individual long term psychotherapy. En: Bloch S: *Introduction to the psychotherapies*. Oxford University Press, 1979.
29. **Ehrenwald J:** Psi phenomena in psychiatry and psychotherapy. En: *New dimensions in psychiatry: a world wide view*. Arieti S (ed.). Vol. 2. Nueva York, John Wiley and Sons, 1977.
30. **Karasu T, Steinmuller RI:** *Psychotherapeutics in medicine*. Nueva York, Grune and Stratton, 1978.
31. **Bloch S:** *Introduction to the psychotherapies*. Oxford University Press, 1979.
32. **Strupp HH:** On the basic ingredients of psychotherapy. *J Consul Clin Psychol* 1973;41:1.
33. **Wolberg L:** *Short term psychotherapy*. Nueva York, Grune and Stratton, 1965.
34. **Souza y Machorro M:** *Programa general de operación de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de adicciones*. San Dionisio Ocotlán, 2003.
35. World Health Organization (WHO): *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, WHO, 1993.
36. **Strunin L, Hingson R:** Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. *Int J Addict* 1998;27(2):129-146.
37. **Koob GF, Sanna PP, Bloom FE:** Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998;21(3):467-476.
38. **De Wit H:** Individual differences in acute effects of drugs in humans: their relevance to risk for abuse. *NIDA Res Monogr* 1998;169:176-187.
39. **Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *Liber@ddictus* 2003;69:13-16.
40. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD): *Informe Final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Buenos Aires, CICAD-OEA, 1997.
41. **Burrus O:** Does alcoholism have a genetic etiology? *Rev Infirm* 1994;(15):28-30.
42. **Marlatt A, Barret K:** Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Cap. 20, Washington, American Psychiatric Press, 1994:285-287.
43. **Prochaska J, DiClemente C, Norcross J:** In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992:98-104.
44. **Prochaska J:** Assessing the stages of change and decision-making. *Health Educ Q* 1993;20(4):455-470.
45. **Millán S:** *El psicoanálisis contemporáneo*. Simposio de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas (IFPS) e Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 16 a 20 de noviembre de 2001.
46. **Souza y Machorro M:** *Sociedad, enajenación y adicciones*. Trabajo presentado en el Simposio Adicciones, Temas y Reflexiones de la II Reunión Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental. Oaxaca, 1997.
47. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Viernes 18 de agosto de 2000.
48. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de diciembre de 1998.
49. **Dazord A, Gerin P, Iahns J, Andreoli A:** Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Psychother Res* 1991;1(2):135-147.
50. **Freud S:** *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
51. **Mercado CG, Souza y Machorro M, Martínez MAJ, Martínez MJ:** *La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto*. Trabajo presentado en el Simposio Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de Vida. X Congreso Nacional. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. SSA. México, 11 a 13 de mayo de 1999.
52. **Souza y Machorro M:** *Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones*. Conferencia Magistral. Ciclo de Conferencias "¡El futuro es nuestro! La droga es muerte". I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 16 de octubre de 1999:8-11.
53. **Pellicer Y:** *Adicción a las drogas. Un modelo de sistema totalitario*. Trabajo del I Simposio Internacional de Psiquiatría Social, XIV, Núm. 1, 1984.
54. **Winnicott D:** *Collected papers through pediatrics to psychoanalysis*. Nueva York, Basic Books, 1958.
55. **Balint M:** *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. México, Paidós, 1991.
56. **Musacchio A:** *Dependencia y objeto totalitario. Factores psicológicos tempranos en la estructura de la personalidad adicta. Drogadicción*. México, Paidós, 1996.
57. **Casarino E:** *Desarrollo psicológico temprano y personalidad adicta. Temas de drogodependencia. Adicciones*. Vol. II. Buenos Aires, Casasco, 1988.
58. **Souza y Machorro M:** *Sociedad, enajenación y adicciones*. Simposium Adicciones, temas y reflexiones. II Reunión Na-

- cional de la Federación de Sociedades Pro-Salud Mental. Oaxaca, 1997.
59. **Lane RC, Hull JW, Foerhnbach LM:** The addiction to negativity. *Psychoanalysis Rev* 1991;78(3):391-410.
  60. **Blane HT:** *The personality of the alcoholic: guises of dependency*. Nueva York, Harper and Row, 1968.
  61. **Alterman AI, Cacciola JS:** The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(7):401-409.
  62. **Miller NS, Guttman JC, Chawla S:** Integration of generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. *J Addict Dis* 1997;16(4):7-22.
  63. **Stephanie S, Costas N:** *Research in addiction: an update*. Psychiatry in Progress series, Vol. 2. Hogrefe and Huber Publishers, 1995.
  64. National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Inhalant abuse*. Capsules 1-3. 1996.
  65. **Souza y Machorro M:** *Simposio CIJ-IMSS de Diagnóstico y Tratamiento de Adicciones*. México, Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A. C. 1997.
  66. **Millner NS:** Comorbid of psychiatric and alcohol/drug disorder: interactions and dependent status. *J Addict Dis* 1993; 12(3):5-16.
  67. **Arif A, Westermeyer J:** *Manual of alcohol and drug abuse. Guidelines for teaching in medical and health institutions*. Plenum Press, 1988.
  68. Hoffman HF: *A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. 2ª ed. Oxford University Press, 1983.
  69. **Miller NS, Gold MS:** A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998;16(1):105-117.
  70. National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Therapy manuals for drug addiction. A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Monograph Series No. 8, 1998:15-24.
  71. World Health Organization (WHO): *Evaluation of dependence liability and dependence potential of drugs*. Technical reports series No. 577. Report of a WHO scientific group, 1975.
  72. **Gabell LL, Parlsol JA:** Taking an effective sexual drugs history. A first step in HIV/AIDS prevention. *J Fam Pract* 1993;37(2):185-187.
  73. **Souza y Machorro M:** *Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa*. Dirección General de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de Adicciones. Oaxaca, 2003.
  74. **Souza y Machorro M:** *Principios de psicoterapia: tipos y clasificación*. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Departamento de Enseñanza e Investigación. Clínica-hospital No. 25. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1979.
  75. **Souza y Machorro M:** *Profesionalización de la terapéutica antiadictiva y psicoterapia psicoanalíticamente orientada*. X Curso de Actualización en Adicciones para Personal de Salud (Niños de la Calle). FINCA-Casa Alianza, 2000.
  76. **Souza y Machorro M:** *Craving, psicoterapia y reinserción social del paciente adicto*. Simposium Bases Neurobiológicas de las Adicciones. IV Congreso Regional de la Zona Norte Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y I Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica del Noreste, A. C., Nuestro camino al sincretismo. Monterrey, 2000.
  77. **Souza y Machorro M:** *Psique, conflicto y pareja*. I Jornadas de Psicoanálisis, Psicología y Psiquiatría. México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis y Círculo de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica de la Ciudad de Veracruz. 1994.
  78. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. México, Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. 2000.
  79. **Gardfield SL, Bergin AE (eds.):** *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1978.
  80. **Souza y Machorro M:** *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México, El Manual Moderno, 1996.
  81. **Fromm E:** *El arte de amar*. 2ª reimp. México, Paidós, 1980.
  82. **Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J:** *Developments in psychoAnalysis*. Londres, Hogarth Press, 1952.
  83. **Stein R:** A new look at the theory of Melanie Klein. *Int J Psychoanal* 1990;71(Pt 3):499-511.
  84. **Zajur E:** Armisticio y acuerdos. Desarme unilateral. En: Aramoni A, Saavedra V, Derbez J, Narváez F, Silva J et al.: *La guerra de los sexos*. México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., Sara Moirón, 1971.



## Residencia diurna para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos

Los tratamientos antiadictivos son, en general, efectivos para reducir los problemas medicopsiquiátricos y psicosociales<sup>1</sup> de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos:<sup>2</sup> los *inducidos por ellos* (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) y los *derivados de su consumo* —aislado, episódico o consuetudinario (dependencia y abuso)— de estimulantes, sedantes o psicodislépticos, solos o combinados.<sup>3-8</sup> Asimismo, son efectivos para contener o resolver una amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad,<sup>9-13</sup> como la disfuncionalidad familiar,<sup>14-18</sup> conductas delictivas,<sup>19</sup> violencia psicofísica o sexual<sup>20,21</sup> u otras problemáticas que caracterizan la mayor parte de los casos.<sup>22</sup> Pero ningún tratamiento es efectivo por sí mismo, y menos aún si se utiliza uno solo de los variados recursos correctivos de que dispone la terapéutica actual.<sup>22,23</sup> De modo que la gravedad, complejidad y extensión de esta patología —de estirpe multifacética e impacto multimodal— se refleja en el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues aun con la participación de un equipo multidisciplinario, transdisciplinario e interdisciplinario, puede en ocasiones no consolidarse un resultado favorable, además de que su delicado manejo exige a la mayoría de los pacientes mucho tiempo, gastado en forma constante, y una adherencia terapéutica especial.<sup>22</sup> De ahí que los programas terapéuticos, que persisten a la fecha incompletamente evaluados,<sup>23</sup>

varíen tanto en abordajes como en contenidos y efectividad.<sup>22-25</sup>

Se ha documentado que los tratamientos son eficaces preferentemente con cierto tipo de pacientes, mas no con otros,<sup>24,25</sup> a tal punto que se realizan correlaciones predictivas con varios grupos de pacientes.<sup>25-29</sup> Hoy en día, la investigación mundial vinculada con la utilidad de los factores predictivos de la respuesta al tratamiento en pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos es un importante referente clínico que indica:

1. La existencia de ciertos elementos participantes en el desarrollo de la patología adictiva y su posible peso específico.
2. La identificación adecuada de cada uno de ellos.
3. El impacto que propina su conjunto.

De modo que el análisis acucioso de su compleja dinámica<sup>29,30</sup> ofrece datos que, aun siendo relativos, plantean un escenario de actuación al servicio de la comprensión de este complejo fenómeno y al apoyo que debe brindarse a los pacientes, a través del amplio espectro de acciones terapéuticas.<sup>31-34</sup>

Tales factores predictivos de la respuesta terapéutica<sup>35,36</sup> se observan en:

1. **La vertiente biológica** (papel de los neurotransmisores cerebrales dopamina, serotonina, GABA), el sistema de neuropéptidos “Y”, la proteína C cinasa y la dupla formada por la adenilciclase y la proteína, factores entre los que destacan por su trascen-

Souza y Machorro M, Quijano BEM, Reséndez RR, Arroyo PF, García RL *et al.*: *Residencia diurna: una alternativa clínica para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos*. México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. 2005.



---

**Cuadro 13-1. Áreas de abordaje y factores predictores en adicciones**


---

**I. Factores biológicos:****Alcohol**

- Dopamina y serotonina
- Opiáceos
- Papel de otros neurotransmisores cerebrales, neuromoduladores y procesos postsinápticos
- Trastornos del dormir y hallazgos en el EEG
- Pautas de medición de la reactividad biológica
- Tipos de alcoholismo

**II. Factores psicosociales:**

- Funciones cognitivas
- Deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y conducta de búsqueda de alcohol
- Estrés; factores de personalidad y expresión de las emociones
- Comorbilidad psiquiátrica
- Grado de severidad de la dependencia y respuesta clínica al tratamiento farmacológico

**Cocaína**

- Severidad de la dependencia e interacción entre los predictores y el manejo psicosocial
- Predictores iniciales y posteriores; género
- Psicopatología; psicotrópicos y comorbilidad alcohólica
- Deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y conducta de búsqueda de cocaína

**Opiáceos**

- Alto nivel de pretratamiento contra drogas de abuso
- Tratamiento antiadictivo previo contra opiáceos o contar con periodos de abstinencia previa
- Abstinencia de alcohol o un consumo ligero de éste
- Depresión; altos niveles de estrés y desempleo
- Relación con personas consumidoras de psicotrópicos
- Breve duración de tratamientos previos
- Abandono precoz de tratamientos sin llegar a su finalización
- Alta gravedad del padecimiento adictivo y múltiples experiencias de pretratamiento
- Aceptación de la identidad como consumidor adicto; poca adhesión y participación en asuntos psicosociales

**Nicotina**

- Calidad y utilidad práctica de los predictores; grado de severidad de la dependencia y abstinencia
- Presencia de deseo-necesidad de consumo y su estirpe biológica y comorbilidad psiquiátrica
- Problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos
- Motivación y grado de compromiso y participación en los esfuerzos destinados a la abstinencia
- Duración del tratamiento y otras características del mismo
- Presencia de estados emocionales negativos, afectivos o cognoscitivos
- Rasgos de personalidad y sus modalidades de trastorno y habilidades para la adaptación
- Abuso múltiple de sustancias y contingencia y la coacción sobre el paciente

**Factores genéticos**

- Arquitectura de los patrones del dormir
  - Impulsividad e irreflexión conductual y autoeficacia
  - Una pléyade de factores económicos y sociales, entre otros
- 

Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM: Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.

dencia clínica los trastornos del dormir, las alteraciones neuropatológicas registradas en el EEG y otros resultados que ofrecen indicadores biológicos accesibles de reacción al consumo de alcohol, que inducen, a criterio de varios autores, la propuesta de una clasificación para la dependencia ética por tipos etiopatogénicos<sup>26,27</sup> (cuadro 13-1).

- 2. La vertiente psicosocial:**<sup>34</sup> alteraciones de la función cognoscitiva, presencia de deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) y conducta de

búsqueda de la sustancia; estrés; ciertos rasgos de la personalidad; disfunción de la autoeficacia mostrada en labores de realización personal necesarias para el individuo; alteración de la capacidad individual para expresar adecuadamente las emociones; una diversa comorbilidad psiquiátrica; nivel de dependencia alcanzado; respuesta previa al tratamiento farmacológico; severidad mostrada de la adicción; corroboración/descarte de las interacciones entre los factores de predicción y el

tratamiento psicosocial logrado; género; papel de la psicopatología y comorbilidad propia de los procesos adictivos respecto de psicotrópicos de alta preocupación psicosocial: etanol, cocaína, opiáceos y nicotina.<sup>29</sup> Y aunque ambos grupos de factores no pueden considerarse concluyentes todavía, su diversidad y profundidad observacional aportan interesantes elementos que facultan consideraciones no contempladas y opciones de conocimiento práctico no sistematizadas para ser asumidas en la línea terapéutica de la patología adictiva.<sup>32,34</sup>

El uso de una nosología individual<sup>37</sup> a partir de características sociodemográficas, tipología, psicopatología, patrón de consumo, severidad sindromática y otros elementos de tipificación representa un esquema prope-  
deúctico útil, pero no siempre asumido por todos los que brindan manejo. La adecuación de las metas antiadictivas, debida al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes en distintos programas comunitarios, y a la información derivada de estudios de seguimiento y costo-efectividad, promueve filosofías y metas distintas. Por lo tanto, se hace esencial la discusión clínica detallada respecto de la participación de los factores biopsicosociales en la etiopatogenia adictiva, y de modo especial la calidad de los factores predictivos de la evolución terapéutica.<sup>29,30,38-49</sup>

La nosografía en la que se encuadra al paciente abusador/adicto con miras a su mejor manejo se conoce desde hace años<sup>50-59</sup> por su descripción en los catálogos internacionales; sin embargo, el encuadre sigue estando desatendido.<sup>50,59,60</sup> La “ecuación del método” para la mejor indicación terapéutica (paciente-modalidad terapéutica) descrita hace más de dos décadas constata que la evaluación clínica completa de los pacientes a largo plazo casi nunca se supervisa ni evalúa adecuadamente.<sup>23,55,56</sup>

Las investigaciones sobre el personal de salud que labora en salas de urgencia de clínicas y hospitales indican que éste rara vez toma historias clínicas de los casos de abuso/adicción a psicotrópicos, ni evalúa la necesidad de tratamiento a largo plazo que todo paciente intoxicado requiere.<sup>57-60</sup>

Los resultados de ciertos estudios clínicos comparativos invitan al cumplimiento de tal necesidad. Detectar las características de los pacientes atendidos en servicios de urgencia causados por psicotrópicos es hoy en día un problema no resuelto,<sup>58,60</sup> dado que los síndromes de intoxicación o abstinencia graves —por uno o varios psicotrópicos a la vez— son frecuentes, requieren diagnóstico formal y manejo adecuado posterior a la inter-

vención aguda.<sup>22,53,54,60,61</sup> En tal sentido, el desarrollo de un sistema nacional de tratamiento para adicciones<sup>60</sup> se hace imprescindible para contender con este grave problema, que representa al menos un tercio de los casos atendidos en urgencias, y que se suman a las varias decenas de miles de consultas (ambulatorias, hospitalarias y residenciales) por año<sup>56,57</sup> otorgadas por las distintas organizaciones e instituciones del país.<sup>58-60</sup> No obstante la eficacia disponible de la terapéutica actual,<sup>26,27</sup> los diferentes tipos de programas no recurren a igual metodología, y su varianza, máxime tratándose de enfoques, contenidos y efectividad, aún no considera de rutina las características individuales de cada paciente.<sup>31,61</sup> La reducida eficacia de ciertos abordajes requiere mejor selección metodológica, y sobre todo la evaluación de la indicación correspondiente, para emplear así, bajo evaluación supervisada,<sup>23,31-33</sup> los más adecuados a cada problema.<sup>62-69</sup>

El reto terapéutico asistencial en adicciones se enfocó desde la década de 1990 en dos asuntos tributarios entre sí: el costo-beneficio y la clasificación nosoterapéutica. Ambos promueven el uso del manejo antiadictivo ambulatorio favoreciendo el manejo diurno, sin omitir la condición medicopsiquiátrica de los pacientes. La hospitalización parcial como parte complementaria de la terapéutica integral ofrece en ciertos casos iguales o mejores resultados que la rehabilitación lograda en ambientes residenciales típicos. Para optimizar la calidad de su cuidado, se determinan las características individuales del paciente y el grado de compromiso y participación esperables, en aras de un mejor pronóstico rehabilitatorio.<sup>62-67</sup>

Y no obstante la experiencia acumulada, la investigación en la materia no ha documentado resultados concluyentes. Los datos actuales sostienen que los estudios que tipifican clínicamente a sus pacientes y los que no lo hacen tienen resultados inmediatos parecidos, lo cual implica que el proceso aún requiere afinar mejor la tipificación de la modalidad terapéutica correlativa y, en consecuencia, de la ubicación clínica correcta del paciente en el más adecuado nivel de atención,<sup>66,70-74</sup> a efecto de lograr un mejor y más completo manejo sostenido a largo plazo.<sup>29,31,56,58,61</sup> La experiencia de manejo documenta que a mayor lapso de tratamiento rehabilitatorio, participación y permanencia en la unidad terapéutica (realizando labor lúdica, taller laboral y otras), mejores resultados se consolidan a largo plazo en términos de evitación de recaídas y establecimiento de una mejor capacidad para la rehabilitación psicosocial de los afectados.<sup>75-83</sup>

De hecho, frente a la multifacética etiopatogenia de la dependencia, la OMS recomienda:

1. Dar tratamiento es mejor que no hacerlo.
2. Que cuanto mayor sea la duración, mejores serán los resultados.
3. Que la patología adictiva debe considerarse un trastorno crónico igual que otros.
4. Que la atención a la comorbilidad es indispensable.
5. Que la motivación para el tratamiento es fundamental para la rehabilitación, donde el deseo-necesidad imperiosa de consumo causante de recaída —parte ineludible del padecimiento— precisa controlarse con recursos específicos.
6. Que el mejor tratamiento es la combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuados con bases psicoterapéuticas.<sup>84,85</sup>

Complementa esta opinión la sólida argumentación de apoyo a las medidas del postratamiento a favor de los distintos tipos de pacientes y sus peculiares características, así como a las instituciones participantes. Y documenta también que en materia terapéutica del abuso de analgésicos, alcohol —en adultos mayores—, metanfetaminas, cocaína o tabaco y alcohol —en jóvenes—, los programas de tratamiento a largo plazo, como el de uso de metadona u otras sustancias, se refuerzan con la participación de programas residenciales diurnos.<sup>86-95</sup> Se sabe que la buena evolución de los pacientes en el postratamiento depende de distintos factores de significación personal, que influyen en su adherencia al tratamiento y que involucran la motivación y el desempeño en las actividades programadas. Al efecto, se señala la participación de diversos factores:

1. Institución (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc.; características del personal y organización y recursos destinados al manejo).
2. Tratamiento (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad de la condición clínica por tratar y sus resultados).
3. Paciente (grado de afectación, conciencia de enfermedad [mental], motivación y recursos disponibles).
4. Familia (grado de participación, abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adherencia).
5. Socioculturales (estigma, grado de aceptación y simpatía a la labor y esfuerzo de los afectados, etc.).<sup>96-103</sup>

En todo caso, la labor terapéutica que reciban los pacientes, adicional a las maniobras rehabilitatorias que el

caso requiera, debe enriquecerse con un desempeño empático, orientador, de apoyo informativo-correctivo que ofrezca la modalidad psicoterapéutica, vinculada a la detección y combate del deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda de sustancia.<sup>22,32,34,37</sup> Todo lo anterior tiende a eliminar la recaída, permite reforzar la permanencia en el manejo y la toma de conciencia de enfermedad (mental), así como la participación activa de todos los afectados para disminuir las dificultades naturales del manejo de este tipo de proceso crónico-reiterativo de la patología adictiva.<sup>104-120</sup> Se presentan a continuación los aspectos historicotécnicos que orientan y facilitan el quehacer de los equipos de salud en una unidad residencial diurna para la atención de personas con problemas de abuso/adicción a psicotrópicos y su comorbilidad, a la usanza de como se realiza con pacientes discapacitados físicamente para reducir la invalidez, a efecto de normalizar sus condiciones y circunstancias patógenas.

El hospital de día —modelo de la residencia diurna para pacientes abusadores/adictos— constituye, de acuerdo con la experiencia clínica realizada en varios países,<sup>121</sup> un programa que enfatiza de manera esencial la resolución oportuna, integral, ambulatoria y comunitaria de la problemática adictiva; se orienta a la atención de los trastornos por consumo de sustancias en ámbitos clínicos y de rehabilitación durante el periodo de agudización, o en su periodo de transición entre la hospitalización residencial y su egreso a consulta externa.<sup>122</sup> Este modelo de abordaje, iniciado en Moscú en 1932 para pacientes psiquiátricos, se extendió más tarde a otros países con la experiencia simultánea de Boyle en Chichester (en Inglaterra) y Woodall en Boston (EUA) e indujo en 1946, tras la Segunda Guerra Mundial, a que Cameron en Montreal y Bierer en Londres promovieran la “fórmula experimental de hospitalización para otros grupos de enfermos mentales”.<sup>121</sup> Su desarrollo, lento, fue impulsado por el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, y en el decenio de 1960 la mayoría de los países industrializados empezaron a reemplazar el tradicional hospital psiquiátrico por el nuevo modelo de atención llamado “comunitario”.<sup>123,124</sup> En este contexto, bajo condiciones sociales y técnicas particulares, se facilita el desarrollo de una residencia parcial. Tal dispersión contó con ciertos factores que explican la consolidación de la modalidad en las redes de servicios:

1. Utilización óptima del tiempo terapéutico con economía de recursos de inversión/operación.
2. Evitación del desarraigo y segregación de los pacientes, que clarifica y demanda un compromiso de éstos con su tratamiento.

3. Fomento de intervenciones psicoterapéuticas y sociofamiliares dirigidas a objetivos más definidos y específicos, e incluso técnicamente mejor evaluadas.<sup>125,126</sup>

Como modelo de abordaje, este recurso terapéutico cumple varias funciones:

1. Alternativa a la hospitalización de tiempo completo.
2. Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios.
3. Instancia de rehabilitación para enfermos crónicos.

Como unidad específica para el tratamiento de enfermos ancianos, niños, abusadores/adictos y otras condiciones.<sup>125,126</sup> Además, al combinar sus funciones, muchas de las unidades inspiran su práctica a otros enfoques (médico tradicional, comunidad terapéutica, rehabilitación psicosocial, etc.).<sup>122,125,126</sup>

En la actualidad, el énfasis se pone en la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial.<sup>117,118,121</sup> Y como la opción representa a la vez una alternativa a la hospitalización de pacientes con trastornos adictivos y un manejo posalta residencial, acorta los tiempos de internación y garantiza el manejo previo a la consulta ambulatoria. Su práctica intenta:

1. Consolidar la atención semihospitalaria.
2. Prevenir la discapacidad.
3. Asegurar la continuidad de atención, al privilegiar un tipo de atención ambulatoria más económico.

Pero cabe señalar que, aunque esta modalidad dispone de elementos lúdicos, es primordialmente un recurso terapéutico:

1. Como alternativa clínica hospitalaria o abreviando su duración.
2. Provoca una menor estigmatización psicosocial al derivar sus altas a la atención especializada ambulatoria.
3. Facilita la reinserción social y laboral de los usuarios; tanto éstos como sus familiares alcanzan igual o mayor satisfacción que con la hospitalización completa tradicional.<sup>126,127</sup>

Como puede inferirse, para alcanzar sus fines la residencia diurna refuerza su perfil de opción clínica especializada de alta resolutiveidad de crisis y descompensaciones, al disminuir la demanda de camas de corta

estancia.<sup>121,122</sup> Conceptuada así, se define como una instancia cuyo desarrollo conjuga objetivos clínicos y de salud pública que vigorizan el modelo de atención curativa, al enfatizar la resolución integral y ambulatoria de los trastornos adictivos articulados a otros recursos. Sus objetivos clínicos se dirigen al tratamiento y la rehabilitación de los trastornos relacionados con sustancias que requieren manejo en el periodo agudo de su sintomatología o se encuentran en transición, desde una hospitalización breve hacia una atención secuencial externa.<sup>117,118,121-125</sup>

Como unidad especializada, la residencia diurna está indicada para los portadores de trastornos por abuso/dependencia que:

1. Requieran cuidado intensivo, con una razonable probabilidad de controlar el consumo, fuera de un ambiente controlado de máxima protección o restricción como el residencial u hospitalización cerrada.
2. Recién egresan de algún otro tratamiento residencial u hospitalización completa y presentan una elevada probabilidad de recaída (insuficiente motivación, comorbilidad psiquiátrica u otra causa).
3. En los egresos previos sufrieron recaídas inmediatas o próximas entre sí.
4. Retornan a ambientes de alto riesgo donde existe alta disponibilidad de drogas y escaso soporte social.
5. Muestran bajo rendimiento en manejos ambulatorios previos.

Además, esta residencia constituye una alternativa para usuarios con comorbilidad cuyo régimen psicofarmacológico adecuado permite que el paciente pernocte en su domicilio. De acuerdo con ello, las funciones se dirigen a:

1. Atender en forma ambulatoria a pacientes abusadores/adictos.
2. Usar el esquema de abordaje alternativo a la hospitalización cerrada.
3. Ofrecer tratamiento integral: psicoterapéutico, farmacológico y social.
4. Dar continuidad al proceso de estabilización clínica en el marco de un confinamiento de corta estancia, que ofrece manejo intensivo con supervisión más estrecha que la otorgada a pacientes ambulatorios.
5. Evaluar el funcionamiento social y la discapacidad para establecer un plan integral de rehabilitación psicosocial individual-familiar, en tanto fase inicial del proceso rehabilitatorio.

6. Proveer tratamiento de soporte, que evita interrupciones en el periodo posalta.
7. Analizar desde la hospitalización.
8. Mejorar la adherencia terapéutica.
9. Dar soporte social a familiares y cuidadores (suministro y devolución de información, participación y entrenamiento).
10. Ofrecer intermediación entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar una atención integral (de las demás especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
11. Observar continua y sistemáticamente al paciente durante un corto periodo con el fin de clarificar dudas diagnósticas, terapéuticas u otras procedentes de la dinámica relacional o familiar.
12. Ofrecer pautas informativoeducativas en la materia<sup>26,27,31,32,128</sup> con los siguientes objetivos:
  - a. Contribuir a la reducción del estigma en las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
  - b. Favorecer la continuidad de cuidados del paciente en el ámbito comunitario.
  - c. Reducir costos respecto a la hospitalización clásica (como alternativa y reductor de su duración).
  - d. Optimizar el costo-efectividad del tratamiento integral de abusadores/adictos.
  - e. Favorecer el inicio del proceso rehabilitatorio.<sup>126,127</sup>

En tal contexto se plantea su pretensión clínica:

1. Mejorar la resolutiveidad de los episodios agudos.
2. Prevenir recaídas.
3. Disminuir número y tiempo de las hospitalizaciones cerradas.
4. Mejorar la dinámica familiar y ambiental susceptible de desestabilizar a un paciente bajo tratamiento.
5. Promover y mantener la adherencia terapéutica.
6. Prevenir y resolver los problemas de salud general —vinculados a las adicciones no atendidos previamente—, a menudo causantes de descompensación y hospitalización.
7. Favorecer la incorporación familiar al proceso terapéutico.<sup>117-119,124-127</sup>

En consecuencia, el contexto clínico descrito demanda del usuario:

1. Ser portador de patología adictiva.
2. Haber sido dado de alta de una unidad residencial.

3. Cursar un periodo de agudización o requerir tratamiento clínico intensivo, con abordaje integral, tanto por la composición del equipo tratante como por la consideración en profundidad de los factores familiares y contextuales.<sup>117-119,124-127</sup>

El carácter ambulatorio de la modalidad también demanda de los usuarios que estén en condiciones de concurrir diariamente, o en días previamente definidos en forma conjunta entre el profesional, el equipo y el paciente, o cada semana, por un periodo variable de varias semanas hasta seis meses, en el marco de la realidad y las necesidades del usuario.

La accesibilidad, derivada de la localización física de la unidad y su relación con los medios de transporte público, etc., es un factor crítico, por considerar, de influencia decisiva sobre la calidad y cantidad de la demanda; como tal, debe ser considerada en el desarrollo de proyectos y operación de las unidades, ya que influye en el perfil de los usuarios.<sup>117-119,124-127</sup> Asimismo, el sistema de referencia, factor decisivo en el funcionamiento de toda unidad, ocurre:

1. Desde y hacia la unidad de hospitalización de corta estancia, de acuerdo con protocolos y normas previamente establecidos por la organización o institución de que se trate.
2. Desde los servicios de urgencias.
3. Hacia los equipos de salud mental de atención primaria para atención general.
4. Hacia otras especialidades.

Por lo tanto, derivan de lo planteado las siguientes consideraciones:

1. La ubicación geográfica debe facilitar la accesibilidad; se sugiere que la residencia diurna se encuentre fuera de la unidad residencial, pero cerca de ésta.
2. Los factores arquitectónicos se relacionan con el aspecto de la seguridad en términos de implementar medidas de protección si la ubicación es en un primer piso o en una residencia de más de dos pisos.
3. De acuerdo con los criterios previamente seleccionados, la referencia y contrarreferencia pertinente se rigen por la normatividad institucional en apego a la Ley General de Salud y demás lineamientos,<sup>129-132</sup> a efecto de lograr una óptima articulación entre dispositivos que aseguren la continuidad de la atención.

De ahí que la dinámica de trabajo tenga por característica fundamental el trabajo en equipo, cuyo éxito es uno

de los elementos esenciales de su efectividad. En él, profesionales y técnicos de la salud mental pretenden:

1. Establecer una adecuada interacción terapéutica.
2. Establecer los siguientes diagnósticos: *nosológico*, apegado a la clasificación internacional vigente; *descriptivo*, de acuerdo con las modalidades psicoterapéuticas empleadas en el programa, y los *diagnósticos diferenciales* pertinentes a cada caso.
3. Un plan terapéutico integral.

A partir de interacciones adecuadas y un intercambio frecuente y permanente acerca de los usuarios, y con ellos, se efectúa una atención eficaz y planificada para cada uno en un ambiente normalizador.<sup>126,127</sup> Además de la labor específica que desarrolla cada miembro del equipo, éste actúa en función de una estrategia terapéutica general que observa todos los momentos de desarrollo, compartiendo el conocimiento de los incidentes, dificultades y logros de cada una de las diferentes actividades realizadas. Y como se trata de una modalidad ambulatoria, el ingreso a ésta no se asume técnica ni culturalmente en su calidad de internamiento clásico.

El proceso de evaluación y diagnóstico integral realizado al ingreso<sup>120,121,133,134</sup> lo efectúa un equipo interdisciplinario, y está formado por aspectos:

1. Clinicopsiquiátricos.
2. Psicológicos.
3. De función y disfunción ocupacional.
4. Familiares
5. Psicosociales.

Su objetivo es aceptar los ingresos pertinentes y formular, en un plazo máximo de siete días, un plan terapéutico personalizado que, junto con la mejoría clínica, permita actuar eficazmente sobre los factores que influyen negativamente en la respuesta futura a los objetivos de estabilidad clínica y ajuste psicosocial.<sup>31</sup> En tal proceso, así como en el momento del alta, resulta necesario un diálogo activo con los profesionales y miembros del equipo que refiere o recibe al paciente, a fin de maximizar la continuidad y calidad de los cuidados.<sup>135-138</sup> El manejo psicofarmacológico, base del recurso de primera instancia, busca controlar al paciente, según sea el caso, por la indicación de psicofármacos típicos y atípicos, orales y parenterales, de efecto corto y de depósito, favoreciendo el estrecho contacto del binomio usuario/equipo para observar los efectos terapéuticos y colaterales de las prescripciones, así como para asegurar la toma efectiva de la medicación prescrita.<sup>11,22,75,77,83,99</sup> Por su parte, las intervenciones psicoterapéuticas, efectuadas

en el marco de un plan de manejo personal y de las orientaciones generales de trabajo de la unidad, se suministran bajo esquemas individual, grupal o familiar. Se privilegian las intervenciones psicológicas grupales y su valor terapéutico en el tipo de personas que se atiende.<sup>5,22,77,139-145</sup> Las acciones informativoeducativas recomendadas en la literatura mundial en sus distintos ámbitos y modalidades<sup>31</sup> se destinan a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la patología adictiva y su comorbilidad, y mejorar la calidad de vida de los afectados. Sus impactos favorables se verifican tanto en la adherencia al tratamiento como en el beneficio del pronóstico,<sup>32-34</sup> de modo que sus contenidos incluyan, entre otros:

1. Naturaleza de la enfermedad.
2. Manifestaciones clínicas.
3. Importancia de factores concomitantes (estrés, vulnerabilidad, comunicación, etc.).
4. Tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas, etc.).
5. Tratamiento psicosocial (importancia, beneficios y alternativas, etc.).
6. Derechos y alternativas de apoyo social.
7. Reconocimiento precoz de la sintomatología y signos de descompensación.
8. Advertencia de las complicaciones del abuso/adicción de todos los psicotrópicos (conductas de riesgo, accidentes, problemas familiares, laborales, socio-legales) y, de modo especial, reconocimiento de signos de alerta de riesgo suicida, por lo que el programa de educación en salud mental dotado de recursos de apoyo es susceptible de evaluación continua.<sup>31-34,123,125,137,146,147</sup>

El manejo integral se complementa con la visita especializada de trabajo social al hogar, trabajo o escuela de la persona para:

1. Prevenir o revertir la interrupción del proceso terapéutico y, en su caso, a modo de rescate.
2. Ejecutar intervenciones informativoeducativas individualizadas del programa de educación en salud mental.
3. Evaluar condiciones físicas y sociales relacionadas con el proceso terapéutico.
4. Diseñar, aplicar y supervisar el programa de manejo ambiental.
5. Facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación.
6. Vincular al paciente egresado con espacios comunitarios laborales, recreativos y de participación social.

Además, como parte del proceso de rehabilitación psicosocial, susceptible de efectuarse a través de estas actividades programáticas, se dirigen esfuerzos constantes a la compensación clínica vía supervisión y reporte de irregularidades.<sup>148,149</sup> Su propósito evaluativo integral del comportamiento social-ocupacional del paciente es:

1. Conocer e intervenir en el ambiente de su desempeño.
2. Identificar los objetivos personales relacionados con el egreso, integración comunitaria y comportamiento.
3. Mantener bajo promoción continua sus habilidades remanentes, de acuerdo con la motivación intrínseca y los objetivos personales (habilidades sociales, de procesamiento, hogareñas, instrumentales, etc.), con miras a:
  - a. Potencializar el autoconcepto y elevar la autoestima.
  - b. Cumplimentar las metas terapéuticas previstas.
  - c. Mejorar el desempeño de papeles satisfactorios en los ámbitos social, laboral y personal. Por lo tanto, sus objetivos deben explicitarse invariablemente en el plan terapéutico y rehabilitatorio institucional, y sus logros, evaluados al egreso y reintegro.<sup>31,122,133,135,147,148</sup>

De ser necesario, la necesidad de practicar intervenciones médicas o psicológicas de urgencia se atiende con actividades psicoterapéuticas de la modalidad de intervención en crisis.<sup>31,127,139,149-152</sup> El apoyo activo, remoto o presencial otorgado al usuario en crisis ocurridas fuera de la unidad se efectúa a solicitud del paciente, su familia, personas de su entorno o profesionales que lo atienden. Concluida la estadía del paciente, debe procurarse el aseguramiento de la continuidad de cuidados a través del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones. Sin embargo, por sus características, es ineludible que el equipo de salud de la unidad responda a situaciones críticas.<sup>153-161</sup>

Cabe considerar, por otra parte, que entre las características de funcionamiento de la residencia diurna participan ciertas circunstancias condicionantes:

1. La mayor parte de los profesionales y técnicos del equipo de salud se forman bajo paradigmas y esquemas que priorizan la organización de los servicios asistenciales por perfil profesional; esto se vuelve una concepción lógica, conveniente e indispensable en ciertos ambientes clínicos, que jerarquizan la labor y a quienes la realizan: el médico a la cabeza, seguido de la enfermera y tras

ellos el resto de los profesionales y técnicos; sin embargo, tal condición no tiene valor universal.

2. Existe poca claridad respecto del papel de psicólogos, terapeutas ocupacionales y demás personal, muchos de los cuales son considerados inapropiados, innecesarios o de utilidad secundaria o remota.
3. Existe un desconocimiento radical y alta desconfianza respecto de las aportaciones de los profesionales de las ciencias sociales.
4. Ocurre la validación de la jerarquización referida a partir de un supuesto valor diferencial de los conocimientos de cada perfil profesional; esta idea se transmite a los usuarios de los servicios, de modo que éstos creen, por ejemplo, que hablar con el médico tiene mucha más importancia que hacerlo con la enfermera, etc.
5. La competencia entre profesiones provoca, entre otros signos de identidad y validación gremial, un cierto léxico, e incluso formas de vestir características e inconfundibles que desunen al equipo.

Además, tal jerarquización no proviene de la realización-aplicación de estudios técnicos específicos y, no obstante, tiene distintos alcances (“fundamental” decisiones administrativas respecto de contrataciones, despidos, remuneraciones, etc.). Y aunque la referida circunstancialidad no es necesariamente equívoca, pues muchas de las acciones que ocurren en el hospital se benefician de un cierto grado de jerarquización según sea su giro de trabajo, no pueden generalizarse a todas las condiciones clínicas de la salud mental. Ello se evidencia, por ejemplo, en actividades quirúrgicas o cardiovasculares que requieren una actuación grupal altamente diferenciada para alcanzar su función, donde lo urgente-necesario es asegurar la vida y donde las diferencias personales de cada paciente se reducen a su mínima expresión; cada componente del equipo trabaja con las herramientas técnicas conferidas por su profesión.

El problema estriba en trasladar este modelo a la atención comunitaria sin mayor reflexión. Por otra parte, la atención a personas afectadas por enfermedades graves, y en particular a las que padecen trastornos crónicos, comparables en buena medida a los trastornos producidos por consumo de sustancias, caracteriza un modo de organización de los servicios centrada en la institución asilar y en el modelo médico tradicional, destinados al control, tratamiento y reducción de la sintomatología psicofísica, menoscabándose así la rehabilitación y su impacto en la productividad, su familia, etc.<sup>29,162-167</sup>

Durante los últimos 50 años se ha establecido una reflexión profunda acerca de que esta organización del

manejo tiende a llevar al empeoramiento de la sintomatología y a la discapacidad, de modo que, frente a su tendencia a negar la realidad de los pacientes y sus necesidades, al situarse en posición impositiva, individual y subjetiva, la institución responde con una organización cerrada y con un mínimo de contacto personalizado entre el paciente y su equipo curativo.<sup>22,26,27</sup>

En los últimos decenios, las residencias diurnas han alcanzado cierto desarrollo y las reformas realizadas permiten la introducción de nuevos agentes de cambio: la enfermera psiquiátrica, la trabajadora social, el psicólogo, el técnico en rehabilitación, el monitor de ergoterapia, etc.<sup>31,37,59</sup>

Hoy en día, la evidencia clínica documentada indica que es imprescindible el trabajo en equipo, y éste lo es sólo cuando alcanza rango multidisciplinario e interdisciplinario, lo cual le permite actuar coordinadamente en los distintos aspectos de la vida del paciente.

A la par de ello, el trabajo en conjunto con las familias permite lograr un verdadero ajuste e integración a la vida social de los afectados por trastornos adictivos y psiquiátricos. El equipo multidisciplinario responde satisfactoriamente a su demanda laboral y su compromiso social cuando:

1. Realiza de modo coordinado su trabajo.
2. Utiliza el espacio institucional como herramienta terapéutica.
3. Despliega su papel profesional como parte de su persona total.
4. Cada integrante del equipo es un modelo de papel social capaz de reducir la jerarquía en función de las necesidades del paciente.
5. Se genera una lógica transdisciplinaria que evidencia el papel profesional sólo en los momentos específicos necesarios.
6. Capacita a los integrantes del equipo para tomar decisiones.
7. Comparte el conocimiento en beneficio de todos.
8. Propicia respuestas flexibles para enfrentar los problemas.
9. Comparte una ideología laboral común al equipo, sin que sea necesario que todos estén físicamente presentes para ofrecer la solución requerida.<sup>31</sup>

Debido a ello, el personal a menudo está formado, con base en los programas por desarrollar,<sup>8,31,51,168-174</sup> por médico psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional y técnico paramédico, además de personal administrativo, según sea la capacidad de la unidad y las políticas de cada institución.

El médico psiquiatra tiene por funciones:

1. Efectuar la evaluación del paciente y realizar su diagnóstico psiquiátrico; participar en la formulación del plan terapéutico individual.
2. Indicar tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.
3. Participar en la ejecución del programa de salud mental y adicciones.
4. Otorgar altas, referir a interconsulta a otros especialistas, dispositivos del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones y contrarreferir, según el dispositivo de referencia que emplee la institución.
5. Suministrar y devolver información a los pacientes y a sus familiares.
6. Efectuar y coordinar la intervención psicosocial grupal especializada.
7. Participar en el entrenamiento de habilidades psicosociales.
8. Fomentar la participación en grupos de usuarios.
9. Efectuar visita de salud mental.
10. Realizar evaluación y diagnóstico social y familiar.
11. Efectuar intervención en crisis; prevenir o reducir (o ambos) el impacto de acciones heteroagresivas o autoagresivas (o ambas).
12. Efectuar contención emocional; realizar intervención y actividad comunitaria.
13. Realizar actividades grupales de sensibilización e intercambio de información.
14. Realizar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
15. Efectuar consultoría de salud mental.
16. Evaluar, en conjunto con el equipo de salud general y de urgencia, a personas afectadas y sus familias.
17. Participar en reuniones clinicotécnicas y de coordinación.
18. Efectuar capacitación al equipo de atención primaria a la salud.
19. Participar en capacitación de personal a cargo y de otros equipos de la red.
20. Participar en docencia de alumnos en práctica y enseñanza incidental.
21. Participar en actividades de administración y gestión.
22. Participar en programación de actividades de la unidad.
23. Participar en reuniones del equipo de la unidad.
24. Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención



en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud e intersectoriales.

25. Participar en auditorías a fin de evaluar la atención medicopsiquiátrica.
26. Participar en la evaluación del equipo en el cumplimiento de los objetivos trazados.
27. Generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.
28. Efectuar investigación clínica y reportar los hallazgos para la producción de materiales educativos y su publicación.

El psicólogo tiene por funciones:

1. Evaluar y diagnosticar el componente psicológico de los trastornos relacionados con sustancias y demás problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas (factores de personalidad, historia vital, organicidad, etc.).
2. Realizar diagnóstico y evaluación psicológica y psicosocial de factores que gravitan sobre el curso, el pronóstico y el proceso de rehabilitación (aplicación de tests).
3. Definir objetivos y medios de la intervención psicológica en el marco del plan terapéutico institucional.
4. Efectuar intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y diseño definido seleccionado para la unidad.
5. Participar en la ejecución del Programa de Educación en Salud Mental y adicciones.
6. Entrenar en habilidades psicosociales, resolución de conflictos, afrontamiento, etc., a pacientes y familiares.
7. Participar en actividades de rehabilitación social y laboral.
8. Entregar información a pacientes y familiares.
9. Orientar hacia la participación en grupos de usuarios.
10. Intervenir en crisis.
11. Prevenir y reducir impacto de acciones heteroagresivas o autoagresivas (o ambas).
12. Efectuar contención emocional.
13. Derivar a otros profesionales del equipo y de la red.
14. Coordinar la derivación al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
15. Participar en visita de salud mental.
16. Prevenir abandonos de tratamiento y reincorporar a personas que hayan abandonado.
17. Participar en evaluación y diagnóstico social y familiar.

18. Participar en programación de actividades del HD.

19. Participar en reuniones del equipo.
20. Entrenar al equipo en habilidades psicosociales.
21. Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud e intersectoriales.
22. Participar en evaluación.
23. Generar y participar en actividades de investigación pertinente a las necesidades del servicio.
24. Participar en diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal.
25. Participar en la capacitación del personal de la unidad y otros equipos del sistema.

La enfermera tiene por funciones:

1. Efectuar proceso de atención de enfermería en términos de evaluación y diagnóstico de enfermería en usuarios de su unidad, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales participantes.
2. Identificar los cuidados de enfermería que el paciente adicto y el psiquiátrico requieren de acuerdo con el grado de insatisfacción de sus necesidades biopsicosociales.
3. Planificar y organizar la atención de enfermería requerida por los pacientes de la unidad, de acuerdo con las prioridades detectadas.
4. Coordinar la formulación y aplicación del plan individual de tratamiento.
5. Participar en la ejecución del Programa de Educación en Salud Mental y Adicciones.
6. Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales.

El trabajador social tiene por funciones:

1. Efectuar diagnóstico y evaluación social del usuario y su grupo familiar.
2. Efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del usuario, su familia y las redes sociales de apoyo.
3. Efectuar evaluación funcional del caso en conjunto con el resto del equipo acorde al espíritu de la Ley General de Salud y las recomendaciones de las Normas Oficiales Mexicanas al efecto.
4. Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento y rehabilitación.
5. Promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación y en la conformación de grupos de ayuda mutua y otras asociaciones de usuarios y familiares.

6. Participar en reuniones clínicas-técnicas y de coordinación con instancias fuera del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
7. Efectuar visita de salud mental especializada.
8. Derivar a los distintos dispositivos del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
9. Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo y otros niveles de atención en salud del sector.
10. Entrenar en habilidades sociales y psicosociales.
11. Apoyar actividades de rehabilitación psicosocial.
12. Efectuar las labores del Programa de Salud Mental y adicciones.
13. Apoyar en el desarrollo e implementación de actividades de rehabilitación y reinserción socio-laboral.
14. Entrenar en comportamientos de autoayuda.
15. Coordinar actividades en apoyo de la integración social.
16. Participar en actividades de capacitación, asesoría y consultoría a otros equipos del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
17. Realizar actividad grupal de sensibilización e intercambio de información.
18. Dar asesoría y coordinar a personas, organizaciones de usuarios, familiares, comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
19. Generar y participar en actividades de investigación de acuerdo con las necesidades del servicio.
20. Participar en el Programa de Salud Mental y Adicciones.
21. Participar en reuniones del equipo de salud.
22. Participar en la evaluación.

El terapeuta ocupacional tiene por funciones:

1. Efectuar evaluación funcional en las distintas áreas de la ocupación humana.
2. Efectuar evaluación ambiental, física y social del apoyo al proceso de rehabilitación.
3. Establecer diagnóstico de rehabilitación y programa de evaluación periódica.
4. Elaborar e implementar un plan individual de rehabilitación dentro del plan terapéutico institucional.
5. Orientar en la toma de decisiones, resolución de problemas, elección ocupacional, manejo de estrés y desarrollo de confianza personal.

6. Promover en la familia apoyo para el proceso de rehabilitación.
7. Apoyar el desempeño de papeles satisfactorios en las distintas áreas de ocupación.
8. Derivar al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
9. Entrenar en habilidades funcionales en las distintas áreas de la ocupación.
10. Efectuar visita de salud mental especializada.
11. Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria.
12. Entrenar y supervisar la práctica de habilidades funcionales en situaciones reales de la vida.
13. Capacitar y supervisar a monitores de rehabilitación; diseñar, aplicar y supervisar programa de manejo ambiental con relación a la readecuación del ambiente físico y social para facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación.
14. Realizar actividades grupales de sensibilización, intercambio de información con relación a la reinserción de personas con patología adictiva y psiquiátrica.
15. Participar en actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
16. Participar en el Programa de Salud Mental y Adicciones.
17. Participar en reuniones del equipo de salud.
18. Participar en reuniones de coordinación con el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
19. Participar en evaluación.
20. Generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.

El técnico paramédico tiene por funciones:

1. Ejecutar procedimientos y técnicas de enfermería requeridos según las prioridades establecidas en el plan terapéutico institucional y las necesidades del usuario.
2. Participar en las actividades de suministro de psicofármacos y autocuidado de la Salud.
3. Participar en actividades de refuerzo de la adherencia al tratamiento.
4. Participar en actividades de registro y administración de enfermería.
5. Apoyar la ejecución del Programa de Salud Mental y Adicciones.
6. Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales.

7. Orientar hacia la participación en grupos de usuarios y familiares.
8. Participar en evaluación y diagnóstico de enfermería de los usuarios de la residencia diurna.
9. Participar en evaluación y diagnóstico social y familiar.
10. Reinsertar a la unidad a los usuarios inasistentes, previniendo el abandono y la baja.
11. Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales.
12. Prevenir o reducir el impacto de acciones heteroagresivas o autoagresivas (o ambas).
13. Efectuar contención emocional en etapa previa a la intervención profesional en crisis.
14. Preparar los elementos necesarios para crear el ambiente terapéutico.
15. Reforzar la derivación al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
16. Participar en actividades grupales de sensibilización e intercambio de información.
17. Apoyar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
18. Participar en capacitación de personal técnico paramédico de otros equipos del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.
19. Apoyar enseñanza incidental.
20. Participar en docencia de alumnos en práctica.

El técnico en rehabilitación tiene por funciones:

1. Participar, con el equipo profesional y técnico de la unidad, en la elaboración del plan terapéutico y rehabilitación personalizada para cada paciente.
2. Diseñar, dirigir o participar en actividades propias del plan rehabilitatorio de cada paciente (entrevistas individuales, intervenciones de grupo, apoyos específicos, entrega de información al paciente o a los familiares, o a ambos).
3. Solicitar el consentimiento para la incorporación del paciente en cada fase del proceso de rehabilitación y en otras, todas ellas en acuerdo o por indicación del equipo o de un profesional de la salud responsable del paciente o del establecimiento.
4. Evaluar periódicamente e informar al equipo de salud del grado de participación, motivación, comportamiento social, adherencia y otros aspectos que muestren la evolución de cada paciente en el proceso de tratamiento y rehabilitación.
5. Participar en reuniones técnicas, administrativas, de coordinación u otras del equipo.

6. Realizar seguimiento del usuario que haya sido dado de alta, que goce de permisos o que haya abandonado la unidad de acuerdo con el plan decidido por el equipo.<sup>8,31,51,168-175</sup>

El plan terapéutico ambulatorio, de carácter intensivo, representa un conjunto de prestaciones destinadas a los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos o psicofármacos (o ambos) con afectación biopsicosocial moderada o severa, con o sin morbilidad psiquiátrica o adictiva. Por su carácter resolutivo, el plan se dirige a:

1. Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de afectación biopsicosocial.
2. Definir la estrategia nosológica de intervención terapéutica y educativa, dirigida al paciente y sus familiares.
3. Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
4. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.
5. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
6. Intervenir en estrategias de prevención de recaídas.
7. Reeducar en habilidades sociales.
8. Orientar y fomentar la reinserción social.
9. Reestructurar el estilo de vida.
10. Dar de alta y referir al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones.

Incluye, además, las actividades de la comunidad terapéutica: alojamiento y alimentación y todos los procedimientos terapéuticos y rehabilitatorios:

1. Consultas profesionales (médicas generales, psiquiátricas, psicológicas).
2. Consultas de salud mental.
3. Intervención psicosocial de grupo.
4. Psicoterapia individual, familiar o grupal.
5. Psicodiagnóstico (incluye aplicación de tests psicológicos).
6. Exámenes de laboratorio.
7. Farmacoterapia y plan de seguimiento por un periodo no menor de tres meses, extensivo a seis meses cuando el caso lo amerite.
8. Visitas domiciliarias.

La duración diaria y la frecuencia de asistencia semanal al tratamiento en residencia diurna son variables y, en lo posible, se establecen según los requerimientos del paciente. Puede extenderse a 8 h/día, 5 días/semana, y paulatinamente irse disminuyendo en función del pro-

greso terapéutico. La experiencia clínica de distintos países sugiere ofrecer las actividades en porciones flexibles de 4 a 6 h/día a lo largo de 4 a 5 días/semana, para hacer el plan más accesible. En cuanto a la duración, si bien se recomienda un periodo aproximado de seis meses, éste varía de acuerdo con el plan terapéutico y la diversidad de servicios ofrecidos en el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, su accesibilidad y coordinación. Determinados pacientes pueden ser referidos a otros centros de tratamiento, de acuerdo con sus características y necesidades.<sup>31,190</sup> De igual forma, cabe considerar las concomitancias clínicas de la comorbilidad psiquiátrica, ya que la coincidencia en una misma persona de trastornos relacionados con psicotrópicos y cuadros psiquiátricos de otra índole (psicosis, trastornos afectivos, ansiosos y otros) representa una dificultad extra para su manejo, que debe considerarse desde el inicio del plan. Por ello, la residencia diurna debe estar preparada para actuar en ambas patologías, lo cual permite aprovechar al máximo los recursos de infraestructura y personal, mejorar la relación costo-beneficio e innovar en el desarrollo de servicios de calidad o de perfeccionar experiencias ya realizadas.<sup>23,66,114,118</sup>

Complementa esta sucinta visión el papel de los familiares de los pacientes en el plan terapéutico, dentro del marco técnico de una psiquiatría de las adicciones.<sup>26,32,33</sup> De hecho, esta modalidad, por sus características y ubicación en el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, se torna un objetivo trascendente. Su contexto terapéutico ha de impulsar la superación de la relación de poder —clásicamente asimétrica entre el equipo de salud, los pacientes y sus familias—, en aras de favorecer una relación de estrecha colaboración entre los protagonistas, a efecto de contribuir al bienestar y estabilización de los pacientes, y al alivio de la circunstancialidad patogénica de los familiares. Tal promoción ha de consolidarse con:

1. El incremento de las capacidades y competencias personales para activar los recursos propios y del entorno, para resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades, lo cual implica una autopercepción como sujeto competente y válido.
2. La incorporación sistemática al Programa de Salud Mental y Adicciones, con miras a producir conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad (psiquiátrica) adictiva y mejorar la calidad de vida de los involucrados.
3. Se promueve la inclusión de los involucrados en la evaluación y perfeccionamiento del programa

y sus materiales de apoyo, y en el fomento de la sociabilidad entre paciente y familiares, para constituirlos en interlocutores-partícipes del proceso de atención a la salud, en la superación del estigma y su plena incorporación a la sociedad.<sup>112-126</sup>

Y dado que la opinión acerca de la estigmatización es frecuente en la comunidad, si bien existen diferencias para la estigmatización de los distintos trastornos, las campañas para reducir la estigmatización deben tener en cuenta tales diferencias como la necesidad de abordar a los jóvenes.<sup>127</sup>

El informe de la Oficina Regional para Europa de la OMS acerca de la eficacia de los distintos tipos de servicios residenciales diurnos para personas con trastornos mentales severos<sup>128</sup> considera que este tipo de atención es un componente útil e importante de servicios asistenciales psiquiátricos comunitarios, aunque la evidencia no sea aún concluyente.<sup>128</sup> La evaluación de cinco formas de atención y cuidados diurnos en adultos con trastornos mentales severos (hospital de día psiquiátrico agudo; hospital de día psiquiátrico de transición; programas profesionales diurnos de rehabilitación; empleo y preformación profesional; centros de atención diurna tipo guardería y centros de descarga diurna) aceptó a trabajadores adultos en edad productiva (de 18 a 65 años de edad en promedio), por lo que los resultados no pueden generalizarse para poblaciones infantojuveniles ni de adultos mayores. Asimismo, sus criterios de inclusión no consideraron los trastornos por consumo de sustancias, cerebrales orgánicos, de personalidad y alimentarios, por lo que no permiten extrapolar los resultados a estos grupos de pacientes. Sin embargo, las conclusiones indican la existencia de pruebas de efectividad clínica de los servicios diurnos, comparada con las actividades brindadas por la atención hospitalaria tradicional, en términos de su factibilidad, mejoría más rápida y menor tiempo de estancia para la recuperación, pese a lo cual las cifras de readmisión entre uno y otro no variaron significativamente.<sup>128</sup>

Se documentó la evidencia de un menor costo del hospital de día respecto del tradicional, pero aún se ignora el costo-beneficio implicado.<sup>146,148,150,152-162,190</sup> Los distintos resultados obtenidos a la fecha, derivados de estudios estadounidenses, no se pueden generalizar ni son aplicables a todo tipo de pacientes,<sup>128,151</sup> por lo que aún se requieren pruebas de eficacia clínica convincentes para adoptar el cambio de políticas en pacientes con diversos trastornos mentales severos.<sup>152-162</sup> La utilidad de los programas de residencia diurna en el manejo de pacientes con trastornos por consumo de sustancias ha sido ampliamente corroborada desde la década de

1990 como una variedad de manejo adecuada y aceptable para las condiciones de cierto tipo de necesidades personales.<sup>43-49,191,192</sup> Investigaciones de los últimos años indican que los tratamientos contra el abuso y adicción a psicotrópicos son eficaces, toda vez que reducen el consumo de alcohol y drogas y alivian los problemas médicos, sociales, psicológicos y demás trastornos familiares que a menudo se vinculan con la patología adictiva.<sup>14,15,19-21,34,157,158,168</sup>

No obstante, ningún tratamiento solo es totalmente eficaz en cada caso, por lo que los programas de manejo se diferencian marcadamente por su eficacia.<sup>37,164-167</sup> La presunción acerca de que la mayor parte de los programas terapéuticos son eficaces con al menos algunos pacientes conduce a una presunción de corolario: que los distintos programas pueden ser eficaces con diferentes tipos de pacientes. Los costos y los criterios para otorgar los financiamientos a los programas exigen ahora al personal de salud mayor rentabilidad en el manejo de los casos, y aunque hace más de 50 años que se iniciaron los métodos para empatar el tipo de caso a un tipo de servicio o modalidad terapéutica, no se ha logrado, dada su complejidad, un programa modelo que sea a la par eficaz y duradero.<sup>25,76-88</sup> La corriente de investigación que se basa en los resultados del uso de la tecnología avanzada indica que los estudios predicen tratamientos óptimos cuando se trata del manejo de grupos relativamente grandes de pacientes “homogéneos”, pero he ahí el problema: todavía no es posible predecir resultados individualizados o tratamientos óptimos para un paciente individual,<sup>80-86</sup> pues su condición particular no lo permite.

Un amplio conocimiento actual apoya el desarrollo de métodos terapéuticos antiadictivos a través del empare de las características paciente-modalidad de manejo, en particular respecto de problemas derivados del consumo de alcohol y otros psicotrópicos. Se han identificado muchas variables relacionadas con las modali-

dades de tratamiento disponibles en sus niveles de atención. Pero los médicos y el personal de salud que proveen atención terapéutica usan actualmente distintas variables de correspondencia para atender los trastornos por consumo de sustancias sobre bases individualizadas que incluyen diversas variables: factores demográficos (edad, género, cultura), tipología y severidad (edad de inicio de consumo, severidad de la intoxicación/adicción, abstinencia, cantidad y frecuencia de consumo, tipo de sustancia, etc.), características personales (diagnóstico psiquiátrico, función cognoscitiva, autoeficacia, etapa de cambio) y función interpersonal (estabilidad social y tipo de apoyo, demanda de tratamiento, eficacia en la relación interpersonal). La evolución de criterios formales para la ubicación terapéutica adecuada de pacientes a partir de ciertos criterios clínicos<sup>71,72,192,193</sup> (algoritmos para el tratamiento a través del empare de las características del paciente-modalidad de manejo, niveles de ubicación terapéutica, etc.<sup>25,71,192,193,194</sup>) es un proceso utilizado en aquellos lugares donde existen unidades especializadas, sociedades profesionales y demás unidades de atención psicopsicológica. En la actualidad, los métodos de aproximación por empare confían más en las recomendaciones derivadas de los estudios consensuados que en datos empíricos de correspondencia derivados de la experiencia no documentada.<sup>195,196</sup> Los avances tecnológicos en este sentido son cada vez más sofisticados. Y aunque la validez predictiva no ha sido corroborada por estudios multicéntricos, existe una importante tendencia de investigación cuyo interés en los asuntos de salud pública es una respuesta sólida a la presión que ejercen los criterios de costo-beneficio. La utilidad de este enfoque es su interés por ofrecer más y mejores servicios a menor precio, y asimismo el hacer crecer la calidad y disponibilidad de los mismos,<sup>71,72,174,191-194</sup> situación con la que se puede estar de acuerdo cuando se busca el bienestar comunitario y la equidad social.

## REFERENCIAS

1. **Babor TF:** Alcohol and drug use history, patterns and problems. En: Rounsaville BJ, Tims FM, Horton A (eds.): *Diagnostic sourcebook on drug abuse research and treatment*. Rockville, NIDA, 1993.
2. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
3. **Hodgins DC, El Guebaly N:** More data on the addiction severity index: reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:197-201.
4. **McLellan AT et al.:** Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1141-1158.
5. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. En: Edwards G, Strang J, Jaffe JH (eds.): *Drugs, alcohol, and tobacco: making the science and policy connections*. Nueva York, Oxford University Press, 1993.
6. **Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW:** Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain* 1996;11:307-315.

7. **Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS et al.:** Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend* 2000;59:215-221.
8. **Booth BM, Blow FC, Cook CA:** Persistence of impaired functioning and psychosocial distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance abuse disorders. *J Gen Intern Med* 2001;16:57-65.
9. **Copeland A, Sorenson JL:** Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug Alcohol Depend* 2001;62:91-95.
10. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C:** *Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram.* Nueva York, Oxford University Press, 2001.
11. **Carroll KM:** Manual guided psychosocial treatment: a new virtual requirement for pharmacotherapy trials? *Arch Gen Psychiatry* 2002;23:43-51.
12. **Currie SR, Hodgins DC, Crabtree A, Jacobi J, Armstrong S:** Outcome form integrated pain management treatment for recovering substance abusers. *J Pain* 2003;4(2):91-100.
13. **Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D:** *ASAM-patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders.* Washington, American Society of Addiction Medicine, 1991.
14. **McCrary BS, Epstein EE:** Marital therapy in the treatment of alcohol problems. En: Jacobson NS, Gurman AS (eds.): *Clinical handbook of couples therapy.* Nueva York, Guilford, 1995:369-393.
15. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos.* México, El Manual Moderno, 1988.
16. **Anton RF, Hogan I, Jalali B:** Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend* 1981;8:157-168.
17. **Souza y Machorro M:** *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina.* 1ª ed. Sevilla, Trillas-MAD, 2005.
18. **O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG:** Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993;54:652-666.
19. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
20. **Souza y Machorro M, Rochin GG:** Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):28-33.
21. **Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Violencia sexual y psicotrópicos. Aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría 2ª Época* 2002;18(1):44-56.
22. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos.* México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
23. **Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M, Romero RR, Quijano BE, Guisa CVM:** *Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos.* México, Dirección General Adjunta Normativa y Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
24. **Souza y Machorro M:** "Adicción" al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstetr Méx* 2002; 70:477-490.
25. **Gastfriend DR, McLellan AT:** Treatment matching. Theoretic basis and practical implications. *Med Clin N Am* 1997; 81(4):945-967.
26. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
27. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
28. **McLellan AT, Grissom GR, Brill P:** Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993;10:243-254.
29. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.
30. **Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan Iscan E:** Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clin North Am* 2003;26(2):36-72.
31. **Souza y Machorro M:** Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría 2ª Época* 2005;21(1):25-37.
32. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
33. **Souza y Machorro M:** Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus* 2004:12-20.
34. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción ética y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
35. **Markianos M, Lykouras L, Moussas G, Hatzimanolis J:** Changes in dopamine receptor responsivity during alcohol detoxification may predict relapse. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:363-365.
36. **Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM:** Predicting treatment response in naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001;10:258-268.
37. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2):166-179.
38. **Bauer LO:** Predicting relapse to alcohol and drug abuse via quantitative electro-encephalography. *Neuropsychopharmacology* 2001;25:332-340.
39. **Litt MD, Cooney NL, Morse P:** Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction* 2000;9(5):889-900.
40. **Rohsenow DJ, Monti PM:** Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Res Health* 1999;23:225-232.
41. **Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS:** What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996;91:S155-S172.
42. **Vielva I, Iraurgi I:** Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001;96:297-303.
43. **Kampman KM, Alterman AI, Volpicelli JR et al.:** Cocaine withdrawal symptoms and initial urine toxicology results predict treatment attrition in outpatient cocaine dependence treatment. *Psychol Addict Behav* 2001;15:52-59.
44. **Reiber C, Ramírez A, Parent D, Rawson RA:** Predicting treatment success at multiple timepoints in diverse patient populations of cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:35-48.
45. **McMahon RC, Malow R, Loewinger L:** Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers. *Am J Addict* 1999;8:1-8.

46. **Hartz DT, Frederick-Osborne SL, Galloway GP:** Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measure, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:269-276.
47. **Brewer DD, Fleming CB, Haggerty KP, Catalano RF:** Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. *Violence Vict* 1998;13:107-115.
48. **Avants SK, Margolin A, McKee S:** A path analysis of cognitive, affective, and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program. *J Subst Abuse* 2000;11:215-230.
49. **Killen JD, Fortmann SP, Kraemer HC, Varady A, Newman B:** Who will relapse? Symptoms of nicotine dependence predict long-term relapse after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:797-801.
50. **Kadden RM, Cooney NL, Getter H:** Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:698-704.
51. **McLachlan J:** Benefit from group therapy as a function of patient-therapy match on conceptual level. *Psychother Res Pract* 1972;9:317-323.
52. **McLellan AT, O'Brien CP, Kron R:** Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual-methodological approach. *Drug Alcohol Depend* 1980;5:189-195.
53. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes Part I. *J Stud Alcohol* 1997;58:7-29.
54. Center for Substance Abuse Treatment: *The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 13. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.
55. **Normand J, Lempert RO, O'Brien CP (eds.):** Under the influence? Drugs and the American Committee on Drug Use in the Workplace. Washington, National Academy Press, 1994.
56. **Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS:** Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med* 2003;41(6):802-813.
57. **Bernstein E, Bernstein J, D'Onofrio G:** Patients who abuse alcohol and other drugs: emergency department identification, intervention, and referral. En: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds.): *Emergency medicine: a comprehensive study guide*. 5ª ed. Nueva York, McGraw Hill, 1999.
58. **Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN:** Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *JAMA* 2001;285:2355-2362.
59. Center for Substance Abuse Treatment: *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Rockville, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 1999:99-3354.
60. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL:** Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
61. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffman NG:** In-tergration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):239-248.
62. **Annis H:** Patient-treatment matching in the management of alcoholism. *NIDA Res Monogr* 1988;90:152-161.
63. Project MATCH Research Group: Matching alcohol treatments to client heterogeneity: posttreatment drinking outcomes. Part II. *J Stud Alcohol* 1997;59:35-43.
64. **Miller WR, Zweben A, DiClemente CC:** Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, DHHS Publication No. (ADM) Rockville, NIAAA, 1992;2: 92-1894.
65. **Hser Y:** A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *J Drug Issues* 1995;25:209-224.
66. US Preventive Services Task Force: Mental disorders and substance abuse. Screening for drug abuse. En: *Guide to clinical preventive services*. 2ª ed. Disponible en: <http://cpmnet.columbia.edu/texts/gcps/gcps0063.html>. Consultado 2001.
67. **McCaig LF, Burt CW:** *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1999 Emergency Department Summary*. Advance Data from Vital and Health Statistics; No. 320. Hyattsville, National Center for Health Statistics, 2001.
68. **D'Onofrio G, Degutis LC:** Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002;9:627-638.
69. **Souza y Machorro M:** *Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica*. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste Trastornos de la personalidad y su comorbilidad. Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C., San Carlos, 3-6 de junio de 2004.
70. **Bachman S, Batten H, Minkoff K:** Predicting success in a community treatment program for substance abusers. *Clin Update Series* 1992;1:155-167.
71. **Mee-Lee D, Hoffmann NG:** *LOCi-level of care index: a concise summary of ASAM criteria's factors to document for placement, continued stay, and discharge*. St. Paul, New Standards, 1992.
72. **Book J, Jarbin H, Marques C:** The ASAM and Green Spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *Am J Addict* 195;4:187-197.
73. **Babor TF, Longabaugh R, Zweben A:** Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol* 1994;12(suppl):101-111.
74. **Barry KL:** *Consensus panel. Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 1999:99-3353.
75. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C:** One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:989-997.
76. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. En: Edwards G, Strang J, Jaffe JH (eds.): *Drugs, alcohol, and tobacco: making the science and policy connections*. Nueva York, Oxford University Press, 1993.

77. **Carroll KM:** Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996;4:46-54.
78. **Carroll KM, Power MD, Bryant KJ, Rounsaville BJ:** One year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers psychopathology and dependent severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:71-79.
79. **Finney JW, Keller DS, Dermatis H, Egelko S:** *The impact of managed care on substance abuse treatment: a report of The American Society of Addiction Medicine.* 2000;19:13-34.
80. **Friedman PD, Lemmon SC, Anderson BJ, Stein MD:** Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug Alcohol Dependence* 2003;243-251.
81. **Fudala PJ, Berkow LC, Fralich JL:** Use of naloxone in the assessment of opiate dependence. *Life Sci* 1991;49:1809-1814.
82. **Galanter M:** *Network therapy for alcohol and drug abuse: a new approach in practice.* Nueva York, Basic Books, 1993.
83. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon L, Nich C, Jatlow P et al.:** Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:177-187.
84. PNUFID: *Por qu6 invertir en el tratamiento del abuso de drogas. Documento debate para la formulaci6n de pol6ticas.* Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Nueva York, 2003.
85. **Puchol ED:** Trastornos adictivos. I. Principios clave del tratamiento. *Revista de Psicolog6a.* www.hispavista.com, 2005.
86. **Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT:** Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. *Drug Alcohol Depend* 1996;40:227-233.
87. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH:** A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:229-247.
88. **Morey LC:** Patient placement criteria: linking typologies to managed care. *Alc Health Res World* 1996;20:36-44.
89. **Chase CH:** *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders.* American Society of Addiction Medicine, 1996:205.
90. **Mulvaney F, Alterman AI, Boardman CR, Kampman KM:** Cocaine abstinence symptomatology and treatment attrition. *J Subst Abuse Treat* 1999;16:129-135.
91. **Hser Y, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B:** Predicting post-treatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health* 1999;89(5):666-671.
92. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: *Behavioral Risk Factor Surveillance System.* 18 de octubre de 2001.
93. **Green CA, Polen MR, Dickinson MD, Lynch FL, Bennett MD:** Gender differences in predictions of initiation, retention and completion in a HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2002;23:285-295.
94. **O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G:** Six month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:217-224.
95. **Portenoy RK:** *Opiate therapy for chronic nonmalignant pain.* *Pain Res Manag* 1996;1:17-28.
96. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992;47:1102-1114.
97. Project MATCH Research Group: Project MATCH: rationale and methods for a multisite clinical trial matching alcoholism patients to treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:1130-1145.
98. **Rawson RA, Huber A, Brethen P, Obert J, Gulati V et al.:** Methamphetamine and cocaine users differences in characteristics and treatment retention. *J Psychoact Drugs* 2000; 32:233-238.
99. **Rounsaville BJ:** Can psychotherapy rescue naltrexone treatment of opioid addiction? En: Onken LS, Blaine JD (eds.): *Potentiating the efficacy of medications: integrating psychosocial therapies with pharmacotherapies in the treatment of drug dependence.* NIDA Research Monograph Series Number 105. Rockville, NIDA, 1995:37-52.
100. **Sattar SP, Petty F, Burke WJ:** Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatric Med* 2003;19(4):1-17.
101. Schneider Institute for Health Policy: *Substance abuse: the nation's number one health problem.* Waltham, Schneider Institute for Health Policy, 2001.
102. **Schwartz M, Mulvey KP, Woods D, Brannigan P, Plough A:** Length of stay as an outcome predictor in an era of managed care. An empirical study. *J Subst Abuse* 1997;14:11-18.
103. **Silverman K, Higgins ST, Brooner RK:** Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:409-415.
104. **Simpson DD, Jos GW, Broome KM:** A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiat* 2002;59:538-544.
105. **Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG:** Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 2002;97:887-889.
106. **Timko C, Moos RH, Finney JW, Lessor MD:** Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous. *J Stud Alcohol* 2000;61:529-540.
107. US Department of Health and Human Services: *Healthy people 2010: understanding and improving health.* Section 26-22. 2<sup>a</sup> ed. Washington, US Government Printing Office, 2000.
108. **Vaslamatzis G, Katsouyanni K, Markidis M:** The efficacy of a psychiatric halfway house: a study of hospital recidivism and global outcome measure. *Eur Psychiatric* 1997;12:94-97.
109. **Walker JM, Strangman NM, Huang SM:** Cannabinoids and pain. *Pain Res Manag* 2002;6:74-91.
110. **Weisner C, Ray RG, Mertens JR, Satre DD, Moore CH:** Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Dependence* 2003; 71: 281-294
111. **Weisner C, Schmidt L:** Rethinking access to alcohol treatment. *Recent Dev Alcohol* 2001;15:107-136.
112. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental: *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatr6a.* Santiago de Chile, 2000.
113. *Orientaciones t6cnicas para el funcionamiento de hospitales de d6a en psiquiatr6a.* Santiago de Chile, Ministerio de Salud, 2001.
114. **Olivos P et al.:** Evaluaci6n de la efectividad del hospital diurno del Hospital Psiqui6trico de Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1982;20:119-125.



115. **Pang J:** Partial hospitalization: an alternative to inpatient care. *Psychiatric Clin North Am* 1985;8(3):587-595.
116. **Gomberoff L, Olivos P:** Hospitalización diurna en psiquiatría. En: *Manual de psiquiatría*. Cap. 14. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1986.
117. **Horwitz LM, Sharon LTN, Gaccione P, Frank R:** Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001;158:676-685.
118. **Olivos P:** El hospital diurno como organización. *Rev Psiquiatría* 1986;3(10-11):233-238.
119. **Olivos P:** El Centro Psiquiátrico Irarrázabal, una estructura en la comunidad para el apoyo y tratamiento del paciente psiquiátrico crónico. *Rev Psiquiatría* 1989;6:35-40.
120. **Silva H, Jerez S et al.:** Estructura y funcionamiento del hospital diurno de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. *Rev Psiquiatría Clín* 1987;24(1):55-62.
121. Grupo de Trabajo Uras de Andalucía: *La unidad de rehabilitación de área: URA*. Mimeo, Servicio Andaluz de Salud, Andalucía, 1999.
122. **Meltzoff J, Blumenthal RL:** *The day treatment center: principles, application and evaluation*. Springfield, Charles C. Thomas, 1966.
123. **Creed F et al.:** Randomized controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 1990;300:1033-1037.
124. **Dick P et al.:** Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Brit J Psychiatry* 1985;147:246-249.
125. **Schene AH et al.:** The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:427-436.
126. **Rakfeldt J, Tebes J, Steiner JDO, Walter P, Davidson L et al.:** Normalizing acute care: a day hospital/crisis residence alternative to inpatient hospitalization. *J Nerv Mental Dis* 1997;185(1):46-52.
127. **Crisp A, Gelder MG, Goddard E, Meltzer H:** Estigmatización de las personas que sufren enfermedades mentales: un estudio de seguimiento del Royal College of Psychiatrists en el contexto de la campaña "Cambiemos nuestras mentes". *World Psychiatry* 2005;3(2):36-46.
128. **Marshall M:** *How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Copenhagen, World Health Organization, 2005.
129. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
130. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(3):25-37.
131. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico*. México, 1998.
132. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*. México, miércoles 15 de noviembre de 1995.
133. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México, 2000.
134. *Hospital Universitario San Cecilio de Granada: área Salud Mental Granada Sur*. Unidad de Rehabilitación de Área (URA). Cartera de Servicios. Mimeo. Servicio Andaluz de Salud, Granada, enero de 1998.
135. **Olivos P:** Historia de los hospitales diurnos. *Rev Psiquiatría* 1985;II:23-27.
136. **Olivos P:** Taller sobre instituciones intermedias en la rehabilitación. *Rev Psiquiatría* 1985;I:129-131.
137. **Olivos P:** El hospital diurno. Evaluación de la organización. *Rev Psiquiatría* 1987;3:136-142.
138. Equipo Hospital de día, Servicio de Psiquiatría: *Hospital Barros Luco-Trudeau*. Resumen de la Primera Jornada de Evaluación y Planificación del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau. Mimeo, Santiago de Chile, 2001.
139. **Aguirre R:** *Rol del terapeuta ocupacional en los hospitales de día*. Mimeo, Santiago de Chile, 2001.
140. **Kazdin AE:** Methods of psychotherapy research. En: Bongar B, Beutler LE (eds.): *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. Nueva York, Oxford University Press, 1995.
141. **Rounsaville BJ, Carroll KM:** Interpersonal psychotherapy for drug users. En: Klerman GL, Weissman MM (eds.): *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Association Press, 1993.
142. **Luborsky L, Derubeis RJ:** The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clin Psychol* 1984;4:5-15.
143. **Rounsaville BJ, Carroll K:** Individual psychotherapy for drug abusers. En: Lowinsohn JH, Ruiz P, Millman RB (eds.): *Comprehensive textbook of substance abuse*. 2ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992.
144. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. México, Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Gobierno del Distrito Federal. 2000.
145. **Marshall M:** *Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders*. The Cochrane Library, 2003:4.
146. World Health Organization: *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra, 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>.
147. **Zwerling I, Wilder JF:** An evaluation of the applicability of the day hospital in the treatment of acutely disturbed patients. *Israel Ann Psychiatry Related Disciplines* 1964;2:162-185.
148. **Beard JH:** Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *Am J Orthopsychiatry* 2003;33:701-712.
149. **Crowther R:** *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. The Cochrane Library, 2003:4.
150. **Sledge WH:** Day hospital/crisis despite care versus inpatient care. Part I: Clinical outcomes. *Am J Psychiatry* 1996;153:1065-1073.
151. **Kiejna A, Kallert TW, Rymaszewska J:** Treatment in psychiatric day hospital in comparison with inpatient wards in different European health care systems-objectives of EDEN project. *Psychiatria Polska* 2002;36(suppl 6):361-367.
152. **Weldon E et al.:** Day hospital versus outpatient treatment: a controlled study. *Psychiatric Quarterly* 1979;51:144-150.
153. **Marshall M:** Acute psychiatric day hospitals. *BMJ* 2003;327:116-117.
154. **Herz MI et al.:** Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1971;10:1371-1382.

155. **Kris EB:** Day hospitals. *Curr Ther Res* 1965;7:320-323.
156. **Johnstone P, Zolese G:** *Length of hospitalization for people with severe mental illness.* The Cochrane Library, 2003:4.
157. **Herz MI, Endicott J, Spitzer RL:** Brief hospitalization of patients with families: initial results. *Am J Psychiatry* 1975; 132:413-418.
158. **Hirsch SR:** Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *BMJ* 1979;1:442-446.
159. **Dush DM:** Reducing psychiatric hospital use of the rural poor through intensive transitional acute care. *Psychiatric Rehab J* 2001;25(1):28-34.
160. **Marshall M et al.:** *Day hospital versus outpatient care for psychiatric disorders.* The Cochrane Library, 2003.
161. **Glick ID et al.:** A controlled study of transitional day care for non-chronically ill patients. *Am J Psychiatry* 1986;143: 1551-1556.
162. **Dincin J, Witheridge TF:** Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hosp Comm Psychiatry* 1982;33(8): 645-650.
163. **Ball J, Ross A:** *The effectiveness of methadone maintenance treatment.* Nueva York, Springer-Verlag, 1991.
164. **McLellan AT, Grissom GR, Brill P:** Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993;10:243-254.
165. **Mueser KT, Becker DR, Wolfe R:** Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *J Ment Health* 2001;10:411-417.
166. **Lehman AF et al.:** Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(2):165-172.
167. **Catty J, Burns T, Comas A:** *Day centers for severe mental illness.* The Cochrane Library, 2003:4.
168. **McFarlane WR et al.:** Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(2):203-214.
169. **Meisler N:** *Rural-based supported employment approaches: results from the South Carolina site of the employment intervention demonstration project.* 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Filadelfia, 18 a 23 de mayo de 2002.
170. **McLellan A, Luborsky L, Cacciola J:** New data from the Addiction Severity Index-reliability and validity in three centers. *J Nerv Mental Dis* 1985;173:412-423.
171. **Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL:** Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J Subst Abuse* 1991;3: 73-84.
172. **DiClemente CC, Carroll KM, Connors GJ:** Process assessment in treatment matching research. *J Stud Alcohol* 1994;12:156-162.
173. **Miller WR, Cooney NL:** Designing studies to investigate client-treatment matching. *J Stud Alcohol* 1994;12(suppl): 38-45.
174. **Project MATCH Research Group:** Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. Project MATCH posttreatment drinking long-term outcome. *J Stud Alcohol* 1999;73: 53-64.
175. **Creed F:** Cost effectiveness of day and in-patient psychiatric treatment. *BMJ* 1997;314:1381-1385.
176. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Pres-**  
*tación de Servicios de Atención Médica.* México, Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986.
177. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.** México, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1987.
178. **Diario Oficial:** NOM-001-SSA1-1993 *Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.*
179. **Diario Oficial:** NOM-025-SSA2-1994 *Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.* 16 de noviembre de 1995.
180. **Diario Oficial:** NOM-010-SSA2-1993 *Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y Modificación de fecha 22 de junio de 2000.*
181. **Diario Oficial:** NOM-009-SSA2-1993 *Para el fomento de la salud del escolar.* 4 de octubre de 1994.
182. **Diario Oficial:** NOM-017-SSA2-1994 *Para la vigilancia epidemiológica.* 12 de octubre de 1999.
183. **Diario Oficial:** NOM-168-SSA1-1998. *Del expediente clínico y Modificación de fecha 22 de agosto de 2003.* 1 de oct. de 1999.
184. **Diario Oficial:** NOM-039-SSA2-2002 *Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.*
185. **Diario Oficial:** NOM-013-SSA2-1994 *Para la prevención y control de enfermedades bucales y Modificación de fecha 21 de enero de 1999.*
186. **Diario Oficial:** NOM-003-SSA2-1993 *Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.*
187. **Centros de Integración Juvenil, A. C.:** *Alternativas de rehabilitación en salud mental.* Vol. 14. México, CIJ, 1996.
188. **Guisa CVM, Díaz BSL, Sánchez HR, Souza y Machorro M:** *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos.* México, Centros de Integración Juvenil, 2003.
189. **Centros de Integración Juvenil, A. C.:** *Guía técnica de atención curativa.* Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
190. **Alterman AI, Kampman K, Boardman CR, Cacciola JS, Rutherford MJ et al.:** A cocaine-positive baseline urine predicts outpatient treatment attrition and failure to attain initial abstinence. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46(1-2):79-85.
191. **Annis H:** Patient-treatment matching in the management of alcoholism. *NIDA Res Monog* 1988;90:152-161.
192. **Bachman S, Batten H, Minkoff K:** Predicting success in a community treatment program for substance abusers. *Clin Update Series* 1992;1:155-167.
193. **Book J, Jarbin H, Marques C:** The ASAM and Green Spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *Am J Addict* 1995;4:187-197.
194. **Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D:** *ASAM-patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders.* Washington, American Society of Addiction Medicine, 1991.
195. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
196. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.



## Programa integral terapéutico contra las adicciones

La necesidad de profesionalizar la terapéutica antiadictiva surge de la multivariada presencia de modelos de abordaje en la comunidad, muchos de los cuales muestran deficiente sistematización, no cuentan con conocimiento teórico ni supervisión técnica, ni evalúan sus acciones<sup>1</sup> (cuadros 1-5 y 14-1).

Simposio Terapéutica de las adicciones y sus problemas. IV Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones “El Municipio, la sociedad civil y las organizaciones juveniles en la atención de las adicciones y Jornada de Enfoque Biomédico”. Liber@ddictus; CONADIC-OPS-CIJ. México, 2003. Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo.

Cuadernos FISAC 2004:25-46. Y como no disponen de educación formal, no puede afirmarse que su operación esté habilitada para realizar manejo profesional ni investigación clínica con la cual favorecer los planes de salud comunitaria, amén de que por otros varios conceptos incumplen la normatividad vigente<sup>2-6</sup> (cuadro 14-2).

Ello se vuelve fundamental para la adecuada terapéutica y eliminación de errores que produce un ánimo divergente en la sociedad, al ser causa de iatrogenia y charlatanería.<sup>1,6,7</sup> Los programas contra las adicciones, por recomendación de la OMS, deben reunir un mismo

### Cuadro 14-1. Modelo Minnesota (1950)

Nace en Hazelden, Pioneer House y Willmar Hospital  
Basa su cambio en creencias, actitudes y conducta del abusador/adicto  
Concepto de adicción como enfermedad  
Abstinencia total como meta de manejo  
Logro de mejores estilos de vida por la asimilación de 12 pasos y 12 tradiciones  
Abordaje “multidisciplinario” con base en fundamentos de AA y NA  
Ex pacientes en remisión como consejeros  
Modalidad terapéutica residencial variable: de 4 a 6 semanas (EUA); de 6 a 8 semanas (RU)  
Los profesionales son consejeros externos  
Se prohíbe la farmacoterapia como manejo paralelo

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000. Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y iatrogenia en adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.

### Cuadro 14-2. Requisitos y factibilidad para el cumplimiento de la normatividad en salud

Marco normativo integral que considere la historia natural de la enfermedad y abarque el problema adictivo y su comorbilidad  
Que reconozca la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de indicación, utilidad y beneficio  
Que ubique funcionalmente y jerarquice las acciones de cada esfuerzo profesional y paraprofesional  
Que realice esfuerzo armónico y conjunto en planos interprofesional y transprofesional  
Que facilite preparación organizada de recursos humanos y materiales  
Que promueva la actualización constante  
Supervisión con base en criterios de vanguardia

*Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones*. Simposio “Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones”. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C. y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: La urgencia de la normatización y profesionalización de la atención a las adicciones. *Psiquiatría y salud integral*. En prensa, 2004.

**Cuadro 14-3. Nosología CIE-10, OMS**

Consumo perjudicial (automedicación)  
 Síndromes de intoxicación y abstinencia:  
 Trastornos psicóticos  
 Trastornos amnésicos  
 Dependencia (adicción)

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga S, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HPCPA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(1):9-25.

código comunicacional y nosológico (cuadro 14-3), dirigido al amplio espectro adictivo:<sup>8,9</sup> el consumo perjudicial (derivado de la automedicación); los síndromes de intoxicación y abstinencia de cada grupo de psicotrópicos: opiáceos y alcohol; hipnóticos y ansiolíticos; cocaína, anfetamínicos, cafeína (xantinas) y nicotina (tabaco); LSD 25; mezcalina, psilocibina y demás productos inhalables, como los solventes volátiles, desmanchadores, removedores de pintura, lacas y barnices, gasolinas, etc.; los trastornos psicóticos; los trastornos amnésicos; la dependencia<sup>10</sup> y su comorbilidad (cuadro 14-4), representada entre otros por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad; los trastornos de conducta; la disfunción psicofamiliar; los trastornos por ansiedad, como la fobia social y el trastorno de pánico; la depresión, el intento suicida y el suicidio; el VIH/SIDA; la esquizofrenia; el tabaquismo y el cafeinismo; los tras-

**Cuadro 14-4. Comorbilidad adictiva**

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad  
 Trastorno de conducta  
 Disfunción familiar  
 Trastornos por ansiedad  
 Depresión e intentos suicidas  
 VIH/SIDA  
 Esquizofrenia  
 Tabaquismo-cafeinismo  
 Trastornos alimentarios  
 Trastornos del sueño e insomnio  
 Disfunción sexual y parafilias  
 Trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, piromanía  
 Juego patológico, tricotilomanía, "adicción" sexual  
 Consumo de fármacos de uso médico; otros

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga S, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HPCPA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(1):9-25.

tornos alimentarios como la anorexia-bulimia; los trastornos del sueño y el insomnio; las disfunciones sexuales, las parafilias y otros; los trastornos del control de los impulsos como la cleptomanía, la piromanía, el juego patológico, la tricotilomanía y la "adicción" sexual; el consumo (mal uso) de fármacos de uso médico y la delincuencia asociada al consumo de psicotrópicos, entre otros.<sup>11-14</sup>

El programa profesional terapéutico integral contra las adicciones pretende ofrecer terapéutica residencial oportuna de alta calidad, que contribuya a la reducción de los problemas vinculados al consumo de sustancias; brindar diagnóstico integral (biopsicosocial) que permita remitir la sintomatología, producir y mantener una abstinencia total, permanente y sin concesiones; proveer actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia; desarrollar acciones rehabilitatorias y preventivas a la comunidad; brindar tratamiento individualizado, acorde con la nosología internacional que ayude a crear conciencia de enfermedad y fomente el deseo de mantener la abstinencia; acceder a la información científica sobre el problema; desarrollar la capacidad para la autogestión, y mantener el propósito de continuar un tratamiento a largo plazo, es decir, a cinco años o más (cuadro 14-5).

Tal sistematización de la experiencia clínica y la actualización del conocimiento representan un vigoroso grupo de esfuerzos dirigidos a los siguientes objetivos: disminuir los factores de riesgo para el consumo de psicotrópicos; incrementar y fortalecer los factores protectores del consumo de sustancias; incorporar a la familia,

**Cuadro 14-5. Programa profesional. Metas**

Terapéutica residencial oportuna y de calidad  
 Diagnóstico integral (biopsicosocial)  
 Abstinencia total y permanente  
 Tratamiento personalizado (CIE-10)  
 Conciencia de enfermedad y capacidad para autogestión  
 Fomento/mantenimiento de la abstinencia  
 Acceso permanente a información científica sobre el problema  
 Actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia  
 Acciones preventivo-rehabilitatorias para la comunidad  
 Mantener el propósito de continuar tratamiento a largo plazo (cinco años o más)

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5):326-330; Souza y Machorro M: Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus* 2004;12-20; Souza y Machorro M: Modelos profesionales de tratamiento. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. *Cuadernos FISAC* 2004:25-46.

en el marco del tratamiento residencial y en su seguimiento; favorecer el proceso autogestivo en el interior de la comunidad, para que permita generar la noción de una vida sana y libre de drogas; iniciar de modo expedito los procesos de rehabilitación de las áreas afectadas; desarrollar programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal del paciente, conjuntamente con sus familiares, en labores a largo plazo; desarrollar programas de investigación epidemiológica, sociomédica y clínica aplicada que permitan mejorar la atención de los enfermos y sus familiares; ofrecer programas de capacitación profesional y actualización, supervisión clínica individualizada y asesoría profesional en adicciones, a instituciones académicas o de salud y grupos interesados de la comunidad, vinculados por su trabajo o interesados en participar; generar conciencia individual-familiar-social sobre los efectos nocivos del consumo de psicotrópicos; disminuir el impacto social asociado al consumo de sustancias<sup>11-18</sup> (cuadro 14-6).

El programa integra la visión médico-psicológica y psiquiátrica para realizar distintas acciones simultáneas, por lo que otorga prioridad a su ubicación, orden de actuación y eficacia, con base en la historia natural de la enfermedad, de lo cual deriva la utilización consecutiva de los perfiles profesionales, a efecto de encauzar una propuesta que reduzca la arbitrariedad de los abordajes empleados hasta ahora por los diferentes enfoques

#### Cuadro 14-6. Programa profesional. Objetivos

Disminuir factores de riesgo de consumo  
Incrementar factores protectores  
Incorporar a la familia al tratamiento y al seguimiento posterior  
Favorecer proceso autogestivo a la comunidad  
Inicio expedito de rehabilitación  
Generar noción de una vida sana sin drogas  
Prevención de recaídas, promoción de crecimiento personal  
Investigación epidemiológica, clínica aplicada y sociomédica  
Capacitación, actualización y supervisión profesional clínica  
Asesoría a instituciones de salud y otras  
Generar conciencia sobre efectos nocivos del consumo de psicotrópicos  
Disminuir impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

#### Cuadro 14-7. Visión de conjunto

Integración psicomédica y psiquiátrica en todas sus acciones, acorde a legislación de la salud  
Se basa en la historia natural de la enfermedad  
Prioriza la ubicación, orden de actuación y eficacia de sus procedimientos  
Utiliza en forma consecutiva los perfiles profesionales y el procedimiento inicia al ingreso del paciente  
No actúa fuera del recinto  
Acciones evaluativo-correctivas se aplican una vez controlado el cuadro agudo  
Atiende a la vez sintomatología adictiva y comórbida  
Busca remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

del problema.<sup>10-12,18</sup> Su funcionamiento asume con íntimo apego la legislación de salud que regula sus acciones<sup>1-5</sup> (cuadro 14-7).

El procedimiento se desencadena al ingreso del paciente, y las acciones clínicas evaluativo-correctivas, una vez logrado el control agudo de la sintomatología adictiva y comórbida, para hacer remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable. Las acciones utilizadas al efecto son: farmacoterapia, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de grupos de familias y orientación familiar, círculo de lectura dirigida, cine-debate terapéutico, actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas y *ad libitum*, sesiones de meditación, sesiones de grupos de ayuda mutua, tal como se denominan actualmente en la Norma Oficial Mexicana, NOM, los grupos de autoayuda,<sup>1-3</sup> con objeto de homogeneizar la población bajo tratamiento y empatar los niveles de eficacia de los distintos centros de manejo, reportados en la literatura<sup>10,19-22</sup> (cuadro 14-8). Considerado de forma general y esquemática, el programa pretende:

1. Responder a la necesidad estatal, regional y nacional de ofrecer atención a los problemas adictivos.
2. Contemplar la opinión de los expertos que conceptúan la adicción como un trastorno mental que afecta a individuos y comunidades, con base en los criterios de la CIE-10.<sup>8</sup>
3. Adaptar el abordaje propuesto para el trastorno adictivo a la esfera sociocultural, biopsíquica y rehabilitatoria del paciente y su familia.
4. Mostrar un modelo interdisciplinario, transdisciplinario e interdependiente, con psiquiatras, mé-

**Cuadro 14-8. Programa profesional. Acciones**

Farmacoterapia  
 Psicoterapia individual y grupal  
 Psicoterapia de grupos de familias; orientación familiar  
 Círculo de lectura dirigida  
 Cine-debate terapéutico  
 Actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas *ad libitum*  
 Sesiones de meditación  
 Grupos de ayuda mutua

Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000; Souza y Machorro M: Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106; Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de Tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

dicos interconsultantes de otras especialidades, psicólogos, consejeros-orientadores y adictos en remisión total sostenida (cinco años mínimo), trabajadoras sociales, enfermeras, rehabilitadores, etc., en un ambiente *ad hoc*, libre de drogas.

5. Reunir los principios útiles de los modelos Minnesota y Comunidad Terapéutica.
6. Aplicarse en instalaciones que ofrecen terapéutica residencial (servicio de urgencias y unidad de internamiento) y ambulatoria (consulta externa).
7. Ofrecer evaluación técnica a través de laboratorio y gabinete, valoración psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría.
8. Privilegiar el uso de instrumentos clínicos codificados y basar su actividad en el estudio individual detallado.
9. Obtener el diagnóstico nosológico de acuerdo con la CIE-10, OMS, a través de la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones, HCPA.<sup>24</sup>
10. Promover la motivación terapéutica, mantenimiento de la abstinencia, evitación de recaídas y acceso o, en su caso, reinserción a una vida libre y participativa en la sociedad.
11. Incorporar distintas modalidades psicoterapéuticas bajo una misma óptica correctiva.
12. Desarrollar actividades deportivas, recreativas, culturales, musicales y meditación.
13. Mantener supervisión de la rehabilitación a largo plazo relativa a los ámbitos escolar, laboral y sociofamiliar.
14. Discriminar las características responsables de la reiteración de recaídas para su evitación.
15. Apoyar al paciente con grupos de ayuda mutua y gestionar servicios de casa de medio camino a

quienes lo soliciten. Impulsar el crecimiento personal vía psicoterapia cognoscitivo-conductual y posteriormente psicoterapia psicodinámica.

16. Promover capacitación profesional del personal y otras actividades de educación para la salud mental, a través de los medios de comunicación masiva.
17. Desarrollar programas de investigación. Publicar y difundir los resultados de la actuación de su programa<sup>25-31</sup> (cuadro 14-9).

La evaluación clínica se realiza indefectiblemente previa al manejo de los casos, lo cual permite tener conocimiento de las condiciones físicas del paciente a su arribo al servicio de urgencias o internamiento residencial. De acuerdo con la afectación producida sobre aparatos y sistemas se aplican las pruebas de laboratorio y gabinete necesarias (cuadro 14-10).

**Cuadro 14-9. Filosofía del programa**

Responde a la necesidad estatal y nacional de atención al problema  
 Integra los modelos Minnesota y Comunidad Terapéutica  
 Respeto los criterios CIE-10  
 Abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio)  
 Modelo interdisciplinario y transdisciplinario: combina profesionales y paraprofesionales  
 Ambiente libre de drogas  
 Instalaciones *ad hoc*  
 Manejo residencial (urgencias e internamiento)  
 Ambulatorio (consulta externa)  
 Valoración integral: laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría  
 Instrumentos clínicos codificados  
 Modalidades psicoterapéuticas de óptica cognoscitivo-conductual  
 Supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar  
 Discrimina y ataca las causas de recaída  
 Apoya al paciente con grupos de ayuda mutua  
 Gestiona servicios de casa de medio camino  
 Impulsa crecimiento personal vía psicoterapia cognoscitivo-conductual y psicodinámica  
 Programas de capacitación profesional al personal de salud y de educación en salud mental  
 Programas de investigación  
 Publicación de sus resultados

Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M: Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000;16:110-116; Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000; Souza y Machorro M. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106; Souza y Machorro M: Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones *Liber@ddictus* 2004:12-20.

La rutina mínima incluye: BH, QS, EGO, EEG, VIH y, de requerirlo el caso, por indicación: TAC, EKG o tras.<sup>10,11,32-35</sup>

La evaluación psiquiátrica es el punto central de las intervenciones terapéuticas, ya que brinda una adecuada aproximación a las características del caso. Posibilita la comprensión de los principales factores en la evolución de la personalidad y el conocimiento de las consecuencias inmediatas y a largo plazo que la enfermedad ha producido.<sup>11,31,34,36</sup> Establece las características del trastorno a partir de la intoxicación aguda, sus respectivos cuadros de abstinencia, la intoxicación crónica y su posible deshabitación, o, en su caso, deriva el paciente a una mejor alternativa, ello además de la detección de cualquier patología concomitante o concurrente que a menudo extiende, agrava o empeora los procesos mentales y de la conducta.<sup>10-14</sup>

La evaluación psicológica se orienta a corroborar o descartar la presencia de afectación orgánica cerebral, del pensamiento y las características de la personalidad, detecta y clasifica el grado o daño sobre el SNC generado por presencia aguda o crónica de las noxas causantes.<sup>33,34,36</sup> Establece la profundidad de su estado y faculta la elaboración del plan terapéutico o, en su caso, deriva el paciente a una mejor alternativa de manejo. Permite, por otra parte, establecer un diagnóstico integral del abusador/adicto a psicotrópicos y conocer su nivel de compromiso con la(s) sustancia(s) en función de la severidad del cuadro, por lo que resulta pieza central para el pronóstico, siendo materia de estudio de dicha evaluación los procesos mentales del individuo, su comportamiento en torno a la droga, la naturaleza de sus sentimientos, emociones, deseo de cambio y motivación al tratamiento, del que se considera elemento cla-

ve. Las técnicas empleadas son: entrevista psicológica, autoinformes, observación de la conducta y diversas pruebas psicológicas (cuantitativo-cualitativas) psicométricas, proyectivas e inventarios de personalidad, entre otras:<sup>1,11-13,15</sup> batería de rutina con Bender, Minnesota, SACKS, Test de la Familia, Machover y TAT,<sup>11,15,18,19</sup> escalas de tamizaje o discriminación de problemas adictivos como: AUDIT, MAST, EADA, MACANDREW, CIDI y otras.<sup>18,32</sup>

Periodos, tipo y duración. El programa reúne actividades clínicas, informativas, rehabilitatorias y educativo-preventivas (cuadro 14-11).

Tiene duración promedio de cinco años, divididos en tres periodos que comprenden la evolución clínica y psicosocial de cada caso en:

1. **Internamiento** (servicio de urgencias o unidad residencial, o ambos) de 10 semanas (cuadro 14-12). El paso de urgencias a internamiento residencial es automático, según la evolución del cuadro, y salvo excepción, se realiza en el mismo periodo programado.
2. **Psicoterapia de las adicciones.** Es administrada bajo el mismo modelo cognoscitivo-conductual en distintas modalidades, y tiene una duración promedio de dos años.
3. **Psicoterapia psicodinámica.** Se destina al conocimiento y reestructuración de la personalidad y el mantenimiento de la abstinencia; tiene duración promedio de tres años y requiere la reunión de ciertas características de analizabilidad del paciente para llevarse a cabo.<sup>11,12,15,36-47</sup>

Cabe señalar que el fundamento de la duración propuesta para el presente programa se basa sobre todo en la experiencia, la observación clínica y los reportes de promedios de duración que cursan los pacientes para su rehabilitación en uno y otro sentido, ya que en la litera-

#### Cuadro 14-10. Evaluación clínica

A fortiori previa al manejo de casos  
 Investiga condiciones psicofísicas al arribo  
 Evaluación psiquiátrica-psicológica  
 Dx y tratamiento de la comorbilidad  
 Elabora plan terapéutico o deriva a mejor alternativa de manejo  
 Entrevista psicológica (autoinformes, observación de la conducta y pruebas cuantitativo-cualitativas psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad)

Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M: Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000;16:110-116; Souza y Machorro M; Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106; Souza y Machorro M: La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Soc* 2000;8:99-106.

#### Cuadro 14-11. Tipo, periodos y duración

Actividades clínicas, informativas, educativas, rehabilitatorias y preventivas  
 Años, duración promedio: tres periodos  
 Internamiento (urgencias o unidad)  
 Residencial (10 semanas)  
 Psicoterapia cognoscitivo-conductual con dos años de duración promedio (internamiento y CE)  
 Psicoterapia psicodinámica, tres años en consulta externa

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones *Liber@ddictus*. 2004:12-20.



**Cuadro 14-12. Internamiento. Primer periodo**

10 semanas divididas en tres fases:  
 Valoración clínica (1 semana)  
 Terapéutica (8 semanas)  
 Prevención de recaídas (1 semana)

- Valoración de ingreso
- Plan de prevención de recaídas
- Psicoterapia individual, grupal y familiar
- Diseño de proyecto de vida
- Mantenimiento de abstinencia
- Supervisión a función psicosocial y familiar

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus* 2004:12-20.

tura no hay descrita una justificación específica para ello. De ahí que los programas de los distintos centros terapéuticos sean tan amplios y variables en sus consideraciones.<sup>9,10,12,18,19,24,31,37,38,41,43</sup>

Procedimiento y estrategia. Por lo general, la condición del paciente a su ingreso obliga, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, a internarlo para su estudio. El lapso de la estancia es de 10 semanas y consta de tres fases:

1. Valoración clínica inicial de una semana de duración en promedio.
2. Terapéutica de ocho semanas en promedio.
3. Prevención de recaídas de una semana, la cual se incrementa por indicación cuando las condiciones lo permiten.

La valoración clínica es la primera fase del primer periodo de manejo antiadictivo esperable, de cinco años. Ocurre a pesar de la gravedad del caso internado en el Servicio de Urgencias, cuya duración y pronóstico son necesariamente variables.<sup>11,45-48</sup> Se pretende adaptar la evolución al lapso programado (ocho semanas), con la aplicación de distintos recursos farmacológicos y psicoterapéuticos individuales, grupales y familiares.<sup>40-52</sup>

El plan de prevención de recaídas ocurre como segunda fase del primer periodo de manejo, así se refuerza la prevención con este plan a lo largo de todo el internamiento residencial. Consta de una semana en la que se proporcionan, según las condiciones del caso, diferentes medios de contención, motivación para la abstinencia y prevención de recaídas, acciones que se consolidan con la participación de los grupos de ayuda mutua.<sup>11,15,19</sup>

La psicoterapia de las adicciones (cognoscitivo-conductual) es una actividad que se aplica a lo largo de todo

**Cuadro 14-13. Objetivos psicoterapéuticos**

Toma de conciencia de enfermedad  
 Manejo de mecanismos defensivos  
 Desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas  
 Desarrollo de tolerancia a la frustración y a la demora  
 Desarrollo de control de los impulsos.

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208.

el manejo (cuadro 14-13), en distintas modalidades. Se dirige con el mismo patrón y propósito al individuo y al grupo o la familia, para consolidar el autoconocimiento individual y el conocimiento de la pareja o del grupo familiar. Se enfoca en la solución inmediata de conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa-consecuencia-causa), evaluación y corrección; diseño del proyecto de vida; mantenimiento de la abstinencia y prevención de las recaídas. Si se desea, esta etapa puede ser reforzada voluntariamente por otras acciones de mantenimiento abstinentes, ya que no todos aceptan participar en actividades de grupos de ayuda mutua.<sup>10-12,15,16,19</sup> Algunos pacientes buscan mantenerse sólo bajo esquema de manejo psicoterapéutico profesional, de dos años de duración en promedio, según la evolución.<sup>10,11,37-41</sup>

Una vez comprendida y manejada la inmediata problemática individual-social del abusador/adicto y su comorbilidad, se ofrece supervisión complementaria sobre el funcionamiento psicosocial del paciente y sus familiares en el marco de un proyecto de vida realista, y el despliegue de hábitos saludables durante la abstinencia que pretende ser permanente. Ello implica la reestructuración funcional de la personalidad de los afectados bajo una vigilancia estrecha y a largo plazo.

Cuando el paciente dispone de capacidad de introspección para pensar en términos psicológicos (*insight*), y habiéndose alcanzado ya cierto nivel de abstinencia y sobriedad, se recurre a la psicoterapia psicodinámica orientada de tres años de duración en promedio, dada la mayor profundidad de reestructuración psíquica que es capaz de producir.<sup>49-52</sup>

La metodología de la terapéutica psicológica al internamiento residencial coadyuva a la toma de conciencia de enfermedad, y busca conocer y aprender a manejar los mecanismos defensivos (negación, racionalización, proyección, etc.) empleando psicoterapia dirigida, reforzada con actividades complementarias como terapia grupal a través del círculo de lectura, psicoterapia de grupos de familias y orientación familiar, cine-debate terapéutico, actividades recreativas, deportivas, cultu-

rales, musicales y de meditación supervisadas,<sup>49-52</sup> que se describen a continuación.

El destacado proceso psicológico de la *elaboración* —de contenidos psíquicos significativos individuales— se continúa a instancias del terapeuta supervisor durante el primer periodo de tratamiento, a través del manejo de técnicas que focalizan propositivamente la resignificación (simbólica y real) que la(s) sustancia(s) tiene(n) para el individuo. Se busca desarrollar nuevas formas más maduras, y alternativas más sanas y realistas, para enfrentar las presiones internas/externas que llevan al paciente al consumo y a su autodestrucción. De este modo se pretende consolidar una mayor tolerancia a la frustración y a la demora, para establecer un mayor y más eficaz control de los impulsos, por lo que a menudo se agrega a esta fase la psicoterapia de grupos de familias y orientación familiar, como reforzamiento psicofuncional.<sup>53-55</sup>

El plan de cuidados posteriores continuos y prevención de recaídas se lleva a cabo con base en la realidad individual, considerando el plan de acción del posinternamiento (cuadro 14-14), a fin de propiciar y mantener la abstinencia. Incluye el tipo de terapia que habrá de llevarse, lugar donde tendrá efecto y frecuencia y propósitos de las intervenciones, y puede ocurrir durante los cinco años a lo largo de todo el manejo: las acciones pretenden identificar, con el fin de cambiarlas, situaciones, emociones, pensamientos y condiciones de riesgo para el consumo.<sup>11,19,54,55</sup>

Se identifican el tipo de técnicas y estrategias que se van a emplear en tales momentos, con quién(es) establecer contacto dentro o fuera de la institución y otros apoyos sociales y comunitarios, así como las modificaciones fundamentales en su forma habitual de vida, con miras a promover estilos de vida saludable que excluyen

como condición *sine qua non* el consumo de psicotrópicos.<sup>11,19,54,55</sup>

Se brinda al paciente apoyo psicológico específico (descripción, clarificación, confrontación e interpretación, etc.) y se le persuade al uso de sus capacidades con el objetivo de reaprender nuevos y más eficientes mecanismos de afrontamiento de conflictos. Se promueve asimismo el crecimiento y participación social como método incluyente y protector.<sup>48,51,54</sup> En esta etapa es muy útil la psicoterapia cognoscitivo-conductual, al enfatizar la detección de la apatencia y el deseo imperioso de consumo de la sustancia (*craving*), y otras estrategias de afrontamiento o solución de problemas.<sup>33-39</sup> Por ello, esta parte del plan requiere que se realice un contrato por escrito estableciendo metas concretas a corto, mediano y largo plazo, y sus formas de evaluación.<sup>15,19,21,22</sup>

Para el seguimiento, la supervisión clínica individual ocurre a partir de la décima semana, al final de la etapa terapéutica del primer periodo del programa, es decir, el internamiento residencial. El plan de prevención de recaídas se apoya en actividades de grupos de ayuda mutua siempre que éstos no estén en conflicto con la prescripción de psicofármacos necesarios para la corrección médico-psiquiátrica de la condición mórbida de los pacientes o con el uso de otras medidas complementarias al manejo, al margen de que el paciente pudiese ser canalizado a otra institución debido al tipo o extensión de su comorbilidad o posibles complicaciones.<sup>56</sup> Al término del internamiento, si las condiciones de la evolución lo permiten, se completa el manejo psicológico individual-familiar, su evaluación y seguimiento a largo plazo en la unidad ambulatoria de consulta externa. En etapa posterior, según la evolución y las características del paciente en cuestión, se recurre a la psicoterapia de reestructuración de su personalidad y mantenimiento de la abstinencia total, permanente y sin concesiones, de acuerdo con el plan que se realice para su caso, a efecto de asegurar una vigilancia clínica estrecha y continuada.<sup>11,22-24</sup> En ocasiones la(s) recaída(s) requiere(n) un nuevo ciclo de manejo agudo, de urgencias, residencial o en consulta externa,<sup>11,19,21,27,28</sup> en cuyo caso se reinicia la terapéutica bajo el esquema correspondiente que arroje la evaluación personalizada del caso.

Se dispone de un esquema psicoterapéutico para la visualización rápida de este procedimiento, usado desde el primer contacto con el paciente (cuadro 14-15), que controla vía psicofármacos y otras medidas *ad hoc* la sintomatología aguda y crónica de los casos y su comorbilidad. Se describen dos periodos de manejo en los que todas las acciones se destinan a producir conocimiento individual conyugal y familiar, para dar solución a los

#### Cuadro 14-14. Plan de cuidados posteriores

Identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias
Detección de <i>craving</i> y estrategia de afrontamiento de problemas
Uso de capacidades para reaprender mecanismos de abordaje de conflictos
Promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo
Apoyo en grupos de ayuda mutua
Psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

**Cuadro 14-15. Acciones de psicoterapia**

Informar y desmitificar, dar educación preventiva  
 Dar promoción continua a la rehabilitación  
 Conocimiento individual conyugal y familiar, para solucionar conflictos vinculados a la adicción  
 Mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas  
 Refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua y psicoterapia  
 Psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual reestructuración de la personalidad y despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.

conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa-consecuencia), evaluación y corrección; diseño del proyecto de vida; mantenimiento de la abstinencia y prevención de las recaídas.<sup>50-52</sup>

Esta etapa puede reforzarse con actividades con grupos de ayuda mutua o bien mantenerse sólo bajo el esquema de manejo psicoterapéutico profesional.<sup>10,11,15,19</sup> La terapia psicodinámica, en cambio, pretende conocimiento y eventual reestructuración de la personalidad y mantenimiento de la abstinencia.<sup>11,52-55</sup> Esta última etapa ofrece supervisión del funcionamiento psicosocial de los pacientes y sus familiares en el marco de un proyecto de vida realista y el despliegue de hábitos saludables durante la abstinencia, lo cual implica reestructuración de la personalidad de los afectados bajo vigilancia estrecha a largo plazo.<sup>11,15,19</sup> El conjunto de actividades tiene por meta la información y desmitificación, educa-

**Cuadro 14-16. Recomendaciones psicoterapéuticas para el abordaje inicial de los casos**

Retroalimentación específica sobre las áreas vitales dañadas  
 Énfasis en la responsabilidad personal  
 Clara advertencia de la tendencia al cambio  
 Ofrecimiento de opciones alternativas  
 Empatía, como el estilo de la asesoría profesional  
 Autogestión. La eficacia de las acciones recae en el interesado

Modificado de: Monti PM, Colby SM, Barnett NP: Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.

ción preventiva y promoción de la rehabilitación posterior tardía, ya que el tratamiento antiadictivo completo, en el mejor de los casos, tiene una duración promedio de cinco años<sup>11,15,19</sup> (cuadro 14-16).

La psicoterapia individual promueve la construcción del equilibrio biopsicosocial para alcanzar un estilo duradero de vida saludable que eleve la calidad de vida.<sup>15,19,25,26</sup> Sus acciones principales son: ubicar la etapa individual de la evolución psicológica a favor del cambio actitudinal-conductual para proceder a su motivación o, en su caso, para el fomento de la actividad terapéutica reconstructiva, vía la aceptación de la realidad, con miras a la superación de la patología adictiva, su comorbilidad y complicaciones; evitar las recaídas, y generar y mantener la abstinencia; fomentar la conciencia de enfermedad; producir motivación de cambio y suministrar información específica; impulsar, establecer y mantener la alianza terapéutica; eliminar la culpa y ayudar a asumir responsabilidad; desmitificar las creencias desadaptativas del paciente en torno de su conducta adictiva; reeducar y conducir al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida.<sup>11,15,19</sup> Se realizan las entrevistas y la batería psicológica con el propósito de establecer el análisis de la personalidad actual y premórbida, y la actuación del paciente mostrada durante la etapa de uso, mal uso, abuso y adicción a psicotrópicos, desde sus antecedentes hasta el ingreso a tratamiento<sup>11,15,19</sup> (cuadros 14-17 y 14-18).

Una vez tipificada la personalidad, se diseña el plan terapéutico individualizado, acorde con la nosografía mundial,<sup>9</sup> en el marco de una abstinencia total, permanente y sin concesiones.<sup>10,11,17-19,34-36</sup> Los elementos en juego, paciente-técnica-terapeuta, permitirán o no, en congruencia con el espíritu del programa, apoyar al paciente para que se responsabilice de su actuación de cambio sin culpa y asuma el mejor camino para su rehabilitación, en la inteligencia de *que el paciente no podrá volver a interactuar con psicotrópicos o automedicación*,<sup>11,15,19</sup> a excepción de la prescripción profesional de psicofármacos por indicación, en el esquema de tratamiento.<sup>11,19,20,33,42,43,46,47</sup>

La psicoterapia grupal ocurre simultáneamente al internamiento (cuadro 14-19) y presenta objetivos semejantes a los de la terapia individual, a modo de reforzador constante. Su metodología fomenta el análisis y reflexión del grupo hacia las causas de consumo y sus modalidades, así como las consecuencias inmediatas, comorbilidad y complicaciones. Todo ello se dirige a lograr un conocimiento experiencial significativo que sirva a la consolidación de su abstinencia y la modificación de su

**Cuadro 14-17. Modelo integral**

Reúne los modelos Minnesota y Comunidad Terapéutica y reconoce etiología multifactorial  
 Conceptúa la adicción y nosología según CIE-10, OMS  
 Abordaje psiquiátrico (médico-psicológico)  
 Incorpora comorbilidad adictiva/psiquiátrica  
 Destinada a población abierta con problemas de consumo de psicotrópicos  
 Terapéutica residencial de alta calidad  
 Promueve motivación terapéutica y mantenimiento de abstinencia  
 Atiende otros problemas de salud vinculados  
 Ofrece diagnóstico biopsicosocial  
 Brinda tratamiento individualizado  
 Usa distintas escalas de tamizaje  
 Usa la historia clínica psiquiátrica codificada para las adicciones  
 Valoración psicológica y de trabajo social  
 Laboratorio y gabinete  
 Pruebas psicológicas y clinimétricas  
 Terapéutica ambulatoria  
 Incorpora a la familia  
 Rehabilitación  
 Programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal  
 Programas de investigación  
 Capacitación profesional

Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA). *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México*. Gobierno del Distrito Federal, 1998; Souza y Machorro M, Prado GA, Vélez BA: *Modelo terapéutico residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas*. México. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA), 1999.

problemática psicosocial. Se realizan sesiones temáticas consecutivas y coordinadas, de acuerdo con la programación establecida para la revisión, análisis y discusión de los aspectos etiopatogénicos de la adicción a psicotrópicos y otras sustancias de abuso, con el propó-

sito de encontrar similitudes positivas en la interacción grupal que permitan dar refuerzo y mantenimiento a la abstinencia. Asimismo, se pretende identificar y señalar para su eliminación las pautas y mecanismos más frecuentes de consumo, y otras conductas autoagresivas e irracionales desplegadas a lo largo de la vida del paciente.<sup>11,33-35</sup>

El terapeuta encargado de cada sesión expone o lee la información de que se dispone, coordina y a continuación estimula la discusión del tema, siguiendo los lineamientos generales establecidos para la terapéutica de casos.<sup>11,15,19</sup> Éstos constan de una lista temática diseñada *ad hoc* cuya secuencia biopsicosocial apegada a la historia natural de la enfermedad pretende estimular la abstinencia vía autoconocimiento y cambio actitudinal. Ejemplo de tales temas son artículos científicos publicados en la literatura del tema y seleccionados por el grupo terapéutico, para su discusión con los pacientes y el personal de la clínica (cómo motivar a pacientes y familiares a ingresar a tratamiento; qué son los psicotrópicos; nuestros conflictos internos y la salud mental; problemática familiar-escolar-laboral del abusador/adicto; delito y conducta delictiva).<sup>10,11,14,19</sup> Esta actividad se planeó desde la concepción de tres ejes: de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo y de lo sano a lo patológico. Se revisa en orden progresivo durante el internamiento en todas las modalidades que integran el programa.<sup>57-63</sup>

La psicoterapia de grupos de familias y orientación familiar es una modalidad terapéutica, básicamente de tipo informativo-educativo (cuadro 14-20); su objetivo es coadyuvar a la construcción de equilibrio biopsicosocial de su familiar, a efecto de alcanzar un estilo duradero de vida saludable en pos de una mejor calidad de vida, lograda a través de: motivar a los familiares del paciente a participar en el cambio propio y de su familiar: impulsar, establecer y mantener la alianza terapéutica; suministrar información específica e inducir a que los

**Cuadro 14-18. Psicoterapia individual. Acciones**

Ubica etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual  
 Fomenta manejo antiadictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia  
 Motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica  
 Elimina culpa, impulsa la responsabilidad y desmitifica creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva  
 Reeduca y conduce al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida  
 Entrevistas y batería psicológica para establecer:  
 Análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción  
 Tipificada la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones  
 Paciente-técnica-terapeuta permitirán asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio  
 No podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico

Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.

**Cuadro 14-19. Psicoterapia grupal. Acciones**

Simultánea al ingreso con iguales objetivos  
 Análisis-reflexión grupal de las causas de consumo, modalidades, consecuencias y comorbilidad  
 Conocimiento experiencial significativo para consolidar abstinencia y modificar la problemática psicosocial  
 Sesiones de revisión y análisis-discusión de etiopatogenia adictiva, en busca de similitudes positivas en la interacción grupal que refuercen la abstinencia  
 Identificar pautas y mecanismos de consumo y otras conductas autoagresivas e irracionales  
 El terapeuta expone, coordina y estimula discusión, siguiendo lineamientos para la terapéutica de casos  
 El uso de lista temática *ad hoc*, cuya secuencia biopsicosocial se apega a la historia natural de la enfermedad, estimula la abstinencia vía autoconocimiento y cambio actitudinal  
 Los temas son artículos científicos seleccionados por tres ejes: general-particular, sencillo-complejo y sano-patológico  
 Se revisa en orden progresivo durante el internamiento en todas las modalidades que integran el programa

Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M: Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.

familiares ubiquen la etapa (psicológica) de cambio en la que se encuentra el paciente; fomentar conciencia de participación autocorrectiva en la enfermedad; desmitificar creencias desadaptativas del familiar en torno a su conducta adictiva; eliminar la culpa y asumir responsabilidad; fomentar la reeducación de los integrantes de la terapia: paciente y familiares, a menudo codependientes; promover la participación de los familiares en la preparación de la etapa de reestructuración de su familiar.<sup>11,15,19</sup> Su metodología fomenta el análisis y reflexión hacia las causas de su consumo y sus modalidades,

así como de sus consecuencias inmediatas, comorbilidad y complicaciones de la patología adictiva. Se trata de lograr un conocimiento experiencial significativo que sirva para la consolidación de su abstinencia y modificación de su problemática psicosocial. Al efecto, se realizan las entrevistas con el propósito de establecer la estrategia de soporte, comprensión y ayuda familiar a los internados. Por otro lado, se intenta desmitificar, informar y educar en torno de la enfermedad adictiva, y con base en el conocimiento verídico del problema, solicitar ayuda genuina y comprensiva para facilitar, y en su caso catalizar, el curso de la recuperación.<sup>18,34-36,57-60</sup> Los elementos en juego, paciente-técnica-terapeuta, serán los que permitan, de acuerdo con el espíritu del programa, apoyar al grupo de familias para que asuma su participación en dicha problemática y a responsabilizarse de su actuación de cambio sin culpa, en aras de cursar el mejor camino para la rehabilitación de los afectados.<sup>31,33,61-63</sup>

El círculo de lectura dirigida pretende fomentar el análisis y reflexión del grupo vía lectura y discusión de temas relativos a la etiopatogenia adictiva, causas del consumo y modalidades, consecuencias inmediatas, comorbilidad y complicaciones a largo plazo de su patología, con la finalidad de lograr un conocimiento aplicable a la consolidación de su abstinencia y la modificación de su problemática psicosocial. Es una actividad planeada cuyo enfoque desarrolla las vertientes informativo-educativa y preventiva (cuadro 14-21). La primera se incluye en el marco humanista, que no considera el tratamiento como un castigo ni lo sanciona moralmente; por el contrario, se suma a la información científica disponible en la materia. La segunda se agrega a la interpretación del esquema preventivo mundial, que explica la enfermedad como resultado de la interacción de agente-huésped-ambiente. Debido a ello, a la etiología de las adicciones se agregan la visión psiquiátrica y la

**Cuadro 14-20. Psicoterapia de grupos de familias y orientación. Acciones**

Modalidad informativo-educativa destinada a la construcción del equilibrio biopsicosocial, para un estilo duradero de vida saludable en pos de una mejor calidad de vida:

- Motiva a los familiares a participar en el cambio propio y de su familiar
- Impulsa y mantiene la alianza terapéutica
- Suministra información específica e induce a que los familiares ubiquen la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente
- Fomenta conciencia de participación autocorrectiva en la enfermedad
- Desmitifica creencias desadaptativas del familiar en torno a su conducta adictiva
- Elimina la culpa y fomenta la responsabilidad
- Reeduca a los integrantes: paciente y familiares, a menudo codependientes
- Promueve la participación de los familiares en la preparación de la etapa de reestructuración de su familiar

Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19; Souza y Machorro M: Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):206-208; Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.

### Cuadro 14-21. Círculo de lectura dirigida. Acciones

Análisis-reflexión de la etiopatogenia de consumo, modalidades, consecuencias y comorbilidad  
 Conocimiento experiencial significativo para consolidar abstinencia y modificación de la problemática psicosocial  
 Estrategia de soporte, comprensión y ayuda familiar a internados: desmitificación, información y educación sobre adicciones  
 Catalización de la recuperación, vía conocimiento verídico del problema. Paciente-técnica-terapeuta ayudan al grupo a responsabilizarse del cambio sin culpa y cursar el mejor camino rehabilitatorio  
 La visión psiquiátrico/psicoterapéutica y su abordaje son herramientas de comprensión y manejo de contención, afrontamiento profesional de la comorbilidad y reducción de las recaídas  
 La lectura dirigida informa y conduce las reflexiones que fomenta a la operación del modelo hacia la salud individual y familiar  
 La fuente es la noticia de prensa y otros materiales educativos de la lista temática del programa

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208; Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.

psicoterapéutica como herramientas de abordaje, comprensión y manejo de la contención, el afrontamiento profesional de la comorbilidad y la reducción de las recaídas del consumo de sustancias.<sup>57-63</sup> La lectura dirigida informa y conduce las reflexiones que fomenta a la operación del modelo hacia la salud individual, familiar y social. Su fuente es la noticia diaria de prensa y otros materiales literarios o educativos, como artículos seleccionados relacionados, además de la información sobre psicotrópicos y sus efectos, tomados de la lista temática del programa.<sup>11,15,19,64-67</sup>

En el cine-debate terapéutico el grupo analiza, bajo la coordinación del terapeuta (cuadro 14-22), la exposición de un material fílmico seleccionado y reflexiona acerca de los comentarios sobre las consecuencias inmediatas, y a largo plazo, de la patología adictiva, con vistas a lograr un conocimiento aplicable a la consolidación de su abstinencia y a la modificación de su problemática psicosocial.<sup>11,15,19,65-67</sup> Es una actividad planeada que refuerza las vertientes informativo-educativa y preventiva. Su fuente es el filme o el video, relacionados con el tema y su problemática, especialmente aquellos que muestran la solución práctica de los conflictos.<sup>11,15,19,65,66</sup>

Las actividades culturales, recreativas y deportivas, así como las sesiones de meditación, se llevan a cabo en

### Cuadro 14-22. Cine-debate terapéutico. Acciones

El grupo analiza, bajo la coordinación del terapeuta, la exposición del material fílmico seleccionado y reflexiona en los comentarios sobre las consecuencias inmediatas y mediatas de la patología adictiva  
 Conocimiento aplicable a la consolidación de la abstinencia y modificación de la problemática psicosocial  
 Actividad que refuerza las vertientes informativo-educativa y preventiva. Su fuente es el filme relacionado con el tema, como los que muestran solución práctica de conflictos y temas constructivos que se apegan al espíritu del programa

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208; Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.

forma dirigida al inicio, y más adelante, cuando ya se han evaluado los riesgos de cada paciente y se encuentran bajo control (alberca, gimnasio de pesas, etc.), se acepta su realización en forma libre y supervisada en el horario designado para ello, a efecto de no interrumpir ninguna de las actividades incluidas en el programa de manejo<sup>10,11</sup> (cuadro 14-23). Las sesiones de grupos de ayuda mutua se realizan al tenor del espíritu y reglamentos de AA, NA y otros grupos (cuadro 14-24), en combinación con un terapeuta responsable de promover una evolución favorable y congruente con el programa. Se supervisa el manejo farmacológico, el psicoterapéutico o ambos, y se favorece la realización de las recomendaciones emprendidas durante el manejo inicial, bajo la premisa de una abstinencia total, permanente y sin concesiones.<sup>10,11,14,18</sup> La promoción y difusión de actividades promocionales y educativas de la salud complementa las acciones programáticas descritas (cuadro 14-25).

### Cuadro 14-23. Actividades culturales, recreativas y deportivas. Acciones

Se llevan a cabo en forma dirigida al inicio (profesor de la especialidad) como ejercicio físico y como disciplina mental  
 Más adelante, evaluados los riesgos de cada paciente bajo control, se facilitan alberca, gimnasio de pesas, etc., dentro de las instalaciones  
 Se acepta su realización en forma libre y supervisada, en el horario respectivo, cuando no afecta otras actividades del programa

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5):326-330; Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208; Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.

### Cuadro 14-24. Sesiones de grupo de ayuda mutua. Acciones

- Se realizan al tenor del espíritu y reglamentos de AA, NA u otros grupos, en combinación con un terapeuta responsable de promover una evolución favorable y congruente con el programa
- Se supervisa el manejo farmacológico, el psicoterapéutico o ambos
- Se favorece la realización de las recomendaciones emprendidas durante el manejo inicial, bajo la premisa de una abstinencia total, permanente y sin concesiones

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M; Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

Promoción del programa en medios masivos de comunicación, participación en encuentros de tipo seminarios, talleres, congresos, etc., a nivel estatal-nacional e internacional; intercambio con expertos en la materia, con miembros de la red y demás interesados; realización de encuentros interinstitucionales entre los coordinadores del proyecto y otras poblaciones interesadas en el tema; presentación de resultados internos al sector salud y demás personas interesadas de la comunidad; publicación de resultados en revistas de la especialidad y diversas actividades del sector; edición de la revista científica de distribución local o nacional.<sup>14,10,18,58,65,66</sup> Con el esquema referido se pretende lograr: abstinencia de consumo de sustancias psicotrópicas y otras (automedicación), remisión sintomática total sostenida de 70% de la población atendida, consolidación de un mejor desarrollo individual, familiar y social, y apoyo a la reinserción comunitaria en forma participativa y productiva.

### Cuadro 14-25. Promoción y difusión. Acciones

- Promoción del programa en medios masivos de comunicación y participación en encuentros, talleres, congresos, seminarios, etc. (estatal, nacional e internacional)
- Intercambio con expertos, miembros de la red y realización de encuentros institucionales entre los coordinadores del proyecto
- Presentación de resultados internos, al sector salud y a personas interesadas de la comunidad
- Publicación de resultados en revistas de especialidad y otras actividades sectoriales
- Edición de la revista científica y su distribución

Souza y Machorro M: Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330; Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y iatrogenia en adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.

También se busca colaboración en la disminución de las cifras macrosociales de morbimortalidad asociada y otros problemas, como retraso de la edad de inicio en el consumo de psicotrópicos; disminución de los costos e incremento de los beneficios de los servicios de atención; mejoría de los sistemas diagnóstico-terapéuticos para los individuos abusadores/adictos; disminución de los episodios de violencia familiar asociada al consumo de sustancias; disminución de la morbimortalidad y complicaciones psicosociales ligadas a cualquier forma de consumo.<sup>10,11,14,18</sup>

Acorde con la intencionalidad correctiva que se señala, se hace imprescindible para el abordaje terapéutico de la adicción ética y la de otros psicotrópicos la utilización de un modelo profesional de abordaje, inclusivo e integral, que dé cuenta del problema: desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada (más de cinco años); que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos profesionales y paraprofesionales de los que se dispone, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad; esto es, sin excluir aquellos recursos útiles en la rehabilitación de los pacientes afectados y sus familias. Es preciso considerar que, como en cada entidad nosológica de los catálogos internacionales, los pacientes son distintos unos de otros y, precisamente por sus características *sui generis*, aunque sean parecidas entre sí, no son generalizables al grupo mórbico, ni ello autoriza a afirmar que los abusadores/adictos al alcohol sean todos iguales. Deben, por lo tanto, recibir la ayuda especializada en forma siempre personalizada.<sup>68</sup>

Asimismo, este abordaje terapéutico se consolida al complementarse con las actividades preventivas tal como lo establecen las Normas Oficiales Mexicanas para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999), para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994), la destinada a la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010 SSA2-93), y la del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998).

Esta última pretende: “Establecer y uniformar los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas”, e incluye entre otras acciones las dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que en su carácter obligatorio se constituye en una herramienta para los sectores

público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>16</sup>

El manejo profesional integral del abusador/adicto resulta exitoso en pocos casos a largo plazo (a partir de un año de evolución) si sólo se usa la forma ambulatoria de abordaje, se hace desde el inicio sin apoyarse en otros recursos correctivos (farmacológicos y psicoterapéuticos), informativos, educativos y reflexivos. Y tampoco es esperable que lo sea vía métodos que sólo producen impacto parcial sobre la multiplicidad de áreas afectadas.<sup>11,14-18</sup> Por lo tanto, la colaboración del paciente y su familia son capitales para la labor, y como han demostrado las investigaciones que siguen el curso de los tratamientos, se estima que la labor de postratamiento es la parte más importante del manejo.<sup>10,14,69-72</sup>

Cabe señalar que el presente programa se diseñó *ex profeso* para la creación de una clínica privada, la cual se encuentra en operación desde el 2 de mayo de 2003, en una antigua hacienda del siglo XVIII cuyo selecto predio fue arquitectónicamente remodelado *ad hoc*.<sup>73</sup> A consideración de los autores, sólo la experiencia de su operación cotidiana en la realidad clínica del ámbito profesional a largo plazo podrá documentar, o no, las características operativas del programa. De momento sólo se desea presentar el programa a modo de propuesta teórico-práctica con base en los datos derivados del conocimiento en la materia, mientras se realiza su evaluación ante las autoridades sanitarias correspondientes. No obstante, la revisión teórica y la experiencia que acompañan el diseño del programa y el funcionamiento tenido a la fecha ofrecen un aval de confianza a su evaluación y seguimiento que se constatará en el futuro. Los pacientes y sus familias podrán, empero, ser los protagonistas más autorizados para opinar sobre el curso de los acontecimientos, con base en su experiencia. Asimismo, los profesionales que participan en ello podrán disponer con esta propuesta de la experiencia de contar

con una versión de actividades que, en opinión de distintas autoridades locales y personalidades del lugar, no se había reunido en la región ni quizá en otros estados del país.

Fuera de los ámbitos institucionales oficiales no es común observar que se utilicen modelos profesionales de actualización continua, con estructuración y desarrollo de programas antiadictivos,<sup>31,68,74</sup> pues, además de las dificultades financieras, de planeación, operativas, etc., hay que vencer serios obstáculos, como la formación, evaluación y supervisión técnica formativa de tal personal<sup>10,11,14,18</sup> para permanecer dentro de la normatividad.<sup>1</sup>

La visión panorámica ofrecida en este esquema profesional de abordaje antiadictivo implica un tipo de terapéutica ubicada en el marco de procedimientos éticos,<sup>7</sup> deriva del conocimiento, la planeación y la evaluación, mas no del azar.

No obstante, aún restan por resolver otros importantes escollos, como el lenguaje metafórico empleado en los procedimientos médico-psicológicos y psiquiátricos, y el desfase conceptual entre ambas poblaciones: las que requieren manejo especializado a consecuencia de su particular condición y las que ofrecen su esfuerzo de trabajo. Esta diminuta pero eficaz circunstancia, sistemáticamente vista como “un detalle sin importancia”, no se ha superado a lo largo de los años, y limita *de facto* la adquisición de una misma comprensión del fenómeno, lo cual lógicamente entorpece la terapéutica.<sup>68</sup> Contra ello, una alternativa viable, exitosa por cierto en distintos países que la han desarrollado, es el subprograma de Educación para la Salud Mental, que, amén de informar a sus beneficiarios, ayuda a las comunidades a identificar adecuadamente sus necesidades, para que entiendan cuán afectados están y enfrenten por el bien de todos el manejo que tanto necesitan.<sup>6,10,11,18,26</sup>

## REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M: *Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones*. Simposio Panorama Actual, Políticas y Procedimientos Clínico-terapéuticos de las Adicciones. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
2. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, 2000.
3. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*, 1995.
4. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*, 1998.
5. Diario Oficial: *Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, 2000.
6. Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
7. Asociación Mundial de Psiquiatría: *Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires, 1998.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión*



- internacional de la clasificación de enfermedades. Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
9. World Health Organization: *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, WHO, 1993.
  10. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  11. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
  12. American Psychiatric Association (APA): Work group on substance use disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiat* 1995;152(suppl);2-59:3-5.
  13. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
  14. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. México, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
  15. **Souza y Machorro M:** *Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones*. Conferencia magistral. Ciclo de Conferencias ¡El futuro es nuestro! "La droga es muerte". I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 1999.
  16. **Levin FR, Bisaga, Kleber HD:** Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: presentes y prometedores. *Psiquiatría Salud Integral* 2002:35-45.
  17. **Souza y Machorro M:** *Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones*. Simposio Psiquiatría de Enlace y Adicciones. XVIII Congreso Nacional Retos y Perspectivas. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., Monterrey, 2003.
  18. **Souza y Machorro M:** *Programa general de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de adicciones*. San Dionisio, Ocotlán, 2003.
  19. **Chick J, Erickson CK:** Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(2):391-402.
  20. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso sobre adicciones para personal FINCA*. México, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 1999.
  21. **Carroll KM:** Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatría Salud Integral* 2002:46-53.
  22. **Souza y Machorro M:** *Psicoterapia psicodinámica de las adicciones*. Evento académico en memoria del Dr. Erich Fromm. Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 2002.
  23. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
  24. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BS, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
  25. **Mercado CG, Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ:** *La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto*. Trabajo presentado en el Simposio Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de vida. X Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México, SSA, 1999.
  26. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3):15-26.
  27. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso sobre adicciones para personal FINCA*. I Curso para la formación de orientadores en adicciones. Subdirección de Investigación y Enseñanza. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
  28. **Souza y Machorro M:** *La terapéutica de las adicciones y sus problemas*. IV Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones. El municipio, la sociedad civil y las organizaciones juveniles en la atención de las adicciones y Jornada de Enfoque Biomédico. *Liber@ddictus*, CONADIC, OPS, CIJ. México, 2003.
  29. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso para la formación de orientadores en adicciones*. México, Subdirección de Investigación y Enseñanza. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal, 1998.
  30. **Souza y Machorro M:** *Curso básico de adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. México, Gobierno del Distrito Federal, 2002.
  31. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14 (3):100-106.
  32. **Kosten TH:** Management of drug alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-1795.
  33. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.
  34. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
  35. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
  36. **Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
  37. **Prochaska J, DiClementi C, Norcross J:** In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992;98-104.
  38. **Prochaska JO:** Assessing the stages of change and decision-making. *Health Educ Q* 1993;20(4):455-470.
  39. **Miller NS, Guttman JC, Chawala S:** Integration of generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. *J Addict Dis* 1997;16(4):7-22.
  40. **Miller NS:** Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorder: interactions and dependent status. *J Addict Dis* 1993;12 (3):5-16.
  41. **Hoffman HF:** *A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. 2ª ed. Oxford University Press, 1983.
  42. **Koob GF:** Drug abuse and alcoholism. Overview. *Adv Pharmacol* 1998;42:969-967.

43. National Institute of Drug Abuse (NIDA): *Therapy manuals for drug addiction. A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Monograph Series No. 8. 1998:15-24.
44. **Schuckit MA**: A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 1994;55(1):5-17.
45. **Sanguinetti VR, Samuel SE**: Comorbid substance abuse and recovery from acute psychiatric relapse. *Hosp Community Psychiat* 1998;44(11):1073-1076.
46. **Spanagel R, Zieglansberger W**: Anticraving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci* 1997;18(2):54-59.
47. **Miller NS, Gold MS**: A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998;16(1):105-117.
48. **Gabell LL, Pearlsol JA**: Taking an effective sexual history. A first step in HIV/AIDS prevention. *J Fam Pract* 1993;37(2):185-187.
49. **Crown S**: Individual long-term psychotherapy. En: Bloch S: *Introduction to the psychotherapies*. Oxford University Press, 1979.
50. **Dazord A, Gerin P, Jahns J, Andreoli A**: Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Psychotherapy Res* 1991;1(2):135-147.
51. **Farrelly J, Joseph A**: Expressive therapies in a crisis intervention service. *Arts Psychother* 1991;18 (2):131-137.
52. **Gardfield SL, Bergin AE** (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1978.
53. **Glover E**: On etiology of drug-addiction. *Int J Psychoanal* 1962;12:298-328.
54. **Pellicer Y**: *Adicción a las drogas. Un modelo de sistema totalitario*. Trabajo del Simposio Internacional de Psiquiatría Social, XIV, No. 1, 1984.
55. **Silvers P**: A psychotherapeutic approach to substance abuse: preliminary observations. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993;19 (1):51-64.
56. **Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado GA**: Binomio SIDA-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(3):61-67.
57. **Souza y Machorro M**: *Simposium Aproximaciones y modelos para la prevención de la salud mental*. Comité Mexicano Pro-Salud Mental, A. C. IV Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Acapulco, 1985.
58. **Souza y Machorro M**: *Programa de capacitación de personal*. Coordinación de Salud Mental, Secretaría de Salud, SS y Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad. Procuraduría General de la República, 1998.
59. **Souza y Machorro M**: *I Curso Identificación y manejo inicial de los problemas médicos en el paciente adicto*. Hospital Xoco-FINCA. Gobierno del Distrito Federal, 1999.
60. **Souza y Machorro M**: *I Curso de adicciones para personal médico-psicológico de reclusorios*. Dirección General de Prevención y Readaptación Social, Secretaría de Gobernación, 1999.
61. **Souza y Machorro M**: *II Curso de adicciones para personal médico y psicológico de reclusorios*. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Secretaría de Gobernación, 2000.
62. **Souza y Machorro M**: *Curso básico de adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. México, Gobierno del Distrito Federal, 2002.
63. **Souza y Machorro M**: *Craving, psicoterapia y reinserción social del paciente adicto*. Simposium Bases Neurobiológicas de las Adicciones. IV Congreso Regional de la Zona Norte. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. y 1er. Congreso Regional. Asociación Psiquiátrica del Noroeste, A. C. "Nuestro camino al sincretismo". Monterrey, 2000.
64. **Souza y Machorro M**: *La educación para la salud mental de la población general y grupos específicos*. Memorias I Reunión sobre Investigación y Enseñanza. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982:142.
65. **Souza y Machorro M**: La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud Mental* 1984;7,7(2):19-23.
66. **Souza y Machorro M**: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
67. **Souza y Machorro M**: Educación sexual: una mirada retrospectiva. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:195-205.
68. **Souza y Machorro M**: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004: 25-46.
69. **Westreich L**: Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría Salud Integral* 2002:58-60.
70. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry: Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.
71. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE**: Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3): 239-248.
72. **Heinrich CJ, Lynn LE**: Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):601-622.
73. **Vasconcelos Beltrán R** (Cronista de la ciudad): El gobernador del Estado Lic. José Murat inauguró la Clínica Hacienda San Dionisio, en el municipio del mismo nombre. *El Imparcial* 2003;52(19):366 4B.
74. **Souza y Machorro M**: La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Soc* 2000;8:99-106.



## Evaluación de los programas antiadictivos

Las evaluaciones a los programas de atención a la salud realizadas por el sector salud se han dirigido a medir estructuras, procesos y resultados de servicios, programas y políticas. Se ha medido el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificado el impacto de los servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de salud y servicios de salud.<sup>1</sup> Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no necesariamente supone el éxito de un servicio, un programa o una política, y la suma de sus logros no necesariamente constituye un fiel reflejo del desempeño agregado de un sistema de salud. Los sistemas son, por definición, distintos de la suma de sus partes,<sup>1</sup> de modo que resulta necesario complementar las evaluaciones de los servicios, programas y políticas con evaluaciones dirigidas a medir el desempeño de los sistemas nacional y estatal de salud, lo cual significa cuantificar el grado en que se estén alcanzando los objetivos intermedios y finales de tales sistemas.<sup>1</sup>

En el sector salud en México, el marco conceptual para la evaluación de las acciones busca servir como referencia para distintos propósitos: evaluación de los servicios, programas y políticas; evaluación de los objetivos intermedios de los sistemas de salud y evaluación de los objetivos últimos de los sistemas de salud.<sup>2</sup> A partir de la opinión de diversas fuentes: organismos internacionales (OMS, OPS, OCDE), ministerios de salud e instituciones públicas de salud, firmas consultoras, iniciativas de carácter mixto, diversos grupos académicos y otros consultores,<sup>2</sup> los objetivos finales de los sistemas de salud son:

- a. Mejorar la salud de la población.
- b. Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud
- c. Garantizar la seguridad financiera en materia de salud.<sup>2</sup>

Se trata de objetivos intrínsecos, en tanto que son deseables en sí mismos.<sup>1,2</sup> La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Ello implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante el ciclo de vida, lo que supone contar con un sistema de salud efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados, haciéndose indeseable el procedimiento. El sistema de salud es responsable de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de quienes estén en peores condiciones. En tal sentido, debe ser equitativo.

Por otra parte, garantizar un trato adecuado significa ofrecer servicios de salud en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información: esto es válido en todo tipo de servicios (curativos, preventivos y de promoción de la salud). El trato digno supone, además, la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desee recibir la atención; disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud; esperar tiempos de espera razonables por una consulta o intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias, como

\* Díaz Barriga SL, Romero RR, Souza y MM, Quijano BEM, Guisa VM: *Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos*. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2005.

está considerado en la Ley General de Salud y su normatividad.<sup>3</sup> Finalmente, la seguridad financiera implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos —el que menos tenga que pague menos— y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud. De ahí que la seguridad en el financiamiento se mida evaluando el grado de progresividad del gasto en salud, calculando el porcentaje de hogares que cada año incurren en gastos catastróficos por atender la salud de sus miembros. Otros importantes objetivos de los sistemas de salud son la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos, entre otros. A estos objetivos se les ha denominado *instrumentales* porque son deseables en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado y la seguridad financiera; es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud.<sup>4</sup> Para Murray y Frenk,<sup>1</sup> los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas (figura 15-1):

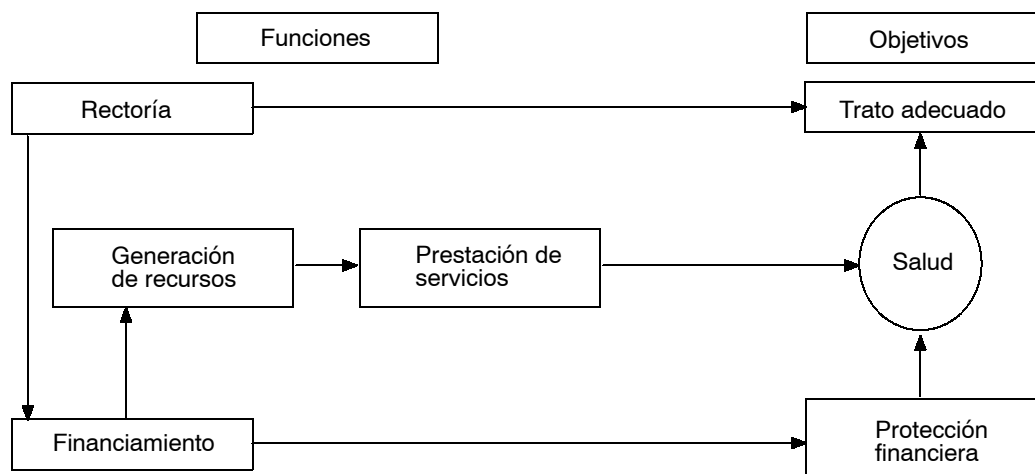
1. Prestación de servicios.
2. Financiamiento de dichos servicios.
3. Rectoría del sistema.
4. Generación de recursos para la salud.

En consecuencia, la evaluación en términos de los programas de salud es un procedimiento de análisis sistemático que juzga la pertinencia, la eficiencia, los progresos y los resultados de un sistema, una política, un programa o una serie de servicios específicos, además de una serie de conclusiones y propuestas de acción para el futuro. Se guía por un marco conceptual y metodológico

que determina la selección y generación de la información más relevante. Su objetivo es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos, y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado.<sup>5</sup>

De modo que la evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo de manejo: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas. Asimismo, identifica y consolida las mejores prácticas institucionales y es un instrumento de aprendizaje en la medida en que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas.<sup>5</sup> Como puede colegirse, en ausencia de evaluaciones sistemáticas y rigurosas, las instituciones de salud van a la deriva: reproducen inercias y vicios administrativos, desperdician recursos, logran resultados magros y deterioran su relación con los usuarios.

Ahora bien, la evaluación debe distinguirse de la supervisión o vigilancia, pues ésta implica la observación periódica y dinámica de una o varias actividades orientadas a conseguir un objetivo específico. La supervisión permite corregir y ajustar en el momento los insumos y los recursos necesarios para la consecución de las metas previstas. La evaluación, por su parte, cuantifica *ex post* el nivel de logro obtenido, poniendo en perspectiva todos aquellos elementos relevantes que se desplegaron en su consecución.<sup>1</sup> Las herramientas de la evaluación las dan los *criterios* y los *indicadores*. Los primeros son parámetros de la estructura, procesos y resultados de los servicios, programas, políticas o sistemas, que permiten hacer un juicio sobre la bondad de estos últimos, como



**Figura 15-1.** Funciones y objetivos de un sistema de salud. Murray C, Frenk J: A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO* 2000;78(6):717-731.

la suficiencia de recursos humanos en una unidad de cuidados intensivos (estructura); la realización de ciertos procedimientos esenciales en una consulta externa (proceso) o los daños a la salud en un programa de salud reproductiva (resultados). Tales variables permiten especificar la magnitud o frecuencia de esos parámetros de estructura, proceso o resultado, como el número de enfermeras por cama en una unidad de cuidados intensivos, la toma de la presión arterial en una consulta externa para adultos o el número de muertes maternas por unidad de población blanco.<sup>6</sup>

Tradicionalmente, las evaluaciones en el sector salud se ubicaban en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas. A través de indicadores simples se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados *objetivos de estructura y proceso de los servicios y programas* (disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios), así como el impacto de dichos servicios y programas sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, incidencia de diarreas, prevalencia de hipertensión, prevalencia de diabetes mellitus).

Pero, tal cumplimiento de metas de los servicios o programas no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud. Asimismo, el impacto positivo sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, morbilidad del sarampión), debido al fenómeno de los riesgos en competencia, no garantiza tampoco un impacto positivo sobre las condiciones agregadas de salud (mortalidad infantil, esperanza de vida). Por lo tanto, el reto es sumar a las evaluaciones de los servicios, programas y políticas, las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se estén alcanzando los objetivos intermedios y los objetivos últimos del sistema de salud.<sup>7</sup>

Para la definición de los *indicadores de seguimiento de los objetivos* intermedios y finales de los sistemas de salud se parte de dos conceptos. En el caso de los objetivos intermedios se toma la propuesta del *Canadian Institute for Health Information (CIHI)*.<sup>8</sup> En el caso de los objetivos finales, la propuesta de Murray y Frenk. El primero identificó tres ámbitos con fines de evaluación de su sistema de salud:

1. Determinantes de la salud.
2. Condiciones de salud.
3. Desempeño del sistema de salud.

El seguimiento de los determinantes de las condiciones de salud monitorea indicadores ambientales e indicadores de condiciones y estilos de vida; el relativo a las con-

diciones de salud utiliza indicadores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, y el seguimiento al desempeño del sistema utiliza indicadores de recursos, accesibilidad, cobertura, calidad y eficiencia. Estos tres grandes ámbitos se traslapan con los atributos deseables de los sistemas de salud; de ahí que los determinantes de las condiciones de salud se identifiquen sobre todo con el atributo de la anticipación. En el grupo de condiciones de salud se puede ubicar el atributo de la efectividad, y en el grupo del desempeño del sistema se ubican los atributos de la accesibilidad, la calidad, la eficiencia y la sustentabilidad (cuadro 15-1).

Para dar seguimiento a los determinantes de las condiciones de salud se sugieren los indicadores de anticipación, como los relacionados con estilos de vida (tabaquismo, alcoholismo, obesidad), de condiciones de vida (escolaridad, agua potable, infraestructura sanitaria) y de ambiente (aire, ambiente laboral). Para las condicio-

#### **Cuadro 15-1. Criterios de selección para la supervisión normativa**

1. Por solicitud expresa de la Dirección General o de las Direcciones Generales Adjuntas (normativa y operativa)
2. Unidades cuyo desempeño indique deficiencias o desviaciones en la normatividad del programa de prevención
3. Unidades que presenten omisiones o desviaciones en la observancia de las guías técnicas elaboradas para cada proyecto que conforme el Programa Atención Curativa de la institución
4. Unidades cuya fecha de última supervisión sea igual o mayor de dos años
5. Considerar actividades o proyectos que ameriten un seguimiento regular o frecuente para evaluar su desarrollo. Proyectos piloto de: a) prevención; b) tratamiento; c) investigación
6. Por solicitud de las mismas unidades debido a problemas o necesidades de orden normativo
7. Como respuesta a sugerencias emanadas de auditorías, con base en omisiones del cumplimiento de los lineamientos normativos
8. Unidades que muestren una deficiencia respecto al Sistema de Información Estadística de la institución
9. Como actividad de capacitación previa a la puesta en marcha de un nuevo proyecto de las áreas de prevención y tratamiento
10. Para complementar las supervisiones previas en las que se haya acordado efectuar un seguimiento a efecto de corregir omisiones y desviaciones
11. Otras

Modificado de: *Criterios de selección para la supervisión normativa a unidades de Centros de Integración Juvenil*. Dirección General Adjunta Normativa. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.

nes de salud se sugieren los indicadores de efectividad, como los relacionados con natalidad (tasa de fecundidad), morbilidad (IRAs, hipertensión), discapacidad y mortalidad (mortalidad infantil, mortalidad materna). Y para el desempeño del sistema se sugieren los indicadores de accesibilidad (abasto de medicamentos, atención del parto, control de vectores), calidad (tiempos de espera, certificación de unidades), eficiencia (consultas por consultorios, cirugías por quirófano) y sustentabilidad (gasto en salud).<sup>8</sup>

Existen otros dos atributos deseables que un sistema debe tener: de equidad y de perspectiva de género, entendida ésta desde la igualdad entre géneros, no sólo de la dignificación de uno de ellos. La equidad sería resultado de la evaluación de las brechas que puedan existir, entre los distintos grupos de población, en los valores de los indicadores de condiciones de salud, insumos y servicios. La perspectiva de género se obtendrá desagregando por género los valores de los indicadores que lo permitan, para alcanzar las ventajas de la consideración de Murray y Frenk.<sup>2</sup>

En el caso de las condiciones de salud, la OMS propone utilizar indicadores que resuman la mayor cantidad posible de eventos de atención a la salud. Dentro de los indicadores sintéticos por utilizar se incluyen la esperanza de vida saludable (EVISA), la esperanza de vida al nacer, la supervivencia de los menores de cinco años de edad y la mortalidad de los adultos.

En todos los casos, el indicador dará cuenta del nivel promedio alcanzado por la población bajo estudio, así como de su distribución entre los distintos grupos sociales<sup>6</sup> (cuadro 15-2). Para la evaluación del trato se sugiere utilizar el indicador propuesto por la OMS: índice de trato adecuado, que incluye los siguientes parámetros:

El desempeño es una medida relativa de eficiencia que compara el nivel de logro alcanzado en relación con los recursos empleados.<sup>4</sup> Así, en el caso de los indicadores de seguimiento a los objetivos intermedios, las comparaciones atienden los logros de sistemas subnacionales con condiciones estructurales similares, como entre sistemas de estados o provincias con niveles similares de desarrollo. Por último, para el caso de los indicadores de seguimiento a los objetivos finales, se utiliza una medida de desempeño de la OMS que toma en cuenta los recursos generales con los que cuenta cada unidad subnacional y los niveles de gasto en salud.<sup>1</sup>

A pesar de que el término *evaluación* se utiliza desde hace muchos años, el énfasis en la necesidad de efectuar evaluaciones detalladas de los programas de atención médica es relativamente reciente,<sup>9-13</sup> en especial en lo relativo a las adicciones.<sup>14-18</sup> De hecho, no existe mucha información científica en la literatura nacional respecto

de éstas.<sup>19,20</sup> Es posible que el limitado avance del procedimiento se encuentre asociado a las dificultades para diseñar un modelo práctico que permita superar los obstáculos entre teoría y praxis, debido a la carencia de criterios para que los conceptos y teorías formuladas abstractamente sean realmente operativas, y también a la falta de guías que ilustren las fases a través de las cuales se aplicarán tales criterios.<sup>21-23</sup>

“Evaluación” es un concepto vago que, si bien implica atribuir valor a algo, no especifica los mecanismos a través de los cuales se aplica este valor, así como tampoco los objetos por valorar ni su procedimiento. En México, esta actividad se utiliza en forma aislada e indiscriminada, debido a diversas situaciones, como la poca disponibilidad económica para impulsarla, la falta de una planeación y programación adecuadas, la insuficiencia de recursos humanos y la carencia de un sistema de información suficiente y oportuna.<sup>23</sup>

Desde el enfoque administrativo, la supervisión y la evaluación, elementos esenciales de la función de control, traducen “el establecimiento de un sistema operativo ágil e inmediato, para mantener ritmo y marcha de las acciones programadas, tendientes al logro de las metas y objetivos planteados para un programa”.<sup>24</sup> Dicho control se basa en un sistema de información diseñado de acuerdo con los programas, a efecto de uniformar las acciones, la forma de proporcionarlas y establecer responsabilidades de flujo y análisis de la información para la toma de decisiones de cada nivel directivo de la organización. Las medidas de control se justifican a partir de los beneficios que aportan; se cuantifica el beneficio en relación con el gasto en esfuerzo y dinero, sin que éste sea más costoso que lo que espera controlar (cuadro 15-2).

Las medidas deben reportar “las desviaciones significativas” respecto a planes y normas, las cuales deben ser claras y prácticas, vincularse con los lineamientos políticos institucionales, con los objetivos por alcanzar e incluir a todos los involucrados.<sup>25,26</sup> Por su parte, la supervisión se encarga de verificar que lo que se realice corresponda a las especificaciones señaladas en los programas, normas y manuales, permitiendo identificar las insuficiencias y desviaciones mientras se analizan las causas y se establecen las medidas pertinentes. Los productos de esta acción retroalimentan la fase directiva y consolidan el proceso, reafirmando o introduciendo ajustes y modificaciones que posibiliten mejorar y facilitar el trabajo a través de cuatro aspectos:

1. Cotejar el desarrollo de las actividades de acuerdo con lo previsto.
2. Informar sobre las condiciones en que se está efectuando el trabajo.

Cuadro 15-2. Atributos del sistema

Atributos del sistema	Grupos de indicadores		
	<b>Determinantes de las condiciones de salud</b>		
	<b>Estilos de vida</b>	<b>Condiciones de vida</b>	<b>Ambiente</b>
Anticipación	Tabaquismo Alcoholismo Obesidad	Agua potable Infraestructura sanitaria Escolaridad	Ambiente laboral Aire Agua Alimentos
	<b>Condiciones de salud</b>		
	<b>Morbilidad</b>	<b>Discapacidad</b>	<b>Mortalidad y natalidad</b>
	Hipertensión DM IRAs Diarreas	Discapacidades	Fecundidad EVN Mortalidad infantil Mortalidad materna Mortalidad por DM Mortalidad por cáncer
	<b>Desempeño del sistema de salud</b>		
	<b>Insumos</b>	<b>Servicios personales</b>	<b>Servicios no personales</b>
Accesibilidad	Medicamentos Camas Infraestructura Médicos	Atención prenatal Atención del parto Vacunación Planificación familiar Servicios de segundo nivel	Control de vectores Regulación sanitaria
	<b>Calidad técnica</b>	<b>Calidad interpersonal</b>	<b>Aceptabilidad</b>
Calidad	Infecciones posquirúrgicas Mortalidad intrahospitalaria Certificación de unidades y profesionales	Tiempo de espera Información al paciente Consentimiento informado	Satisfacción de los usuarios
	<b>Productividad</b>	<b>Eficiencia</b>	
Eficiencia	Consultas/médico Cirugías/quirófano	% gasto dedicado a administración	
	<b>Suficiencia del gasto</b>	<b>Equilibrio del gasto</b>	
Sustentabilidad	Gasto en salud % PIB Gasto público en salud como % del gasto público total Gasto <i>per capita</i> en salud	Gasto público/gasto privado Aportación federal/aportación estatal Gasto de atención curativa/gasto de atención preventiva	

Modificado de Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC, OPS, CE126/17, 2000.

3. Corregir las omisiones y desviaciones que se encuentren en el desarrollo del programa.
4. Proponer las medidas procedentes para solucionar los problemas detectados.

La supervisión deviene una función de responsabilidad directiva de importancia si se realiza como la prolongación de la autoridad hacia niveles de operación, con el propósito de apoyar y controlar los programas bajo su responsabilidad<sup>27</sup> (cuadro 15-1).

La evaluación constituye el argumento técnico, operativo y presupuestal de las acciones programadas, mediante un conjunto de mecanismos de información, y

tiene como finalidad retroalimentar el desarrollo de los programas, por lo que, en consecuencia, se convierte en una acción que debe iniciarse y establecerse funcionalmente desde la fase de programación. Aunque la obtención de datos cuantitativos continúa siendo objeto de un énfasis abrumador, tal actitud rara vez explica la compleja interrelación entre frecuencia, cantidad y los resultados que arrojan otros procedimientos de investigación (encuestas y otras investigaciones de medición cuantitativa).<sup>28,29</sup>

La interacción de los factores sociales, psicológicos y culturales aunados a los componentes políticos, religiosos, económicos y ambientales hace del proceso eva-



luativo una tarea compleja, y para muchas personas, difícil incluso de conceptualizar.<sup>23,30</sup> A fin de entender el *por qué* y no sólo el *cuánto*, se precisa examinar la interacción a través de un planteamiento metodológico de evaluación que integre técnicas cualitativo-cuantitativas para recoger y analizar la información, logrando así un amplio acopio de datos acerca del programa de que se trate. Es importante distinguir el proceso de evaluación administrativa de otro tipo de evaluación: la investigación evaluativa. Recientemente se ha despertado un creciente interés por realizar investigaciones en servicios de salud, con objeto de mejorar el estado actual de salud de la población.<sup>25,31</sup> Este tipo de investigación se define como “la actividad que permite obtener conocimientos sobre la estructura, los procesos y los resultados de la prestación de servicios de salud”.

La recolección de datos para la evaluación de programas difiere de la utilizada en la investigación social, en términos de objetivo. Las técnicas de investigación para éste no son claramente distintas o diferentes de la investigación social ordinaria. Su característica esencial estriba en que se trata de una investigación en ciencias sociales, enfocada en problemas de política sanitaria y de ejecución de programas de tipo médico. Cuando se combinan las técnicas de las ciencias sociales con el conocimiento de la atención médica, se hace posible efectuar una evaluación de la estructura, los procesos y los resultados con aceptable confiabilidad, aun conociendo las limitaciones inherentes a los métodos sociales, conjuntamente con las limitaciones del método científico sobre los productos de la atención. La realidad de la estructura administrativa actual contempla la evaluación como parte integral de los programas de atención para la salud.

De modo que una organización administrativa que no incluya un proceso evaluativo de las actividades orientadas a mejorar el estado de salud de la población bien podría describirse como una estructura de carácter meramente operativo.<sup>25,31-33</sup> Además, existen referencias que aluden de una forma u otra al proceso de evaluación de los programas de salud y cuyos conceptos van desde aseveraciones sencillas, como “más una actividad mental que un proceso tecnológico” o “un proceso que contribuye a la ejecución y logro de los objetivos planteados para un programa específico”, hasta referencias más complejas: “la medición sistemática de cualquier cambio en un estado o situación dada dentro de un periodo específico, que se verifica como resultado de las actividades realizadas para alcanzar un objetivo determinado”.<sup>33,35</sup>

La OMS la define como “un proceso permanente encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones, con el fin de aumentar la pertinencia, la eficiencia

y eficacia de las actividades de salud”.<sup>33</sup> Como puede apreciarse, la evaluación aplicable a la calidad de la atención médica requiere enfoques teóricos más congruentes con los objetivos por lograr, como “el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio, mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de servicios y de la institución; también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal”; o bien: “un proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos”.<sup>36-40</sup>

El vocablo “evaluación” se distingue a su vez de “avalúo” (apreciación) y “valorización” (estimación). Ambos, usados como términos más generales aún, connotan la extracción de conclusiones para el examen de una situación o de sus elementos constitutivos. En consecuencia, evaluación es un tipo de avalúo y valorización. En todo procedimiento evaluativo es indispensable la asignación de un juicio de valor referido a una meta o norma de operación. Cuando la evaluación se relaciona con el logro de una meta o cifra de referencia, resulta sencillo asignar un juicio numérico en cifras absolutas o relativas.

Pero cuando se trata de evaluar conceptos relativos a la calidad de la atención médica, paramédica o de servicios proporcionados por profesionales de la salud mental, la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo, explícito o implícito, conlleva una tendencia a asignar a los elementos de la atención médica valores numéricos eminentemente cualitativos.

En tal condición, se corre el riesgo de asignar cifras por arriba o por abajo de lo justo en forma inadvertida, sobre todo si se utiliza un criterio incorrecto. También existe el peligro de asignar un valor arbitrario, superior o inferior, en forma prejuiciada. Por lo tanto, en materia de adicciones, la evaluación es un procedimiento sistemático a través del cual se practica la medición y comparación de las actividades y sus resultados en la consecución de los objetivos y metas de un programa específico.<sup>23,25</sup> Y sin acuerdo en cuanto al significado del concepto y de varias definiciones acerca de la evaluación, se plantea la necesidad de hacer un esfuerzo académico para delimitar y unificar criterios.<sup>23,25</sup>

Otro asunto destacado en el tema es el referente a los criterios evaluativos que participan en la mejoría de los programas de salud y en la determinación de la infraestructura necesaria para su ejecución, así como en la orientación de la distribución de los recursos entre las actividades emprendidas o por realizar. La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente, con miras a fomentar el mejoramiento de las actividades en curso, y para el fomento de una planificación más satisfactoria, mediante una selección rigurosa, entre las posibilidades de acción futura.

La responsabilidad de la evaluación recae en las personas y grupos responsables de organizar y aplicar el proceso de gestión para el desarrollo general de salud en los ámbitos interesados, basados en ciertos indicadores (variables que facilitan la determinación de las modificaciones realizadas) y criterios (normas a través de las cuales se miden las distintas acciones). Por lo tanto, ha de basarse en una información válida, pertinente y sensible, y sus procedimientos deben aplicarse de manera sensata, adaptados a las circunstancias en las que vayan a emplearse. De ahí que se parta de:

- a. Especificación del tema de la evaluación.
- b. Obtención de la información necesaria, elementos ambos que interaccionan con el resto.
- c. Verificación de la pertinencia.
- d. Evaluación de la suficiencia.
- e. Examen de los progresos.
- f. Evaluación de la eficiencia.
- g. Evaluación de la eficacia.
- h. Evaluación de los efectos.
- i. Conclusiones y formulación de propuestas de acción futura. La frecuencia con que pueden ser aplicados será variable e irá desde intervalos relativamente cortos para la evaluación de los progresos y la eficiencia, hasta intervalos más largos para la evaluación de la eficiencia y los efectos.

La información respecto a los criterios para la evaluación de la efectividad de los programas deriva de los seis postulados del modelo de Deniston:<sup>27</sup>

1. **Propiedad.** Importancia de los problemas específicos seleccionados para la programación, que mantienen relación directa con las razones propuestas para adoptar decisiones de salud, en consonancia con la política socioeconómica del país. Se alude a componentes como magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los problemas identificados durante la fase de programación y planeación.

2. **Adecuación.** Los objetivos de un programa se orientan a eliminar los problemas que dieron lugar a su formulación. Una alta adecuación implica que el problema fue solucionado en su totalidad, y por ello los programas deben plantear objetivos a corto, mediano y largo plazo; o bien, restringir la amplitud del objetivo de modo que su cumplimiento se logre con los recursos disponibles.
3. **Eficacia.** Expresión de los efectos que se desea obtener de un programa o servicio para reducir la importancia de un problema de salud o mejorarlo a través del otorgamiento de servicios. Una situación sanitaria deficiente determina, por lo tanto, la medida en que se han logrado los objetivos y metas como resultado de la ejecución de las actividades. La evaluación de la eficacia sirve para mejorar la formulación de un programa, o las funciones y la estructura de los servicios, mediante el análisis de la medida en que se han alcanzado los objetivos planteados. De ser posible, esta medida debe expresarse en términos cuantitativos; de lo contrario, deberá procederse a un análisis cualitativo de la pertinencia y rendimiento de la labor realizada, hasta que se disponga de un método más preciso de medición. Se define también como el beneficio o utilidad que reciben los usuarios a partir de los servicios recibidos, y comprende el grado de satisfacción o insatisfacción expresado por la colectividad ante los efectos de un programa. Asimismo, debe evaluarse la relación costo-eficacia y efectuarse un análisis de la relación costo-beneficio.
4. **Eficiencia.** Relación entre los resultados obtenidos de un programa y los medios empleados en su realización (humanos, financieros, de tiempo y técnicas de salud). Tiene por objeto mejorar la ejecución, observar los procesos, la propiedad de los planes de operación, la calendarización de actividades, los métodos aplicados, el personal empleado, la suficiencia y el empleo de recursos financieros, con objeto de mejorarlos a un costo menor. De manera esquemática, la eficiencia equivale a la calidad del servicio, entendida como la relación entre los componentes cualitativos y cuantitativos de los programas o acciones inherentes al proceso de evaluación. Y a nivel más complejo, atributos como continuidad, coordinación y compañerismo participan decisivamente en el concepto de calidad.
5. **Costo y calidad.** Dada su relación, podría obtenerse igual calidad de atención a costo menor, o lograr un nivel más alto de calidad al mismo costo, si la atención se produjera más eficientemente, eliminando la atención innecesaria y la lesiva.

**6. Efectividad.** Influencia o impacto general del programa o servicio; es útil identificar los cambios necesarios para reorientar los programas de salud. Este criterio alude también a los resultados y beneficios que recibe la población en relación con los objetivos previamente establecidos. Así, la evaluación del impacto del programa en la comunidad tiene ciertas particularidades: que el efecto se mide a largo plazo y que se puede incluir una población más amplia que la que se benefició directamente del programa.<sup>23,25</sup>

Ahora bien, tratándose de la evaluación y los programas antiadictivos, existe una amplia necesidad de contar con programas y servicios específicos que atiendan dicha problemática. Tal necesidad ha sido, por cierto, la condición más significativa para la creación de organizaciones e instituciones destinadas a su manejo. Desde su inicio, se consideró necesario crear y justificar los programas, pero sin tomar en cuenta la posibilidad de efectuar una evaluación formal del grado de cumplimiento y avance de los objetivos y metas formulados en las etapas de planeación y programación. Es por ello que las evaluaciones de los programas de tratamiento en adicciones se han practicado aisladamente, sin que existan la unidad y la secuencia necesarias para hacer válido el proceso evaluativo. Tampoco se han realizado intentos formales para determinar los modelos y criterios de evaluación más viables para su aplicación institucional. Es probable que continúe la actitud de rechazo a su práctica, toda vez que se requiere empezar por definir y diseñar los procedimientos que demuestren la conveniencia y viabilidad de los programas, posición que entraña el cuestionamiento sobre la existencia de profesionales dedicados a la evaluación con entrenamiento formal o, en su defecto, de si los evaluadores son personas cuyas circunstancias los colocan en esta clase de actividad y luego aprenden la función evaluatoria.

El concepto de procedimiento evaluativo referido a las unidades que proporcionan servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación de adicciones debe considerarse una actividad prioritaria en el interior de un sistema, donde los componentes constituyen los elementos sobresalientes del programa. Al tratar de determinar los aspectos que han de evaluarse en este campo, no es posible hacer una mención simplista y concluir afirmando que se utilizarán criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, ya que esta proposición obliga a pensar en las características de las unidades y centros que realizan este tipo de acciones, así como en la toma de decisiones, que en buena medida determina la variedad y el tipo de actividades dirigidas a la población objetivo de los ser-

vicios.<sup>23,25</sup> Es importante tomar en cuenta que los objetivos y metas por alcanzar con un programa pueden ser válidos para uno o varios centros de atención, sin que ello signifique que sean de igual valor o repercusión para otros, aun con características semejantes.

La evaluación de los centros que realizan actividades tendientes a disminuir la prevalencia e incidencia del abuso/adicción a psicotrópicos, así como los trastornos asociados a su consumo y comórbidos, requiere un examen minucioso que delimite si sus actividades primordiales son de prevención, de desintoxicación, de tratamiento y rehabilitación residencial o ambulatoria, o bien, si aglutinan varias de esas características. Antes de practicar la evaluación, es importante determinar cuáles son los componentes del programa por evaluar, y enfocar la acción a los aspectos más relevantes, de modo que los resultados proporcionen una información específica y no un acopio de datos que resulten poco valiosos e ilustrativos de los componentes del programa evaluado. Así, la evaluación de las unidades de internamiento que otorgan servicios para pacientes adictos a psicotrópicos (cocaína u opiáceos) requiere un examen minucioso que especifique si sus actividades primordiales están realmente orientadas a disminuir o suprimir el consumo de estas sustancias, dado que son filosofías programáticas distintas.<sup>17,19</sup>

En tales casos, la evaluación se dirige esencialmente a tres aspectos:

1. Logro de la abstinencia.
2. Plan de prevención de las recaídas y mantenimiento de la abstinencia productiva por un mínimo de un año.
3. Continuación del manejo psicoterapéutico de reestructuración de la personalidad, con una psicoterapia psicodinámicamente orientada.<sup>41,42</sup>

El énfasis de la evaluación en unidades de internamiento recae también en aspectos como alimentación, vestido, cuidado y vigilancia, tratamiento de trastornos mentales coexistentes, promedio de estancia hospitalaria, número de ingresos y egresos y gasto total *per capita*.<sup>43,44</sup> Una evaluación encaminada a los aspectos particulares del tratamiento destaca el diagnóstico y uso de psicofármacos para el logro y mantenimiento de la abstinencia, así como el reforzamiento de la eficacia psicoterapéutica.<sup>23,25</sup> Se toman además en consideración otros aspectos, como la forma en que el paciente se conduce en la comunidad tras su egreso hospitalario, las relaciones familiares, interpersonales y laborales, así como el costo implícito de contar con los recursos humanos que proporcionen esta información. Por ejemplo, en los casos en que se pretenda que una evaluación

sea lo más completa posible, debe considerarse la medida en que se haya cumplido el objetivo final del programa. Si éste persigue disminuir la incidencia del uso y abuso de drogas, la tarea consistirá en realizar una determinación cuantitativo-cualitativa de los logros obtenidos durante el periodo, disponiendo de información suficiente y clasificada, de manera que puedan efectuarse las mediciones pertinentes.<sup>23,25</sup>

Un enfoque clásico de evaluación es el de Donabedian, referente al acopio de información a partir de los componentes de un programa.<sup>31</sup> Este modelo, ampliamente utilizado pese a las modificaciones practicadas por los distintos investigadores, consta de tres niveles:

1. **Evaluación de la estructura.** Enumeración de los recursos disponibles para la realización de actividades preventivas y de tratamiento:
  - a. Descripción de la estructura administrativa para la ejecución del programa.
  - b. Descripción de las instalaciones y equipo empleado (características técnicas del equipo, edificios o áreas físicas destinadas al cumplimiento de las actividades de acuerdo con las normas establecidas para su realización, etc.).
  - c. Información y enumeración del personal empleado en las distintas categorías para la praxis del programa. Su formación y experiencia son datos relevantes del perfil profesional.
2. **Evaluación de los procesos.** Examen de los factores que facilitan o inhiben el cumplimiento de actividades preventivas o de tratamiento. Denota el interés que se tiene en la evaluación de los procedimientos a través de los cuales realizan sus actividades los equipos de salud. En el análisis de los procesos se deben considerar las actividades realizadas por los perfiles profesionales participantes en el otorgamiento de la atención especializada. Se persigue establecer el grado de competencia de los profesionales de esta materia a través de los documentos que integran el expediente clínico: entrevista de evaluación inicial, historia clínica, estudio social, diagnóstico psicodinámico y diagnósticos descriptivo y nosológico multiaxial (DSM-IV-TR o CIE-10),<sup>45,46</sup> acorde con la normatividad.<sup>3</sup> Se incluye además la descripción del tratamiento impartido y las acciones encaminadas al proceso de rehabilitación y seguimiento a largo plazo; se agregan los estudios psicológicos practicados y el reporte de los resultados, así como los resultados obtenidos a través de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas. La evaluación de los procesos se vincula estrechamente con la utilización

de los servicios, demanda de éstos por parte de los usuarios, cantidad de actividades realizadas y grado de productividad de cada uno de los integrantes de los equipos de salud.

3. **Evaluación de resultados.** Revela las condiciones de adicción de un individuo o de una comunidad como consecuencia de los efectos de un programa elaborado ex profeso para contender con tal situación. La atención dedicada al análisis de resultados destaca la mejoría del nivel de adicción (disminución del consumo y de sus consecuencias, abandono intermitente del consumo o abstinencia) y el grado de satisfacción que muestran los usuarios por los servicios recibidos.

Este tipo de evaluación representa la medida en que se han cumplido los objetivos del programa, reflejando a su vez el grado de participación de los elementos confluente a la prestación de servicios, incluidos los usuarios. La evaluación de los resultados en el campo del manejo antiadictivo representa un serio reto, puesto que ha de efectuarse a través de ciertos indicadores. Para decidir cuáles son los más útiles en el análisis de los resultados, es necesario apegarse a los objetivos del programa; establecer prioridades; determinar los indicadores que posibiliten medir la situación objetivo y los cambios generados en el programa. Es indispensable disponer de un sistema estadístico efectivo de información, susceptible de aportar la información necesaria para lograr la meta. Por ello, al efectuar un análisis con base en indicadores, nunca deberá omitirse el contexto que los genera, ya que podría conducir a la emisión de juicios parciales o inapropiados. Su empleo permite justificar las necesidades de creación o ampliación de unidades de atención, ya que su utilidad depende de las siguientes características:

1. **Objetividad:** capacidad de obtener resultados iguales en circunstancias análogas.
2. **Sensibilidad:** capacidad de captar con oportunidad los cambios que se presentan en determinadas situaciones.
3. **Especificidad:** capacidad de reflejar los cambios ocurridos en situaciones definidas.
4. **Representatividad:** disposición de la capacidad para hacer referencia a la totalidad del universo en estudio.
5. **Precisión y confiabilidad:** capacidad de expresar con exactitud la realidad que se pretende medir y someter a una prueba de validez.
6. **Uniformidad y mensurabilidad:** debe ser fácilmente comparable, oportuna, operacional y económica en su construcción.<sup>23,25</sup>

Los indicadores para actividades de tratamiento, como el tipo y el número, varían de acuerdo con el programa o servicio por evaluar, y se diseñan para cumplir con el propósito previsto (promedio de consultas otorgadas por perfil profesional, en relación con el total de horas-profesional contratadas; porcentaje de consultas en relación con el total de consultas programadas; porcentaje de consultas por diagnóstico realizado; promedio de consultas por paciente en relación con la duración normatizada para la modalidad terapéutica; costo unitario por consulta otorgada en relación con el tiempo normatizado; costo unitario estimado por egreso en relación con la duración normatizada para la modalidad terapéutica; porcentaje del presupuesto invertido en acciones de atención curativa en relación al total de presupuesto autorizado; porcentaje de población atendida de actividades curativas, en relación con el total de población del área de influencia).

Existe una gran variedad de indicadores que evalúan los componentes de un programa, así como de los servicios que otorgan las unidades; su diseño guarda estrecha relación con la situación que se va a evaluar cualitativamente, de acuerdo con los criterios mencionados.

Las situaciones susceptibles de ser evaluadas a través de indicadores especiales son:

1. Disminución o suspensión del consumo de una(s) droga(s).
2. Reconocimiento de las causas que dieron origen al abuso/adicción.
3. Ejecución de alternativas de mantenimiento de la abstinencia.
4. Disminución o eliminación de conductas patógenas o actos antisociales durante el último año.
5. Evitación de conductas de riesgo.
6. Asignación de más tiempo a los estudios o actividades laborales.
7. Disminución o eliminación de problemas médicos o legales asociados al abuso/adicción de psicotrópicos.
8. Reducción del grado de insatisfacción social y personal.
9. Mejoría en la dinámica de las relaciones familiares.
10. Disposición de dinero para gastos personales eficaces, entre otros.<sup>23,25</sup>

La evaluación de programas y servicios antiadictivos dispone además de otros modelos:

1. **Administrativo.** Este enfoque destaca la propiedad y viabilidad de la estructura administrativa, aspectos operativos, eficiencia del manejo admi-

nistrativo, cantidad de servicios proporcionados y la relación entre demanda y requerimiento de servicios por parte de la comunidad. Para efectuar una evaluación lo más completa posible, se requiere que la información obtenida sea mensurable, para determinar la cantidad de servicios ofrecidos y la productividad del personal. Tales elementos pueden combinarse con un análisis del número de unidades instaladas para una población determinada. La conjunción de los datos recolectados permitirá conocer la eficiencia operativa de la organización, del programa y las facilidades para su realización. Demuestra que la estructura permite ofrecer buenos servicios de prevención y tratamiento, pero no demuestra cómo se ofrecen; define el funcionamiento administrativo, pero descuida el proceso de ejecución de las actividades. Es probable que un buen servicio sea el resultado de una buena estructura; sin embargo, esta proposición está sujeta a ser demostrada, particularmente entre organizaciones e instituciones que ofrecen servicios antiadictivos.

2. **Proceso de atención.** Compara la calidad de los servicios con las medidas de tipo estándar de la práctica profesional. Destaca el criterio de propiedad por medio del cual la población objetivo de los servicios selecciona ciertas variantes asignadas a un tipo de tratamiento farmacológico, familiar, psicoterapéutico, etc. Toma en cuenta la efectividad del servicio proporcionado: diagnóstico, tratamiento, consultas subsecuentes, etc. La evaluación del proceso requiere medidas estándar para su realización; sin embargo, no existe un acuerdo general que indique cuáles son las medidas aceptadas dentro de la práctica diaria, aun para aspectos tan básicos como la elección de un tratamiento psicofarmacológico, de terapia familiar, de psicoterapia individual o grupal. Esta dificultad, aunada a otros problemas de tipo práctico, sigue propiciando que esta variante de evaluación sea poco empleada.

3. **Consumidor-evaluación.** Destaca las opiniones de los usuarios sobre los servicios otorgados; tiene su origen en la investigación de mercados, y desde esta perspectiva, las unidades que otorgan servicios en adicciones son consideradas como productos por ser evaluados por sus consumidores. La aceptación de los servicios por la comunidad es un factor determinante que indica el nivel de utilización y la necesidad de crear unidades de atención. La satisfacción de los "clientes" es un indicador importante del aprovechamiento de las unidades

y su objetivo final. Los métodos de investigación son directos y de costo reducido, ya que los datos necesarios para la evaluación se obtienen a partir de entrevistas y cuestionarios. Un aspecto colateral por considerar para la validación de este modelo es la elaboración de un cuestionario comprensible para la población derechohabiente. Pero la investigación *per se* no debe sugerir la calidad del servicio y el que los usuarios no puedan alterar los resultados a causa de una reacción transferencial positiva o negativa, ni por desconocimiento de los elementos que conforman un programa de servicios.

4. **Eficacia.** Enfatiza los tratamientos impartidos y los resultados de estas acciones. El principal problema para el uso de este modelo es la dificultad de seleccionar los criterios para medir la relación —siempre subjetiva— entre las acciones terapéuticas y los resultados obtenidos en el manejo de pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos. Para determinar la eficacia de las acciones de tratamiento y su resultado se emplean diversos instrumentos de medición, como el PSE (*Psychiatric Status Schedule*) y el LFS (*Level of Functioning Scale*), instrumentos que aún mantienen características particulares que dificultan su aplicación en la población mexicana, lo que cuestiona su factibilidad para efectuar una evaluación.
5. **Impacto comunitario.** Resalta la influencia de los programas y unidades que proporcionan servicios terapéuticos en la comunidad en que se realizan. Pretende obtener información relacionada con el conocimiento que sobre adicciones tenga la comunidad, así como su nivel de salud. Pero es difícil determinar el grado de salud que tiene una comunidad en materia de adicciones si se considera la escasez de recursos humanos y las pocas instituciones que cuentan con instalaciones de servicios suficientes para dar respuesta a esta problemática.<sup>23,25</sup>

Otro ángulo importante por considerar en esta discusión es el monitoreo de la evolución del tratamiento como la parte más importante del manejo.<sup>47,48</sup> No obstante la evolución de sus propósitos, objetivos, métodos y recursos a lo largo de los años, ha producido análisis que, lamentablemente, no siempre son comparativos.<sup>49</sup> Además, debido a las características del padecimiento, los pacientes tienden a retornar al consumo, comorbilidad y consecuencias.<sup>49-58</sup> Y aunque las dificultades técnico-económicas para establecer datos precisos se dificultan por distintos motivos, se ha logrado cierto atisbo sobre

la cuestión central del asunto: qué tan buenos resultados se obtienen a largo plazo —y de cuánto es éste— tras el manejo de los pacientes adictos —residenciales o ambulatorios—, especialmente en ámbitos donde no se permite el consumo.<sup>49</sup>

Actualmente existe la tendencia a asignar una mayor apertura al manejo antiadictivo, y cerca de 90% de los ambientes terapéuticos prefieren la modalidad ambulatoria, quizá promovida por la dificultad económica y el costo-beneficio reportado.<sup>58-61</sup> Tal escenario observa ahora más cuidadosamente las necesidades de la sociedad frente a las características especiales del abusador/adicto y sus demandas.<sup>62</sup> Por lo tanto, surge el cuestionamiento: ¿qué tanto participan los pacientes en su tratamiento?, ¿son capaces de colaborar a reducir su consumo mejorando su salud y su función comunitaria, y disminuir la amenaza que en cierto momento representan para la sociedad? La respuesta a estas interrogantes requiere enfoques alternativos que evalúen la eficacia del proceso y, de modo especial, el curso postterapéutico de los adictos.<sup>47,48</sup>

El Esquema de Monitoreo de la Recuperación de McLellan<sup>49</sup> es un ejemplo de reunión de las medidas tradicionales de evaluación de los programas antiadictivos y la observación de la evolución de los casos, cuyo enfoque integra ventajas:

1. Evaluación más precisa y detallada de la evolución del tratamiento ambulatorio destinada a investigadores y administradores de los servicios de salud desde el punto de vista clínico y social, respecto de los cambios deseables esperados (abstinencia y prevención de recaídas, logro y mantenimiento del empleo, menor tasa delincencial, etc.).
2. Información programada con visión temporal —para clínicos y supervisores clínicos— más relevante en torno al nivel individual de cada paciente, para dar cuenta de las características del proceso benéfico adquirido<sup>60-62</sup> esperable de los tratamientos antiadictivos.<sup>17-19,54,63</sup> Pero he aquí que existen múltiples expectativas acerca del beneficio del manejo antiadictivo. Para el paciente, y de modo especial para muchos directores o supervisores de programas que representan los puntos de vista de la sociedad, eficacia en el manejo antiadictivo es “la habilidad para reducir los problemas vinculados al consumo de psicotrópicos, que frecuentemente limitan la función individual y que son a menudo costosos a los sistemas de salud, en tanto problema de salud pública de alta preocupación social”.<sup>43,44,54,63</sup>

Pero como la reducción del consumo de psicotrópicos por sí misma no basta para lograr y mantener mejoría en la salud individual y social,<sup>42-44</sup> los criterios de evaluación de los programas terapéuticos deben reunir ambas partes, paciente y sociedad:

1. **Reducción del consumo de alcohol y drogas:** lograda esta meta es posible esperar otros indicadores de mejoría.
2. **Incremento en la salud individual:** mejoría de los aspectos medicopsiquiátricos como decisivos indicadores de calidad de vida de los pacientes, que a menudo se asocian a inapropiada utilización de los sistemas de salud (salas de emergencia).
3. **Mejoría respecto de la función social de las personas:** cuando se logra mejoría en el trabajo y las relaciones familiares, se “disparan” mecanismos de estabilidad que apoyan las medidas de prevención de recaídas.
4. **Reducción de la amenaza contra la salud y la seguridad pública:** las conductas que diseminan infecciones u otras enfermedades se asocian por lo general con delincuencia y conductas antisociales que conllevan riesgos públicos. La adherencia terapéutica y su satisfacción respecto del manejo son medidas regulares de la eficacia de los servicios de salud, más allá de las mediciones en que participan los pacientes (reducción del número de síntomas y reducción de la calidad afectante de éstos), en casos donde se aprecia claramente consumo de alcohol y otros psicotrópicos, y donde se mejora la función individual y social de la salud.<sup>64-67</sup> La evolución positiva de la patología adictiva y su comorbilidad debe ser pertinente y vigilada, pues, como en otros trastornos, amenaza la salud pública.<sup>43,44</sup> La mayoría de las expectativas sociales acerca de tales programas se centra en el beneficio a largo plazo: lograr y conservar el trabajo, eliminar las conductas delictivas y alcanzar mejoría clínica general de los involucrados, como propósitos esenciales de los programas.<sup>49,68,69</sup>

En tal contexto destacan en los últimos años ciertos cambios conceptuales acerca de las adicciones y su tratamiento, modificaciones en torno al concepto de enfermedad adictiva y su significado y, por ende, de su manejo en tres conceptos esenciales: tratamiento antiadictivo, curación y alta. Muchas de las expectativas sociales acerca del internamiento se han tornado modelo de rehabilitación-orientación; continúa cambiando la denominación genérica para referirse a los tópicos del

abuso/adicción entre profesionales,<sup>68-70</sup> e incluso se reconoce —aunque no completamente— la patología adictiva en términos de enfermedad y no de vicio.<sup>68,71-73</sup> De alguna forma se han alcanzado expectativas terapéuticas y asumido la finitud de las acciones, el tipo, duración de la terapia y su intensidad, reasignado las medicaciones y los servicios más adecuados a estos pacientes, para persuadirlos de asumir su papel. Entre los pacientes, la exigencia es simplemente “entender la lección” que brinda la enfermedad y consolidar una información veraz y cierto conocimiento, para cambiar el camino.<sup>44</sup> La expectativa explícita se dirige a considerar que una vez recibido el manejo y logrado el externamiento o la mejoría que supone el recibir el alta, el egresado ha de continuar su recuperación por un amplio lapso *activo*, dedicado a la prevención de recaídas y al logro de sus propósitos individuales, al menos por los próximos 6 a 12 meses. Mientras que algunas personas consideran que ésta es una posición extrema, los métodos para evaluar la eficacia del manejo antiadictivo no brindan otra posición mejor.<sup>49</sup> Se recomienda que la expectativa de manejo a largo plazo se instile desde el inicio y se continúe hasta la recuperación total, que en la mayoría de los pacientes no ocurre antes de cinco años.<sup>43,49,50,53,54,73-83</sup> Cabe enfatizar que las medidas de la evolución terapéutica se apoyan en la evolución posterior, durante la fase de postratamiento, pieza central de la evaluación del éxito de los programas.<sup>51,55,83-86</sup> Ésta, por cierto, a menudo decepciona la expectativa social-individual ingenua o mal informada,<sup>73,86-88</sup> pues entre 50 y 60% de los egresados —sin tomar en cuenta las características del egreso o tipo(s) de sustancia(s)— reingresan a tratamiento tras seis meses del manejo.<sup>51,52,55,76,87-91</sup> De modo que la interpretación simplista que ignore todos los factores participantes, que hacen del manejo antiadictivo una empresa difícil, dirá que el tratamiento ha sido ineficaz.<sup>19,42,49</sup> Por lo tanto, se estima más razonable considerar la trayectoria de una carrera adictiva que el análisis simple de los efectos de un episodio terapéutico.<sup>92-95</sup> Los investigadores, al comparar otras áreas de la medicina, intentan explicar la refractariedad terapéutica de los abusadores/adictos de modo parecido a otros padecimientos crónicos (diabetes, asma e hipertensión, etc.).<sup>97-100</sup>

No obstante las semejanzas encontradas entre las enfermedades físicas y las adicciones, el manejo de unas y otras resulta muy distinto.<sup>41-44,99,100</sup>

De hecho, los investigadores refirieron que la eficacia de estas intervenciones evalúa realmente síntomas de enfermedad de los pacientes, salud general y función social, pero sólo durante el curso del tratamiento antes del egreso, sin considerar que un porcentaje más o me-

nos elevado de los casos tendrán recaídas en su evolución.<sup>43,44,49,93,95</sup>

Del mismo modo, los psicoterapeutas evaluaron enfermedades mentales (depresión, ansiedad y ciertas fobias), desarrollando medidas durante el manejo respecto del cambio de los síntomas en favor de un estado funcional.<sup>100-103</sup> Por un lado, cabe señalar que no todos los casos de adicciones requieren cuidado crónico, ya que muchos individuos son capaces de funcionar bien con poco o ningún tratamiento;<sup>104-107</sup> por otro, están documentadas las tasas de recaída tras el manejo.<sup>108-113</sup> En un estudio nacional realizado en EUA en 1997, casi la mitad de los pacientes fueron readmitidos a tratamiento; poco más de la mitad (54%) recayeron en los primeros dos años, y 44% regresaron a tratamiento tres años después de su admisión inicial.<sup>114</sup> No obstante, destaca un hecho documentado: que episodios más largos de manejo predicen mejores resultados a largo plazo.<sup>107,108</sup> Pero aquellos que han tenido más de una admisión previa, o patologías psiquiátricas y sociales significativas simultáneas, tienen mayor riesgo de recaída y regreso a tratamiento.<sup>84,109-112</sup> Y si los individuos que recaen son adictos crónicos, la mejora significativa respecto del consumo, su salud y su función social pueden ser sólo previsible mientras se mantengan en alguna forma de tratamiento o cuidado, como su participación en grupos de ayuda mutua.<sup>43,49,74</sup>

Complementan esta visión otros cambios socioasistenciales respecto al modo de asignar el manejo.<sup>84,112</sup> La situación actual impulsa el manejo ambulatorio y éste, a su vez, incrementa el interés hacia el concepto de hospital parcial o de día, con miras a centrar el manejo en la consulta externa.<sup>58-60</sup> Todo ello impacta la evaluación de las actividades y los conceptos sobre la patología adictiva, dado que el manejo de uno y otro ámbitos es muy distinto. El residencial se identifica con encarcelamiento, encierro, castigo, pérdida del trabajo, reducción de beneficios sociales, etc., por lo que la mayor parte de los programas residenciales asignan cuidado y continuación a los objetivos terapéuticos de modo más intenso y constante a los casos que lo ameritan.<sup>113</sup> Existe hoy en día un amplio interés en comparar los esquemas de evaluación tradicionales con otros enfoques, para determinar su costo-beneficio<sup>114</sup> con miras a responder a las preguntas acerca de cuánto duran los efectos del tratamiento y cuál es el nivel de ajuste que logran los pacientes que lo reciben.

Pero la recuperación no sólo proviene del método terapéutico, sino de la participación efectiva del paciente, para lo cual no pueden esperarse porcentajes superiores a 70% sin realizarse periódica y sorpresivamente exámenes de *antidoping* que descarten el consumo reciente;

comprobar actividad laboral y eliminar arrestos y conflictos sociolegales, policiales, etc.<sup>51,53,114-117</sup>

La evaluación posterapéutica es cada vez más sofisticada metodológicamente, eficiente y clara, pero también más difícil de realizar y más costosa.<sup>118,119</sup> Pero, dada la gran necesidad de información clínica relevante y rápida para la toma de decisiones acerca de la capacidad terapéutica para mantener la salud personal y su adecuación sociolaboral, se dedican importantes esfuerzos a la continuación del manejo residencial y ambulatorio, con procedimientos de vigilancia, acciones de supervisión periódica y la participación en grupos de ayuda mutua. Tienen menor tasa de recaída quienes participan en acciones postratamiento que quienes no las continúan.<sup>49,119-122</sup> Ello demuestra la necesidad clínica del monitoreo constante a lo largo del tiempo<sup>74,87,123-126</sup> y, por otra parte, evidencia la falta de ayuda proveniente de procedimientos psicoterapéuticos ambulatorios,<sup>44,93</sup> que, enfocados en las necesidades del paciente,<sup>41,42,126-128</sup> propician una reacción significativa individual, destinada a favorecer y mantener los cambios. Los criterios e indicadores al efecto derivan teórica y prácticamente de la sintomatología, el análisis de la relación terapéutica y la interpretación del papel social ocurrido entre sesiones; éstos son fáciles de reunir e interpretar y suficientemente sensibles para ser indicativos del estado emocional del paciente.<sup>41,42,129-132</sup>

En suma, los conceptos, definiciones, criterios y multiplicidad de modelos utilizados en el proceso de evaluación ofrecen un abanico de posibilidades de actuación. La diferencia de opiniones, enfoques y propósitos aporta una variedad de enfoques que ahondan en el conocimiento procedimental y destacan los aspectos preponderantes sujetos a evaluación, ya sea que se trate de evaluar los programas antiadictivos o las unidades donde se otorgan los servicios.<sup>135-139</sup> Quedan muchos asuntos por resolver en cuanto a las medidas terapéuticas (medicación, psicoterapia y demás servicios) disponibles en la actualidad. Cada paciente es un abanico de circunstancias que deben tenerse en cuenta en su manejo, continuación a largo plazo y, de modo especial, en su evaluación.<sup>43,44,133</sup> La contribución regular *ad hoc* de informes relevantes sobre la interpretación de cada uno de ellos permitirá resolver las preguntas que integren de modo sistemático un adecuado abordaje clínico.<sup>41-44,47,49,134</sup>

Mientras que la integración a nivel nacional de los esfuerzos terapéuticos contra las adicciones continúa avanzando por sendero productivo, es deseable que cada organización e institución dedicada a la atención de este problema realice su evaluación y conozca la eficacia real de sus intervenciones. Mucho se apreciaría



que el marco conceptual ofrecido y las consideraciones para la evaluación de los programas aquí vertidas contribuyeran a realizar —en beneficio de todos— una mejor y más adecuada evaluación de los programas anti-

adictivos que tanta falta hacen para construir una idea más real y acabada acerca del funcionamiento y características de los programas en marcha y sus respectivos resultados.

## REFERENCIAS

1. **Knowles JC, Leighen C, Stinson W:** Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. Washington, Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, 1997.
2. **Murray C, Frenk J:** A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO* 2000;78(6):717-731.
3. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Adicciones, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(3):23-36.
4. **Bettcher DW, Sapirie S, Goond EHT:** Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q* 1998;51:45-54.
5. **Hsiao WC, Roberts MJ, Berman PA, Reich MR:** Criterios de evaluación de los sistemas de salud. En: Hsiao WC, Roberts MJ, Berman PA, Reich MR: *Encauzando la reforma del sector salud*. Santiago de Chile, Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, 2001:61-86.
6. Organización Panamericana de la Salud: *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, OPS, CE126/17, 2000.
7. Partnership for Health Reform (PHR): *Project Final Report 1995-2001*. Bethesda, Partnership for Health Reform, Abt Associates, 2001.
8. Canadian Institute for Health Information (CIHI): *Health indicators framework*. Ottawa, 2001.
9. **Sells SB:** Issues in the evaluation of drug abuse treatment. *Professional Psychology* 1977;8(4):609-640.
10. **Simpson DD, Savage LJ, Lloyd MR:** *Evaluation of drug abuse treatments: based on first year follow-up*. U. S. Government & Military Agencies. National Institute on Drug Abuse: Services Research Monographs No. 1978;78-701108.
11. **Penk WE, Robinowitz R:** Measuring psychosocial aspects of treatment outcome among compulsive drug users. *J Clin Psychology* 1978;34(1):222-229.
12. **Jaffe JH:** *Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art*. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph Series, Mono 5113-28, 1984.
13. **McLellan AT, Weisner C:** Achieving the public health potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment “matching” and outcome evaluation. En: Bickel W, De Grandpre R (eds.): *Drug policy and human nature*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996:127-154.
14. **Leshner A:** Drug abuse and addiction treatment research: the next generation. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(8):691-694.
15. **Kraft MK, Rothbard AB, Trevor R, McLellan AT, David A:** Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997; 154(9):1214-1219.
16. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
17. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
18. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.
19. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
20. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz Barriga SL:** *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
21. **Thall PF, Millikan RE, Sung HE:** Evaluating multiple treatment courses in clinical trials. *Statistics Med* 2000; 19(1): 1011-1028.
22. **Dennis ML, Scott CK, Funk R:** An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation Program Planning* 2003;26(3):339-352.
23. **Díaz Barriga SL:** *Conceptos fundamentales de evaluación y su aplicación en el ámbito de la farmacodependencia*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1994.
24. Secretaría de Salud (SSa): *La supervisión en el contexto administrativo*. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, SSa, 1987.
25. **Díaz BSL:** El proceso de evaluación. Una revisión bibliográfica. *Salud Mental* 1985;8(2):11-16.
26. **González CE:** El control administrativo en las instituciones de salud. *Salud Públ Méx* 1982;24:553-541.
27. **Deniston OL, Rosentock IN, Getting VA:** Evaluation of program effectiveness. *Public Health Rep* 1968:323-332.
28. Centros de Integración Juvenil, A. C.: *Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa*. Serie Investigaciones. México, 1989.
29. **Donabedian A:** La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Públ Méx* 1990;32(2):17-25.
30. **Andrade SJ, Shedlin MG, Bonilla CE:** *Métodos cualitativos para la evaluación de programas*. EUA, The Pathfinder Foundation, 1987.
31. **Donabedian A:** Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Foundation Quart* 1966;44:166-206.
32. **Aguirre GH:** Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Públ Méx* 1991;33(6):35-42.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Evaluación de los programas de salud*. Serie “Salud para Todos”. Ginebra, OMS, 1981.
34. **Martí TJL, Murcia GM:** *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Barcelona, Herder, 1987.
35. **Littlestone R:** Planning. En: Feldman S (ed.): *The administration of mental health services*. Springfield, Charles C. Thomas, 1981.
36. Secretaría de Salud (SSa): *Indicadores básicos para la pres-*

- tación de servicios de salud mental. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, SSA, 1988.
37. **Lebow J:** Models for evaluating services at community mental health centers. *Hosp Comm Psych* 1982;33:1010-1014.
  38. U. S. Department of Health and Human Services: *Measurements in prevention*. DHHS Publication, 1993; No. (SMA) 93-2041.
  39. **Ruiz de Chávez M:** Los sistemas de evaluación en el sector salud. Límites para su desarrollo. *Salud Púb Méx* 1981; XXIII:199-206.
  40. **Ruiz de Chávez M et al.:** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Púb Méx* 1990;32(2):156-169.
  41. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
  42. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
  43. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  44. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC, 2004: 25-46.
  45. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. 4ª ed. Washington, 2001.
  46. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. 5. Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  47. **Kamenczak A, Chrostek MJ, Kroch S, Groszek B:** Preliminary evaluation of methadone program. *Kraków Przegl Lek* 2000;57(10):525-530.
  48. **Chowdhury WA:** An evaluation of follow-up program for drug addict patients. *Mymensingh Med J* 2002;11(2):116-118.
  49. **McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J:** Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 2005;100(1):447-458.
  50. **Emrick CD:** A review of psychologically oriented treatments for alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of. En: Armor DJ, Polich JM, Stambul HB: *Alcoholism and treatment*. Santa Monica, RAND Corporation Press, 1976.
  51. **Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER:** *Drug abuse treatment: a national study of effectiveness*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1989.
  52. **Gerstein D, Harwood H (eds.):** *Treating drug problems*. Vol. 1. Washington, National Academy Press, 1990.
  53. **McLellan AT, Grissom G, Alterman AI, Brill P, O'Brien CP:** Substance abuse treatment in the private setting: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993;10(1):243-254.
  54. **McLellan AT, Weisner C:** Achieving the public health potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment 'matching' and outcome evaluation. En: Bickel W, DeGrandpre R (eds.): *Drug policy and human nature*. Filadelfia, Wilkins and Wilkins, 1996.
  55. **Finney JW, Hahn AC, Moos RH:** The effectiveness of in-patient and out-patient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 1996;91(5):1773-1796.
  56. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *J Studies Alcohol* 1997;58(1): 7-29.
  57. **McKusick D, Mark T, Edward D, Harwood HR, Buck J et al.:** Spending for mental health and substance abuse treatment. *Health Affairs* 1998;17:147-157.
  58. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Office of Applied Studies. National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2000 data on substance abuse treatment facilities. DHHS publication No. SMA 02 3668. Rockville, US Government Printing Office, 2002.
  59. **Simpson DD:** A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3):268-280.
  60. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Washington, Substance Abuse and Mental Health Services, 2002.
  61. **McLellan AT, Carise D, Kleber HD:** Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *J Subst Abuse Treat* 2003;25(1):117-121.
  62. **Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K:** Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288: 1775-1779.
  63. **Orleans CT, Schoenback VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA et al.:** Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp & Community Psychiatry* 1989;40(2):1025-1030.
  64. Food and Drug Administration (FDA): *Compliance policy guidelines, 21 CFR 310*. Washington, Associate Commissioner for Regulatory Affairs, 1980.
  65. **Stewart RG, Ware JG:** *The medical outcomes study*. Santa Monica, The Rand Corp. Press, 1989.
  66. **Wagner E, Austin BT, von Korff M:** Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;74: 511-544.
  67. **McLellan AT, McKay J:** Components of successful addiction treatment: what does research say? En: Graham AW, Schultz T (eds): *Principles of addiction medicine*. 2ª ed. Chicago, University of Chicago Press, 1998.
  68. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas antiadictivos. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2):166-179.
  69. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
  70. **Souza y Machorro M, Quijano BE, Reséndez RR, Arroyo PF, Quintanilla BJ et al.:** *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud*. Subdirección de Hospitalización y proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
  71. **Musto DF:** *The American disease: the origins of narcotic control*. New Haven, Yale University Press, 1973.
  72. **White W:** *Slaying the dragon: the history of addiction treat-*

- ment and recovery in America. Bloomington, Chestnut Health Systems, 1998.
73. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2002;2(1):25-27.
  74. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
  75. **McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA:** Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(1):620-628.
  76. **McLellan AT, Grissom G, Alterman AI, Brill P, O'Brien CP:** Substance abuse treatment in the private setting: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993;10(1):243-254.
  77. **Simpson DD, Joe GW, Brown BS:** Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997;11:294-301.
  78. **Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S:** Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Dependence* 2001;62(2):255-264.
  79. **Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, Oslin DW:** Predicting treatment response in naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001;10:258-268.
  80. **Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS:** What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996;91:S155-172.
  81. **Vielva I, Iraurgi I:** Cognitive and behavioral factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001;96:297-303.
  82. **Hartz DT, Frederick OSL:** Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:269-276.
  83. **Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan Iscan E:** Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clin North Am* 2003;26(2):36-72.
  84. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.
  85. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE:** Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29:239-248.
  86. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):601-622.
  87. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
  88. **Miller WR, Hester RK:** The effectiveness of alcoholism treatment methods: what research reveals. En: Miller WR, Heather N (eds.): *Treating addictive behaviors: process of change*. Nueva York, Plenum Press, 1986.
  89. Institute of Medicine: *Bridging the gap between practice and research: forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. Washington, National Academy Press, 1998.
  90. **McLellan AT:** The outcomes movement in substance abuse treatment: comments, concerns and criticisms. En: Sorenson J, Rawson (eds.): *Drug abuse treatment through collaboration: practice and research partnerships that work*. Washington, American Psychological Association Press, 2002.
  91. **Hunt WA, Barnett LW, Branch LG:** Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971;27(5):455-456.
  92. **McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MR, O'Brien CP et al.:** Continuing care for cocaine dependence: comprehensive 2-year outcomes. *J Cons Clin Psychol* 1999; 67:420-427.
  93. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
  94. **McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Ratichek S, Morrison R et al.:** The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12 month outcomes. *J Cons Clin Psychol* 2004;72:969-979.
  95. **Souza y Machorro M:** *Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones*. liber@dicitus 2004:12-20.
  96. **Anglin MD, Grella C, Longshore D, Prendergast ML:** Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *J Subst Abuse Treatment* 1997;14(3):543-558.
  97. **Hser Y, Anglin MD, Grella C, Longshore D, Prendergast ML:** Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *J Subst Abuse Treatment* 14:543-558.
  98. **Hser YI, Grella CE, Chou CP, Anglin MD:** *Relationship between drug treatment careers and outcomes: findings from the National Drug Abuse Treatment Outcome Study*. Evaluation Review. 1998;22:496-519.
  99. **Lewis DC:** The role of the generalist in the care of the substance-abusing patient. *Med Clin North Am* 1997;81:831-843.
  100. **O'Brien CP, McLellan AT:** Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996;347:237-240.
  101. **McLellan AT, Durell J:** Evaluating substance abuse and psychiatric treatments: conceptual and methodological considerations. En: Sederer L (ed.): *Outcomes assessment in clinical practice*. Nueva York, Williams & Wilkins, 1995.
  102. **McLellan AT, O'Brien CP, Lewis DL, Kleber HD:** Drug addiction as a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000;284:1689-1695.
  103. **Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K:** Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288: 1775-1779.
  104. **Wagner E, Austin BT, Von Korff M:** Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;74: 511-544.
  105. **Lambert MJ, Brown GS:** Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clin Psychol Sci Pract* 1996;3:172-178.
  106. **Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE:** Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Cons Clin Psychol* 2001;69(2):159-172.
  107. **Winick C:** Maturing out of narcotic addiction. *Bull Narcotics* 1962;14:1-7.
  108. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL, Guisa CVM:** Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):619-634.

109. **Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB, Agrawal S, Gavin DR et al.:** Fostering selfchange among problem-drinkers: a proactive community intervention. *Addictive Behavior* 1996;21:817-833.
110. **Orleans CT, Schoenback VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA et al.:** Self-help quit smoking interventions: effects of self help materials, social support instructions and telephone counseling. *J Cons Clin Psychol* 1991;59(1):439-448.
111. **Toneatto T, Sobell LC, Sobell MB, Rubel E:** Natural recovery from cocaine dependence. *Psychol Addict Behav* 1999; 13:259-268.
112. **McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA:** Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Arch Gen Psychiat* 1983;40:620-628.
113. **Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossipklein DJ:** Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta analytic review of evidence. *Health Educ Res* 1996;11: 243-257.
114. **Grella CE, Hser Y, Hsieh S:** Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *J Subst Abuse Treat* 2003;25(1):145-154.
115. **Simpson DD, Joe GW, Broome KM:** A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(1):538-544.
116. **Simpson DD:** A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3):268-280.
117. National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. NIH publication No. 00-4180. Rockville, NIDA, 1999.
118. **Horgan C, Merrick E:** Financing of substance abuse treatment services. En: Galanter M (ed.): *Recent developments in alcoholism*. Vol. 15. Services Research in the Era of Managed Care. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001.
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): *1997 Uniform Facility Data Set (UFDS)*. Data on Substance Abuse Treatment Facilities, DHHS publication No. SMA 99-3314. Washington, US Government Printing Office, 1997.
120. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
121. **Beutler LE:** Comparisons among quality assurance systems: from outcome assessment to clinical utility. *J Cons Clin Psychol* 2001;69:197-204.
122. **Gerstein D, Harwood H:** *Treating drug problems*. Vol. 1. Washington, National Academy Press, 1990.
123. **Finney JW, Hahn AC, Moos RH:** The effectiveness of in-patient and out-patient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 1996;91: 1773-1796.
124. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Studies Alcohol* 1997; 8:7-29.
125. **Simpson DD, Joe GW, Broome KM:** A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:538-544.
126. **Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S:** Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Dependence* 2001;62:255-264.
127. **Scott C, White W:** Ethical issues in the conduct of longitudinal studies of addiction treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:254-269.
128. **Simpson DD:** A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2004;27:268-280.
129. **Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W:** Optimizing the cost effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addict Behav* 1999;24(1):17-35.
130. **Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passetti L:** Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *J Subst Abuse Treat* 2002;23(5):21-32.
131. **Hser Y, Humphreys K, Tucker JA:** Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 2002;97(1):126-132.
132. **Garnick DW, Lee M, Chalk M, Gastfriend D, Horgan CM et al.:** Establishing the feasibility of performance measures for alcohol and other drugs. *J Subst Abuse Treat* 2002;45(3): 124-131.
133. **Collins LM, Murphy SA, Bierman KA:** A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevent Sci* 2004;5(1):185-196.
134. **Garnick DW, Lee M, Chalk M, Gastfriend D, Horgan CM et al.:** Establishing the feasibility of performance measures for alcohol and other drugs. *J Subst Abuse Treat* 2002;45: 124-131.
135. **Howard KI, Moras K, Bril P, Martinovich Z, Lutz W:** Efficacy, effectiveness and patient progress. *Am Psychologist* 1996;51:1059-1064.
136. **Lambert MJ, Brown GS:** Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clin Psychology Sci Pract* 1996;3:172-178.
137. **Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE:** Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:159-172.
138. **McKay JR, Merikle E, Mulvaney FD, Weiss RV:** Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction* 2001;96:213-225.
139. **Murphy SA:** Optimal dynamic treatment regimes. *J Royal Statistical Soc* 2003;Series B 65:331-366.



## Integración nacional de la terapéutica antiadictiva

La presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas ha sido y es prácticamente un asunto cotidiano en cualquier sociedad. Su continua presencia, ampliamente documentada en la mayoría de las culturas, ha exhibido, no obstante, importantes variaciones en cuanto a los tipos de drogas, patrones de uso, funciones individuales y sociales, y más en particular en relación con las respuestas que las sociedades han ido mostrando a través del tiempo.<sup>1</sup> El abuso tanto como la dependencia de psicotrópicos incluye las más diversas prácticas sociales (consumo tipo ritual/cultural, médico/terapéutico, social/recreacional o bien ocupacional/funcional). Pero lo que más llama la atención en ese punto es la ambivalencia social hacia las sustancias adictivas, la cual encuentra su mejor expresión en el antiguo vocablo griego *pharmakon*, que significa indistintamente medicina y veneno, es decir, lo que cura o salva o bien quita la vida.<sup>1</sup>

Los patrones tradicionales de consumo de drogas han desaparecido con el tiempo y el contexto, y las formas de consumo actualmente son otras —un tanto más diversas—, debido probablemente a las transformaciones y conflictos geopolíticos y económicos, aunados a los intereses y ramificaciones de la producción y distribución internacional de sustancias, que contribuyen a que tal consumo adquiera un carácter particularmente enajenante y desintegrador. Pero lo que imprime una especificidad e importancia relevante al tema de las adicciones en la actualidad es la forma en que se presentan los patrones de producción y distribución de drogas a nivel mundial, sus efectos a nivel económico, social y en la salud vinculados a los psicotrópicos, así como su carác-

ter ilícito, su impacto en las instituciones y la trascendencia del tema, en la agenda y relación política entre los gobiernos.<sup>1</sup> De modo que no es admisible considerar el fenómeno de las drogas ilícitas fuera del contexto del desarrollo de modelos económicos, tecnológicos, sociales y políticos contemporáneos, de la creciente globalización y sus consecuencias en la comunicación y en la patente transformación de estilos de vida y valores tradicionales.<sup>1</sup> Al manejo agudo de los síndromes de intoxicación y abstinencia, problema de suyo complejo, se agregan las dificultades de su continuación a largo plazo, base de la recuperación y clave del tratamiento antiadictivo, sin el cual simplemente no se puede hablar de manejo integral del problema.<sup>2</sup> Se ha documentado que una parte importante de ello se refiere al manejo médico-psiquiátrico de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos, a la par del manejo del abuso/adicción a éstos, especialmente cuando esta problemática deriva de la administración endovenosa y es múltiple, pues incrementa considerablemente las tasas de abstinencia en los pacientes<sup>3</sup> y requiere supervisión profesional a largo plazo, a efecto de garantizar el posible cambio actitudinal requerido para el mantenimiento productivo de la abstinencia.<sup>4-9</sup>

Por otro lado, la preferencia hacia ciertos psicotrópicos presenta una dinámica particular, así como los manejos que en respuesta a tan severa problemática ofrecen los distintos gobiernos a través del tiempo. Desafortunadamente, esta preferencia ha estado guiada con frecuencia por pugnas morales y políticas, en lugar de basarse en el conocimiento veraz que propicia la infor-

\* Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz Barriga SL: *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.

mación científica acerca de los efectos sobre la salud, los impactos sociales y los riesgos individuales específicos que cada tipo de sustancia suscita.<sup>1</sup>

Tal conocimiento, puesto al alcance de la sociedad, permitirá que se considere franca y directamente el problema y que se produzcan cambios de conducta duraderos en las personas y grupos; aunque la historia indica claramente que el consumo de drogas difícilmente va a desaparecer por completo, se podría, por lo menos en el corto plazo, detener su crecimiento y disminuir las graves consecuencias que hoy todos presencian.<sup>1</sup>

Para dar una idea de la importancia del problema adictivo y su impacto en el ámbito de influencia médica, como referente concreto y mensurable de ciertas acciones, considérese que, de los pacientes atendidos en servicios de urgencias, más de 31% de ellos reúnen los criterios clínicos requeridos para el diagnóstico de adicción a psicotrópicos. Por ello, llama la atención que aun bajo tales circunstancias no se apliquen adecuadamente los instrumentos clínicos necesarios, como la historia clínica para adicciones, destinada a una adecuada determinación diagnóstica. De ahí que tales manejos —de corte sintomático— de la crisis aguda (que no constituyen por sí mismos un tratamiento enfocado a la rehabilitación, y muy rara vez ayudan a los pacientes a consolidar una abstinencia duradera) deban ser considerados tan sólo como la primera etapa de cualquier programa de tratamiento encaminado a posibilitar la abstinencia y la recuperación. Y además, tales maniobras requieren supervisión clínica estrecha y la conveniente aplicación de los criterios internacionales al efecto y las recomendaciones de tratamiento.<sup>2,10-13</sup> En tal contexto, a cualquier miembro del equipo de salud le es evidente la deficiencia operacional y la equívoca referencia de pacientes que padecen de algún problema relacionado con el abuso/adicción a psicotrópicos, misma que sólo con fines aclaratorios en esta comunicación insta a enunciar ambos grupos de trastornos vinculados al consumo, con miras a visualizar esquemáticamente el amplio espectro que abarca el campo de estudio de la patología adictiva y la complejidad que se desprende para su manejo:

- a. Los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias, entre otros).
- b. Los trastornos por consumo de psicotrópicos propiamente tales (dependencia y abuso),<sup>14</sup> amén de la comorbilidad psiquiátrica que regularmente los acompaña. Otra observación pertinente al respecto

es la que alude a un problema relativamente antiguo, aunque contemporizado, que ocurre pese a la multiplicidad de esfuerzos oficiales desplegados en el campo a lo largo de más de tres decenios, y que se patentiza en la ambigüedad mostrada en los programas de tratamiento de las distintas organizaciones del país involucradas en el manejo de las adicciones.<sup>15</sup>

Se trata de la diferencia conceptual mostrada respecto de ciertos conceptos esenciales sobre la función del tratamiento como tal y el manejo de las adicciones: automedicación; uso de sustancias de uso médico; mal uso; abuso; dependencia (adicción)<sup>2</sup> y, de modo más especial, tratamiento<sup>16</sup> en términos profesionales, esto es, sin alusión a castigo ni consideración o involucramiento punitivo alguno.<sup>17,18</sup> Sería muy conveniente esclarecer tales conceptos operativos de actuación cotidiana, como el referente al diagnóstico, entre otros muchos, antes de desencadenar cualquier acción correctiva, ya que, cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más acertada será la estrategia terapéutica.<sup>19</sup>

Los distintos sistemas de tratamiento profesional para las adicciones que operan en el mundo, como los realizados en España, Eslovenia, Australia, Lituania, Tailandia e Inglaterra, descritos en las guías de planificación y aplicación de la ONUDD,<sup>20</sup> construyen y orientan sus programas de reducción de la demanda de consumo<sup>20</sup> aplicando las acciones recomendadas por los comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la materia,<sup>21</sup> cuyos propósitos se ubican en el amplio margen secuencial de abarcar todos los aspectos de la prevención (que, observados en un espectro evolutivo, van desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas) y buscan incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social, y brindar pronta ayuda y accesos a los servicios de quienes lo soliciten. De modo que los objetivos y las metas de tales programas a menudo confluyen en sus propósitos, debido fundamentalmente, a la participación de dos tipos de factores convergentes:

- a. La filosofía que emplean para su operación.<sup>22</sup>
- b. Las características de la oferta de servicios que usan, mismos que son a menudo semejantes, aunque interpreten de distinto modo, en algunos aspectos, las recomendaciones internacionales.<sup>18,22</sup>

Por lo que concierne a la filosofía de la terapéutica contra las adicciones, por lo general ésta pretende responder a

la necesidad estatal y nacional de atención al problema, cuyo abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio) usa modelos interdisciplinarios y transdisciplinarios que combinan profesionales y paraprofesionales en ambientes libres de drogas e instalaciones *ad hoc*, tanto para el tipo ambulatorio (consulta externa) como para el manejo residencial (urgencias e internamiento).<sup>23</sup> En ellos se tiende a realizar una valoración integral previa al manejo usando distintos recursos (laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría), instrumentos clínicos codificados y modalidades psicoterapéuticas de óptica cognitivo-conductual, e incluso otras psicoterapias de corte psicodinámico. Además, se ofrece supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar, se discrimina y ataca las causas de recaída; se apoya al paciente con grupos de ayuda mutua y se gestionan servicios de casa de medio camino. Y más adelante, cuando los pacientes logran estar aptos —si lo alcanzan—, se impulsa el crecimiento personal vía psicoterapia psicodinámica con fines reconstructivos de la personalidad (psicoterapia psicoanalíticamente orientada) como reforzamiento a largo plazo de la abstinencia productiva.<sup>23</sup> Paralelamente se desarrollan programas de capacitación profesional al personal de salud y de educación en salud mental, distintos programas y metas de investigación, y la siempre indispensable difusión de sus resultados.<sup>23</sup>

Por otra parte, las características de la oferta de servicios de tratamiento (en forma ambulatoria y residencial) oportuna y de calidad se basa en la aplicación de un diagnóstico integral de carácter biopsicosocial, a través del cual se persigue —salvo excepciones de las características de los casos— el establecimiento de una abstinencia total y permanente.<sup>20,22,23</sup> Pero cabe destacar de modo muy significativo que previo a ello es muy relevante considerar, según plantea la ONUDD,<sup>20</sup> la realización de una adecuada remisión de pacientes a las respectivas unidades ambulatorias o residenciales, o a otras instancias de manejo de que disponga la comunidad, utilizando para tal efecto los criterios clínicos y administrativos sugeridos para ello.<sup>18</sup> De acuerdo con lo anterior, el tratamiento siempre se concibe y se propone en forma personalizada, siguiendo los criterios psiquiátricos referidos en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10,<sup>24</sup> o sus equivalentes regionales DSM-IV-TR o GLADP,<sup>14,25</sup> ya que la generalización terapéutica se considera, de acuerdo con los estudios acerca del análisis de los factores involucrados en el tratamiento a largo plazo de abusadores/adictos, como un error grave ya comprobado que debe ser desterrado de la práctica clínica de la especialidad.<sup>26-28</sup> Se promueve asimismo durante el manejo que el pacien-

te vaya cobrando conciencia de enfermedad (mental) y, en consecuencia, desarrolle su capacidad para la auto-gestión y el fomento y mantenimiento de una abstinencia productiva. Además, se promueve el acceso permanente a la información científica sobre el problema y, paralelamente, el desarrollo de actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia, y el de todas aquellas acciones preventivo-rehabilitatorias dirigidas a la comunidad, a efecto de mantener el propósito irrefutable de continuar tratamiento a largo plazo (cinco años o más).<sup>29,30</sup>

En otras palabras, las acciones de tratamiento en adicciones (considerando al trastorno como enfermedad mental primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recaída, en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales diversos, que influyen tanto en su desarrollo como en sus manifestaciones)<sup>2</sup> se dirigen a:

- a. Disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores.
- b. Incorporar a la familia al tratamiento del problema adictivo y su comorbilidad y al seguimiento posterior.
- c. Generar noción de una vida sana sin drogas.
- d. Promover la prevención de recaídas y el crecimiento personal.<sup>23</sup>

De modo complementario, para afianzar el conocimiento desarrollado, como en cualquier disciplina de corte científico, se busca generar investigación epidemiológica, clínica y sociomédica, participando en el proceso de capacitación, actualización y supervisión profesional clínica, al tiempo de brindar asesoría a instituciones de salud, educativas y otras para disminuir el impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas.<sup>27,30</sup>

Ahora bien, no obstante el esquema mostrado, cabe señalar que las modalidades de tratamiento utilizadas a lo largo de la historia por los distintos grupos involucrados han sido y son muy diversas, y lamentablemente no son comparativas en sus resultados (cuando éstos se dan a conocer). E incluso cabe destacar que algunas modalidades obsoletas persisten en la praxis clínica actual de muchos países. Un ejemplo que ilustra lo anterior es la coincidencia de acciones de atención curativa que ocurre en los sistemas de tratamiento que se aplican en México respecto de las sucedidas en Inglaterra.<sup>20</sup> Se ha descrito la ubicación esquemática de las primeras en siete niveles, que van desde las acciones comunitarias inespecíficas hasta la más alta especialización terapéutica<sup>31</sup> (cuadro 1-1), que cumplimenta las Normas Oficiales Mexicanas, NOM, en la materia.<sup>32</sup>

Las modalidades y acciones de atención curativa en los sistemas de tratamiento que se aplican en Inglaterra



### Cuadro 16-1. Modalidades de atención curativa en el sistema de tratamiento inglés

1. Servicios generales que no se ocupan especialmente de la atención de los abusadores/adictos y que pueden servir de acceso a otro programa de tratamiento anti-drogas
2. Servicios de acceso directo (organizaciones no gubernamentales) que atienden especialmente a los pacientes abusadores/adictos y que sirven para determinar las necesidades de esa población, y promover la gestión correspondiente a la solución de las mismas
3. Servicios de tratamiento estructurado en la comunidad que incluyen atención ambulatoria, manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia, tratamientos de sustitución y otros programas estructurados en el post-tratamiento
4. Servicios residenciales especializados en tratamiento con programas intensivos y estructurados en entornos residenciales hospitalarios, u otros entornos controlados donde atienden urgencias y otras alteraciones comórbidas del consumo de psicotrópicos. En este nivel más amplio, específico y flexible que los anteriores, se espera que el paciente pueda utilizar simultáneamente servicios del mismo u otro nivel, según sean sus necesidades<sup>19</sup>

UK Health Department: *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services*. Londres, 2002.

se caracterizan en forma semejante por cuatro niveles de manejo (cuadro 16-1).

De este modo, el tratamiento para las adicciones, dadas sus características, propósitos e impacto esperado, es visto como problema de salud pública y, por lo tanto, parte de un fundamento social cuya estirpe jurídica deriva a su vez de los tratados de fiscalización internacional y de las medidas adoptadas en la materia,<sup>33-35</sup> las cuales en tal dirección solicitan a las naciones miembros que:

- a. “Presten atención especial a la pronta identificación, tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas con problemas de uso indebido de drogas y que adopten todas las medidas posibles en tal sentido.
- b. Fomenten la formación de personal para el tratamiento postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quien haga uso indebido de drogas.”<sup>33-35</sup>

En México, el derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución mexicana y es reglamentado por la Ley General de Salud (LGS), por lo que las instancias terapéuticas del país —sin distinción—, para alcanzar cabalmente sus objetivos han de consolidar: “El logro del bienestar físico y mental del hombre enfocado

al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.<sup>36</sup> Al efecto, se dispone actualmente de una reglamentación<sup>28</sup> que incluye las NOM relacionadas con las adicciones: para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM 028-SSA2-1999); para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994); la del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998) y para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH (NOM-010-SSA2-1993).<sup>28,37-40</sup>

Entre los problemas psiquiátricos de salud pública más graves del mundo contemporáneo se encuentra la patología adictiva y su comorbilidad.<sup>41</sup> En México, el consumo diversificado de medicamentos, psicofármacos y psicotrópicos (mariguana, alcohol y disolventes volátiles) ocupó hasta hace poco un lugar preferencial en las tasas de abuso y dependencia de sustancias, especialmente entre los jóvenes. A ello se agrega actualmente la amplia difusión del tabaquismo (adicción nicotínica) y el abuso del alcohol entre niños, jóvenes y mujeres. La edad de inicio del consumo de psicotrópicos ha venido descendiendo, y continúa extendiéndose en la población el abuso de cocaína —como droga de inicio—, sin contar el consumo de fármacos de uso médico por automedicación, así como el de otros sedantes opiáceos y nuevas drogas sintéticas (metil-endioxi-metanfetamina).<sup>2,42,43</sup> A pesar de innumerables acciones emprendidas por las diversas instituciones oficiales y privadas que luchan contra su diseminación, actualmente se reconoce que su potencialidad destructiva ocupa todavía un lugar primordial entre abusadores y adictos;<sup>28,44-47</sup> de ahí que entre la lista de prioridades por resolver en el tema del tratamiento profesional de esta patología destaquen:

- a. La amplia desproporción entre la oferta de servicios terapéuticos asistenciales y su demanda.
- b. La diversificación de la disponibilidad social de drogas y la demanda de consumo.
- c. La alta prevalencia de la automedicación.
- d. La aparición de nuevos psicotrópicos y nuevas motivaciones, vías de administración y modalidades de consumo.

- e. La proliferación de iniciativas, técnicas, enfoques sin aval científico y las discrepancias entre sus actores.
- f. La documentada iatrogenia en el manejo de los síndromes adictivos, su pobre rehabilitación y deficiente reinserción social.
- g. La escasa e incoordinada investigación y su pobre publicación de resultados.
- h. La insuficiencia de personal y poca capacitación clínica.
- i. La omisión y deficiencias técnicas en el manejo de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
- j. La deficiencia procedimental para la prevención y manejo de la VIH-positividad.
- k. La ignorancia u omisión de las recomendaciones clínicas y legales que afectan la complementariedad en las acciones rehabilitatorias y la insuficiente producción de materiales educativos al efecto.<sup>1,10,31,32,48,49</sup>

Sin embargo, y muy a pesar de la gran dispersión del fenómeno adictivo, el panorama actual para el abordaje y terapéutica clínica de esta problemática muestra un nuevo escenario de lucha: una potencialidad interinstitucional en desarrollo, consistente en una reorganización conceptual y operativa que asuma las recomendaciones internacionales a efecto de profesionalizar el modelo curativo y sus procedimientos en forma integral, con miras a una mejor comprensión que faculte mejores procedimientos al amplio espectro del manejo de los casos, desde la prevención hasta la rehabilitación.<sup>16,23,29,30,50</sup> En tal contexto se plantea la creación de un Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, que consolide eficiencia y efectividad específicas contra la patología adictiva y su comorbilidad y cuyos objetivos específicos sean: diseñar, promover, aplicar y evaluar un sistema terapéutico conjunto contra las adicciones en cada entidad federativa del país, oportuno, actualizado y acorde a la normatividad en salud, para el abusador/adicto y su familia.<sup>28,37-40</sup> Al efecto, sus metas se encaminan a consolidar el establecimiento de un sistema estatal para el tratamiento integral del fenómeno y su lastre psicosocial en cada entidad federativa del país, de modo que alcance a captar un universo de trabajo que incluya a todos los pacientes con problemas derivados del uso de sustancias y su comorbilidad, es decir, los propiamente producidos por el consumo de psicotrópicos como el abuso y la dependencia, así como aquellos otros trastornos inducidos a partir del uso de las distintas sustancias de abuso, sin importar cuál sea la organización o institución pública o privada que lo capte, ni la entidad en que ello ocurra.<sup>22,23,28,30,43</sup>

De darse esta afortunada circunstancia, los procedimientos por incluir deberán considerar *a fortiori* y previo al manejo de los casos: el diseño, promoción y aplicación de un método adecuado de remisión interinstitucional de pacientes, para una más conveniente captación de casos y la realización de una evaluación inicial integral que cumplimente los criterios internacionales recomendados al efecto, y las respectivas supervisión y evaluación continuas del sistema. En ese marco de trabajo, los recursos para la atención de los casos de abuso/adicción y sus consecuencias comórbidas se obtienen de los propios recursos de cada organización o institución involucrada y, según se requiera, de la participación en colaboración de aquellos que dispongan de mejores métodos o procedimientos para la mejor atención que los casos requieran.<sup>43,51-57</sup>

Un sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones como el que se describe debe estar sustentado igualmente en un programa que contemple la necesidad de representar un modelo de abordaje completo, caracterizado por sus propios rasgos definitorios, de entre los que se señalan como prioritarios:

- a. La disponibilidad real de las opciones de tratamiento.
- b. La multidimensionalidad e integralidad.
- c. La individualización y evaluación inicial.
- d. El reconocimiento del papel específico del tratamiento de desintoxicación y valoración del estado de salud a lo largo del manejo.
- e. El uso racional de la farmacoterapia en todos los casos donde sea necesaria.
- f. El establecimiento de una alianza terapéutica.
- g. La integración y complementariedad de las estrategias por realizar, cuyo enfoque se base en ser colaborativo y negociador, esto es, adaptable a las condiciones individuales.
- h. La voluntariedad y la motivación constante, especialmente si el manejo es residencial.
- i. El control estricto e indispensable del consumo de psicotrópicos durante el tratamiento y la promoción continua y el mantenimiento productivo de la adherencia al manejo.
- j. La participación activa del entorno sociofamiliar para alcanzar su dimensión psicosocial.
- k. La priorización y potenciación de la integración sociolaboral.
- l. La interrelación de los procesos de evaluación e intervención.
- m. La prevención de recaídas y la participación sistemática de los grupos de ayuda mutua.<sup>23,28-30,42,43,49,51</sup>

Se desprende, en consecuencia, que un programa resulta global, flexible, individualizado, coherente y sistemático y dirigido a garantizar la recuperación biopsicosocial integral del adicto cuando contempla las siguientes dimensiones:

- a. La multidisciplinariedad, en términos de permitir la intervención y coordinación simultánea de los diferentes profesionales que actúan en el modelo con sus distintos procedimientos y ubicaciones.
- b. La multidimensionalidad, relativa a la visión biopsicosocial de la medicina, como marco referencial de las acciones correctivas de la patología adictiva.
- c. La globalidad, que utiliza distintas estrategias de intervención en el orden secuencial para su más conveniente aplicación.
- d. La flexibilidad, que permite individualizar el tratamiento como un requisito indispensable.
- e. La integralidad, que toma en cuenta el papel de las estructuras y dinámicas sociales.
- f. El reconocimiento y resarcimiento de la contradicción inherentes a las acciones, con miras al desarrollo continuo del sistema.
- g. El enfrentamiento implícito de intereses y posiciones funcionales detectadas, que debe interpretarse en toda ocasión como una posibilidad de enriquecer la praxis del citado modelo.<sup>50</sup>

Planteado en tal sentido, señala la ONUDD,<sup>20</sup> un sistema terapéutico es considerado como el “grupo de elementos interrelacionados o interdependientes de tratamiento y rehabilitación que constituyen una respuesta combinada a los problemas planteados por el abuso/adicción de psicotrópicos en una región o un país determinado”.<sup>15,20,23,28</sup> Y, dadas las características de los pacientes abusadores/adictos, se contempla como algo muy posible que requieran varios servicios de tratamiento a la vez, o secuencialmente dispuestos, para atender las distintas condiciones de su enfermedad a lo largo de su recuperación definitiva, esto es, durante por lo menos dos años de abstinencia, y quizá, según sea el caso, de varios años de manejo biopsicosocial y familiar o de seguimiento.<sup>15,20,22,23,27</sup> Asimismo, precisa señalarse la participación de distintos enfoques o modelos de atención del mismo sistema, los cuales se complementan y distribuyen la carga asistencial de la cobertura según sean las vicisitudes de la evolución del manejo del caso.

De ahí que, en un sistema nacional integral —en los términos descritos—, todos los elementos deban contribuir a la coordinación de los servicios que presen.<sup>15,20,22,23,27</sup>

Como ha ocurrido en el pasado, las personas que necesitan tratar su abuso/adicción a psicotrópicos recurren indistintamente a los diferentes servicios disponibles en la comunidad sin evaluar convenientemente cuál servicio les dará mejor atención para su inicio o continuación de manejo, de acuerdo con los criterios referenciales derivados de las condición clínica y características del caso, en el momento de la necesidad de su ubicación clínica más pertinente o conveniente canalización. De hecho, precisan tomarse en cuenta igualmente los criterios establecidos según la gravedad y tipo de padecimiento para la adecuada derivación de pacientes, los cuales contribuyen a un mejor y más expedito manejo de casos.<sup>18,28,30,31</sup> De ahí que la índole exacta de los vínculos oficiales deba ser determinada por el propio sistema con base en los acuerdos contractuales y de colaboración planteada en vigor. En consecuencia, es esperable que un sistema completamente integralizado, como el que se pretende, se caracterice por su buena coordinación y por la vinculación e integración de los diversos elementos de apoyo y tratamiento generales y específicos de que se disponga.<sup>15,20,22,23,27</sup> Según se trate, un sistema más amplio o ambicioso contará con una más amplia variedad de organismos e instituciones y organizaciones estratégicas de apoyo y financiamiento, que trabajen de común acuerdo. Es preciso, entonces, considerar que los vínculos con organismos de enseñanza, empleo, bienestar social, así como con el sistema de justicia penal, son todos factores decisivos e interrelacionados en cualquier sistema de tratamiento integral, especialmente si éste pretende elevarse a la categoría de alcance nacional.<sup>20,23,43</sup>

Ahora, por lo que concierne al problema práctico que nutre al sistema, las principales formas de remisión de pacientes al sistema de tratamiento integral disparan por sí mismas procesos complejos en cuanto a la toma de decisiones respecto de la determinación de la gravedad de los casos y la remisión de aquellas personas que recurren al sistema.<sup>18,23</sup> Es decir, el sistema de tratamiento debe contar con un diseño tal que permita recibir y derivar adecuadamente, por igual, a las personas que se presenten por iniciativa propia y a las remitidas por los familiares y amigos, por médicos generales o miembros de los equipos de atención primaria de la salud, por servicios comunitarios, servicios especializados, órganos del sistema de justicia penal u otros servicios pertenecientes al propio sistema.<sup>18,20,23</sup> Como puede colegirse, una parte capital del funcionamiento del sistema radica en la derivación de pacientes, la cual se integra por acciones concretas reguladas por una reglamentación mínima interinstitucional. De este modo, las normas para la atención integral de los pacientes abusadores/adictos

en muchas esferas de atención a la salud y bienestar social se basan cada vez más en el método de vías de atención integral para determinar y alcanzar los resultados deseables y factibles para cada usuario.

La citada reglamentación, que recibe distintos nombres en los diferentes países donde se utiliza (vías esenciales de atención, protocolos de tratamiento, vías previstas de recuperación, algoritmos de tratamiento, normas de atención y puntos de referencias, etc.), tiene por objeto crear un consenso profesional y normalizar los elementos de la atención con miras a aumentar su eficiencia, eficacia y rendimiento concebido en términos de rentabilidad.<sup>20</sup> En otras palabras, los componentes de la atención que se preste en los distintos niveles del tratamiento deberán facilitar la coordinación vinculando entre sí e integrando los distintos servicios en sentidos horizontal y vertical de la plantación organizacional del sistema de atención referido.<sup>20</sup> Para ello se hace necesario disponer de los mecanismos idóneos de remisión de casos, pero, sobre todo, de la comunicación de los resultados correspondientes a la entidad que los remitió.<sup>18,20,23</sup> En esa dirección, una de las características especiales de las normas para la atención integral de los pacientes abusadores/adictos en los protocolos de manejo —o como se les quiera denominar— es la llamada observación de varianzas, cuyo contexto supone la secuencia y verificación del tratamiento empleado para saber si se ha apartado o no del curso previsto, y examinar así las causas de su cambio, para obrar en consecuencia.<sup>20</sup>

En relación con los procesos de evaluación integral del usuario, las recomendaciones de la ONUDD en ese particular<sup>20</sup> señalan que el reconocimiento inicial, de acuerdo con la filosofía y construcción del sistema, debe poder ser un procedimiento rápido encaminado a individualizar a las personas que presenten trastornos relacionados con el consumo de sustancias en sus distintas modalidades clínicas; efectuar un análisis breve de la selección de la intervención que se espera que sea la más indicada para cada caso, y así estructurar, en consecuencia, un plan integral y continuado de evaluación a medida que se administre uno o más tratamientos, y se presenten los correspondientes servicios de apoyo.<sup>18,20,23</sup> Se trata de un procedimiento útil, sencillo y de inicio rápido, encaminado a individualizar a los pacientes que solicitan atención a causa de un trastorno no identificado aún. En medicina general, por ejemplo, este procedimiento sirve a menudo para detectar y calibrar un factor de riesgo, un signo del trastorno o alguna fase sintomática temprana. Y para que resulte rentable en términos de costo-beneficio de la atención por brindar, una prueba de reconocimiento inicial debe ser sencilla,

precisa y válida, pero además debe ser aceptada por las personas que se sometan a ella, y al mismo tiempo estar vinculada con otros procedimientos diagnósticos posteriores.<sup>18</sup> Porque si bien no basta para diagnosticar trastornos relacionados con el consumo de sustancias, dada la complejidad de algunos de ellos, el reconocimiento inicial les sirve de alerta a los encargados de atender el caso, para determinar las necesidades del paciente.

De este modo, en el reconocimiento inicial se utiliza un procedimiento rápido de detección para:

- a. Individualizar a las personas que puedan ser portadoras o no de un trastorno derivado del consumo de sustancias.
- b. Remitir apropiadamente al paciente a un servicio adecuado para que se le administre un tratamiento inmediato que pueda necesitar, y posteriormente se seleccione la forma más adecuada de intervención aplicable a su condición particular.

En tal sentido, cabe enfatizar que el paciente que se someta a dicha prueba de reconocimiento inicial también puede simultáneamente presentar —como ocurre frecuentemente— problemas personales o interpersonales inmediatos, independientes o indirectamente relacionados con el abuso/adicción, que deberán ser atendidos en servicios generales o incluso en los especializados. Al respecto, tómese como ejemplo que, en el caso particular de un programa de tratamiento de sustitución farmacológica para pacientes graves y crónicos, el reconocimiento inicial conlleva la detección de la presencia de signos y síntomas de dependencia. Y si se emplea el procedimiento de evaluación inicial en la sustitución de opioides, quedarían excluidos del procedimiento para determinar la necesidad de prescribir ese tratamiento aquellos pacientes que no tuvieran tolerancia a los opioides. Así, el reconocimiento inicial puede basarse en la información facilitada por el propio paciente o su familia (o ambos), tanto como en las investigaciones biológicas diagnósticas que se le practiquen con tal fin (*antidoping*).<sup>20,22,23</sup>

Por otra parte, en la actualidad existe una expectativa creciente, fácil de observar y cada vez más exigente acerca de que los profesionales que prestan servicios generales de atención a la salud y bienestar social (aquellos que no están especializados en adicciones, como los médicos generales y familiares, los departamentos de atención de urgencias y servicios sociales, infantiles y familiares), pueden, no obstante, llevar a cabo un reconocimiento inicial básico para determinar apropiadamente, en forma fácil y rápida, los casos relacionados con el abuso y la adicción a psicotrópicos.<sup>49,53,54</sup> Siguen a esta acción la evaluación integral del caso, procedi-

miento íntimamente vinculado a la selección de la forma de intervención clínica por utilizar, es decir, la selección del tipo de tratamiento más indicado para atender a las necesidades y preferencias de la persona, y el grado de urgencia que el caso represente, lo cual debe determinar la respuesta requerida más apropiada.<sup>47-50</sup> Tal proceso entraña el diagnóstico (nosográfico) de la índole del caso<sup>14,24,25</sup> y asimismo de la gravedad del problema por vencer, a partir del conocimiento de:

- a. El estado de salud, la situación laboral y el apoyo institucional disponible.
- b. El patrón de consumo de drogas y alcohol y problemas conexos a título de comorbilidad.
- c. La situación legal y actividades delictivas.
- d. Las relaciones familiares y sociales y el estado mental.

Además, hay que considerar las características y criterios de selección por vencer, como los requisitos de selección para ingresar a un programa de tratamiento, especialmente cuando éste es del tipo estructurado (también llamado profesional);<sup>16,20,29,30</sup> el plan de tratamiento y su autorización como proceso de colaboración toma en cuenta los puntos de vista y las motivaciones del consumo con el cual se realiza el plan individualizado de tratamiento, y por último, los decisivos aspectos relativos a la coordinación de la atención que representa el sistema, representada por el proceso de evaluación, planificación del tratamiento y gestión de la atención del paciente, lo cual deviene esencial para la eficacia de un sistema de manejo integrado.<sup>15,20,22,23</sup> Por lo tanto, se supone que el coordinador debe encargarse de:

- a. Elaborar, dirigir y revisar planes de atención documentados basados en la evaluación permanente, incluida la determinación de riesgos.
- b. Cerciorarse de que en el plan de atención se tomen en cuenta las características básicas, el sexo y la sexualidad del paciente, que representa, por cierto, un interés profesional y sociolegal cada vez más acrecentado.
- c. Asesorar a otros profesionales que participen también en el plan de tratamiento sobre cualquier cambio conocido en las circunstancias del paciente que pudieran exigir una revisión o modificación de la atención que se brinda.
- d. Realizar el pronto seguimiento de los pacientes una vez dados de alta, cuando ello sea viable.
- e. Intentar que las personas que abandonaron el sistema de tratamiento regresen y se reincorporen nuevamente lo antes posible.<sup>15,20,22,23</sup>

Ahora, a efecto de complementar esta visión esquemática de un sistema integral de manejo antiadictivo, es preciso dar una idea del nivel o intensidad de la coordinación de la atención. En tal sentido, se consideran dos modalidades complementarias de manejo, que reflejan el grado de problema del paciente:

- a. Una coordinación simple o predeterminada sería aquella que se aplica a los pacientes que necesitan una sola modalidad de tratamiento, son relativamente estables y no representan un peligro para sí o los demás.
- b. Un modelo de coordinación de atención polifacética, que entraña más apoyo y una atención más intensa y continuada, será más adecuado para los usuarios que tengan:
  - Múltiples necesidades que no puedan atenderse satisfactoriamente en un solo servicio de tratamiento.
  - Múltiples necesidades que requieran ser atendidas en una misma institución.
  - Contacto con varios organismos en el momento de la remisión del tratamiento.
  - Posibilidades de representar un riesgo para sí mismo o para los demás.
  - Cuando se transfiere a un paciente de un programa de tratamiento a otro, dado el riesgo inherente a la pérdida de la atención del caso, por ejemplo, de un programa residencial a uno de asesoramiento en la comunidad, se recomienda la coordinación diaria del manejo al nuevo servicio para que el nuevo responsable o encargado de tales acciones asuma su responsabilidad.

No obstante, la coordinación general de la atención de las necesidades continuas del paciente puede seguir a cargo del organismo original, lo que es particularmente pertinente en los casos en que la persona regresa a su lugar de residencia después de haber recibido un tratamiento en otra localidad y a menudo requiere actividades de postratamiento a largo plazo.<sup>15,20,22,23</sup>

La patología mental de las adicciones destaca entre los problemas de salud pública contemporáneos,<sup>58-60</sup> porque a un lado de los problemas propios de la oferta y la demanda, que han hecho de éste un asunto en expansión continua debido a su impresionante diversificación, los modelos de abordaje de la terapéutica utilizados no han permitido hasta ahora ofrecer una respuesta social unitaria, conjunta, uniforme y eficaz.<sup>61</sup> Este asunto, que se reviste de las máximas dificultades para la atención preventiva, y especialmente para el manejo de los casos y su rehabilitación a largo plazo, continuará su

progresión en la medida en que persista la insuficiencia e ineficacia de los esquemas de abordajes que se dirigen contra el fenómeno;<sup>16,28</sup> es decir, mientras no se organice y aplique en la comunidad una fórmula integral que reúna personal profesional (de atención primaria a la salud y especializado) y paraprofesional, que actúe a partir de premisas científicas, apoyadas en fundamentos jurídicos que posibiliten una única y misma labor, en cuya visión converjan los principios y recomendaciones ofrecidos por los expertos de la OMS relativos al creciente fenómeno de los síndromes adictivos.<sup>20,49</sup>

Muchos han sido ya los modelos utilizados y las personas que han abocado sus conocimientos y esfuerzo para enfrentarlo; sin embargo, la controversia persiste, así como la incompreensión entre un esquema y el otro, incompreensión que a menudo genera además un ánimo divergente y descalificado entre los muy diversos participantes.<sup>23,31</sup> Tómese, por ejemplo, que unos cuantos modelos han contado con ciertas bases científicas en su aplicación, mientras que otros han actuado esencialmente apoyados en el conocimiento y el valor derivados de la experiencia personalizada, y muchos otros más lo han hecho sin bases terapéuticas formales y prácticamente desde el empirismo, razón por la cual han producido y mantienen a la fecha cierto grado de confusión en el campo de trabajo, iatrogenia sobre los pacientes y en ocasiones cara a la sociedad, hasta diversos tipos de charlatanería.<sup>16,30</sup>

Los modelos terapéuticos reúnen varias posibilidades de abordaje de esta particular problemática. Una de las dificultades sociomédicas que representa mayor reto curativo es el modelo relativo a los trastornos derivados del consumo de sustancias psicotrópicas, ya sea el abuso o la adicción, dado que es difícil que la mayoría de las personas que los sufren tomen tempranamente acciones correctivas al verse afectadas; no es fácil que logren la abstinencia más o menos inmediata, tal como lo reclama su situación, ni es habitual que aquélla se consolide en el primer intento.<sup>63</sup>

Los modelos terapéuticos están representados básicamente por los modelos morales y los de tipo biológico:<sup>61</sup> tratamientos aversivos, tratamientos de destierro fisiológico, tratamientos de sustitución con sustancias agonistas, tratamientos de sustitución con sustancias antagonistas, tratamientos de sustitución con la sustancia misma de liberación prolongada, tratamientos biológicos como el uso de naltrexona para el abuso de alcohol, o el de tricíclicos para el abuso de cocaína o el de anfebutamona (bupropión) para la dependencia de la misma, el modelo de ayuda mutua, el modelo Minnesota, el modelo de Comunidad Terapéutica y sus modificaciones, el modelo de control de consumo, el modelo psicológico, el modelo sociocultural, el modelo psiquiátrico y el

modelo integrativo.<sup>61</sup> En este último opera un sincretismo propositivo y conveniente basado en la apropiada y equilibrada participación conjunta de los elementos biológicos, psicológicos y sociales existentes en todas aquellas estrategias terapéuticas que han tenido utilidad en el manejo de los problemas adictivos, derivados de los diferentes modelos disponibles. En especial, se toman algunas de las recomendaciones operativas del modelo Minnesota y el de Comunidad Terapéutica, dada su comprobada efectividad.<sup>23</sup> Por último, cabe señalar que, cuando se sigue un modelo de abordaje terapéutico, se expresa una conducta preferencial respecto del manejo de los problemas por resolver, y por lo tanto se privilegia un paradigma compuesto de un discurso y una forma de pensar-actuar. Cabe enfatizar, pues, en relación con el proceso de derivación de pacientes hacia tratamiento, que los distintos modelos descritos actúan de forma diferente; de ahí que algunas personas cuestionen la pertinencia de un enfoque de abordaje o esquema de criterios para el uso de la derivación.<sup>18</sup> La experiencia en ese sentido arroja resultados desfavorables<sup>16</sup> (cuadro 16-2).

Los antecedentes, ignorancia de criterios referenciales, subconsideración o mal uso han generado iatrogenia y sus equivalentes, hacen que sea subestimada la opinión profesional por algunos grupos que pretenden ofrecer contención a tal problemática, lo cual no sólo incumple las estipulaciones de las NOM al efecto,<sup>36</sup> sino que omite los lineamientos específicos destinados a los establecimientos que prestan sus servicios para la prevención y control de las adicciones.<sup>64</sup> En esa dirección, si se desea eliminar los señalamientos negativos que describen la inapropiada función operacional de algunos grupos de trabajo que ofrecen servicios de tratamiento contra el abuso/adicción a psicotrópicos, que ignoran u omiten los avances publicados en la literatura mundial,<sup>65,66</sup> es esencial considerar las recomendaciones de la OMS, cuyo conocimiento actualizado, veracidad e imparcialidad resultan los más convenientes en la materia.<sup>13,14,20,25,28, 51,53,54,60</sup> De hecho, éstas se basan, entre muchas otras, en la iniciativa de apoyo emprendida por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de 1997, la cual tiene por objeto ayudar a los gobiernos a lograr un consenso entre los profesionales de la salud acerca de la conveniencia de establecer normas de atención y posteriormente aplicar normas y directrices.

El objetivo a largo plazo, recomendado por el grupo de expertos de la CICAD (más tarde reforzado por las reuniones de marzo de 1998 y agosto de 2001), es la elaboración de sistemas de acreditación de los proveedores de servicios de tratamiento, lo cual abre la discusión a

### Cuadro 16-2. SSA. Lineamientos para los establecimientos que prestan servicios para la prevención y el control de las adicciones

La atención puede brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento tanto a través del modelo profesional como el de ayuda mutua o el mixto, en cuyo caso se estipulan las siguientes disposiciones generales:

- Contar con aviso de funcionamiento (para efectos del padrón de establecimientos)
- Contar con un responsable del establecimiento
- Si en el modelo de atención se contempla la prescripción de medicamentos, la persona responsable debe contar con la autorización correspondiente
- Contar con carta de consentimiento bajo información del tratamiento al que se vaya a incorporar el usuario (en los residenciales y también en los ambulatorios)
- La atención puede brindarse en forma ambulatoria o residencial, tanto dentro del modelo profesional como en el de ayuda mutua o en el mixto
- Cada establecimiento deberá contar con espacios separados para hombres, mujeres y niños
- En ninguna modalidad de tratamiento está permitido utilizar procedimientos que atenten contra la integridad física y mental del usuario

**Modelo profesional (sea ambulatorio o residencial).** En el proceso de atención debe incluir las siguientes actividades:

- Abrir expediente clínico
- Elaborar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento
- La prescripción médica debe ser indicada por un médico
- Determinar si la persona está embarazada, si tiene algún padecimiento, lesión o complicación física, psiquiátrica o enfermedad contagiosa, y tomar las previsiones necesarias para su atención

**Modelo de ayuda mutua (ambulatorio o residencial)**

- En su modalidad ambulatoria o residencial, este modelo consiste en personas adictas organizadas en grupos o centros donde se llevan a cabo de manera regular reuniones en las que se trasmite el mensaje de recuperación y se realizan otras actividades de rehabilitación, como juntas de estudio del programa de recuperación, de compartimiento de experiencias, entre otras, pero los enfermos no viven en los centros de reunión
- En caso de que alguna persona acuda a los grupos o centros de reunión en estado de intoxicación o con síndrome de abstinencia, referirla inmediatamente a los Servicios de Salud, SSA, correspondientes
- Cuando los enfermos de adicción que asisten a los grupos o centros de reunión presenten signos de padecimientos o complicaciones físicas o mentales, canalizarlos a los servicios profesionales
- En la modalidad residencial (anexos) de estos grupos o centros de ayuda mutua no profesional, donde los enfermos residen en el lugar, debe:
  - Realizarse, previo internamiento, la valoración del caso por parte de un médico para evaluar y determinar si su estado físico y mental es el adecuado para ser internado en este tipo de establecimientos y, en su caso, proporcionar la asistencia profesional adicional necesaria (desintoxicación, atención a complicaciones, etc.)
  - Para dar cumplimiento a lo anterior, se recomienda a los centros o grupos de ayuda mutua que se coordinen con los Servicios de Salud de la SSA más cercanos para que puedan recibir la atención médica requerida (esto está contemplado en el convenio de colaboración que se firmó entre Alcohólicos Anónimos y la SSA en 1995 y del cual todos los servicios tienen copia)
  - Llevar un registro de las personas que ingresan y de acta responsiva de un familiar, tutor o representante legal
  - Ninguna persona puede ser retenida contra su voluntad (se recomienda que esto esté anunciado de manera visible para el enfermo y sus familiares, así como el costo, si es que lo hay, de la atención)

Lineamientos para el manejo de casos de adicciones en servicios de urgencias

Muchos adictos llegan a los servicios de urgencias médicas debido a cuadros de intoxicación o sobredosis o del síndrome de abstinencia por alguna sustancia. Otros acuden con abscesos en extremidades, por ejemplo, como consecuencia de inyectarse droga. Además de que el servicio de urgencias debe proporcionarse de manera inmediata todos los días del año y durante las 24 h en los establecimientos donde existan, se deben llevar a cabo las siguientes actividades con respecto a adicciones:

- b1. Hacer valoración clínica del caso y elaborar nota inicial.
- b2. Manejo del estado crítico, ya sea por sobredosis, intoxicación o síndrome de abstinencia.
- b3. Evaluación del estado general de salud identificándose las posibles complicaciones crónicas del consumo de sustancias y canalizar al enfermo para su atención correspondiente.
- b4. Asentar en las hojas de registro correspondientes el diagnóstico de estos casos.
- b5. Ofrecer la referencia a servicios de tratamiento de adicciones en la localidad.

### Cuadro 16-3. Metas terapéuticas contra el riesgo y daños derivados del proceso adictivo sobre la población

1. Retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales
2. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo destinadas a reducir el consumo nocivo, abuso y adicción de psicotrópicos
3. Disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario
4. Favorecimiento de la autogestión
5. Diagnóstico integral (biopsicosocial) que permita remitir la sintomatología y producir y mantener la abstinencia prolongada en los términos previamente descritos
6. Tratamiento individualizado acorde con la nosología internacional dirigido a la posibilidad de concretar la sistematización de la comparación bioestadística entre las instituciones
7. Promoción del logro de la conciencia de enfermedad que sustente el deseo de mantener la abstinencia prolongada
8. Suministro de información científica sobre el problema
9. Desarrollo de la capacidad de solicitar ayuda en caso necesario
10. Mantenimiento del propósito de continuar un tratamiento externo a largo plazo (cinco años)
11. Disminución de los factores de riesgo para el consumo de psicotrópicos
12. Facilitación y suministro de actividades informativas para la educación del paciente y su familia y desarrollo de acciones rehabilitatorias y preventivas en la comunidad
13. Incremento y fortalecimiento de los factores protectores del consumo de sustancias
14. Incorporación de la familia tanto en el tratamiento residencial como en su seguimiento
15. Favorecimiento del proceso autogestivo en el interior de la comunidad, que genere la noción de una vida sana y libre de drogas
16. Inicio expedito de los procesos de rehabilitación de las áreas afectadas
17. Desarrollo de programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal-familiar a largo plazo
18. Fomento y desarrollo de programas de investigación epidemiológica, sociomédica y clínica que permitan mejorar la atención del paciente y sus familiares y su correspondiente difusión social
19. Ofrecimiento de programas de capacitación profesional y actualización, supervisión clínica individualizada y asesoría profesional a instituciones académicas o de salud y grupos interesados
20. Generación de conciencia individual-familiar-social sobre los efectos nocivos del consumo de psicotrópicos
21. Disminución del impacto social asociado al consumo nocivo de sustancias

Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M: Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.

las acciones de certificación que deban realizarse entre los organismos e instituciones involucradas en el manejo de las adicciones.<sup>67</sup> Así, de poder llevarse a cabo las indicaciones del Comité de Expertos de la OMS y la ONUDD, se espera que ocurran distintas cosas a la vez en las distintas vertientes que muestra este complejo asunto.

Se desprende de lo anterior que los aspectos esenciales para un sistema de tratamiento integral contra las adicciones, como lo describe Puchol,<sup>51</sup> incluyen:

- a. La administración de los dispersos tipos de tratamiento estructurados (profesionales) y comunitarios no gubernamentales (de acceso directo) en determinada zona o país, conforme a las necesidades que plantean los pacientes.
- b. Los planes ofrecidos habrán de enmarcarse en una respuesta más amplia, tal como compete a un plan de salud pública, la cual contempla a la vez los aspectos sociales y los jurídicos.
- c. Es importante destacar las principales formas de remisión de casos al sistema de tratamiento.

- d. Aclarar y formalizar los procedimientos de remisión de casos y la indispensable vinculación entre los organismos y sus respectivos servicios, lo cual resulta una pieza esencial de la consolidación de las metas terapéuticas de cualquier programa de atención a la salud, pero lo es aún más cuando dichas metas se dirigen contra el riesgo y los daños derivados del proceso adictivo sobre la población, en el momento de conceptuar la elaboración de un sistema nacional de tratamiento integral.

Además, cabe señalar que los elementos de tales protocolos de atención al consumidor abusador/adicto a psicotrópicos requieren:

- a. La apropiada evaluación del usuario.
- b. El reconocimiento inicial global del caso.
- c. La selección de la forma de intervención que habrá de utilizarse.
- d. La evaluación integral.
- e. La planificación unitaria de la atención por brindarse.



De modo que los tratamientos estructurados o profesionales y los servicios de acceso directo —comunitarios o no— gubernamentales que se administren con arreglo a un plan normativo requieren una confección por escrito donde se acuerde la atención individual diseñada *ex profeso*.

A la luz de este planteamiento, se colige claramente que la coordinación de la atención que predomine en el

sistema descrito ocupará, en consecuencia, un lugar primordial en el sistema. En él se centrará el propósito final de un beneficio colectivo a una sociedad que requiere sin demora la sistematización de las acciones de todos los involucrados, mutuamente apoyados entre sí, persiguiendo la meta común que afirman perseguir sus integrantes: la suma de voluntades y acciones (cuadro 16-3).

## REFERENCIAS

1. **Tapia CR:** *El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones*. México, El Manual Moderno, 2002.
2. **Guisa CVM, Díaz BSL, Sánchez HR, Souza y Machorro M:** *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. 3ª ed. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003.
3. **Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y:** Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:1715-1723.
4. **Hopper JA, Shafi T:** Management of the hospitalized injection drug user. *Infect Dis Clin N Am* 2002;16:571-587.
5. **McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP:** Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284:1689-1695.
6. **Saitz R, O'Malley SS:** Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am* 1997; 81: 881-907.
7. **Weintraub E, Dixon L, Delahanty J:** Reason for medical hospitalization among adult alcohol and drug abusers. *Am J Addict* 2001;10:167-177.
8. **Aszalos R, McDuff DR, Weintraub E:** Engaging hospitalized heroin-dependent patients into substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1999;17:149-158.
9. **Armenian SH, Chutuape MA, Stitzer ML:** Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:1-8.
10. **Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS:** Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med* 2003;41(6):802-813.
11. **McRae AL, Brady KT, Sonne SC:** Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. *Med Clin N Am* 2001;85:12-37.
12. **Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT:** Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:177-187.
13. **Zealberg JJ, Brady KT:** Substance abuse and emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:803-817.
14. **APA:** *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
15. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
16. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuro* 2001;2(1):25-27.
17. **OMS:** *30 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 873. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998:3.
18. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Guisa CVM, Díaz BSL:** *Criterios derivativos para la remisión y terapéutica de pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
19. **Halleck SL:** *Evaluation of the psychiatric patient: a primer*. Nueva York, Plenum Press, 1991.
20. **Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD):** *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación*. VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Viena, Naciones Unidas, 2003.
21. **ONU:** *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas. Carta de las Naciones Unidas*.
22. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
23. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento para el alcoholismo*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Cuadernos FISAC, 2004:25-46.
24. **Organización Mundial de la Salud (OMS):** *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. 5: *Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo*. Ginebra, OMS, 1993.
25. **Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL):** *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP*. Sección de Diagnóstico y Clasificación. América Latina. Tono Continuo, 2004.
26. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo VAS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones: una propuesta. *Psiquiatría* 1998;14 (1):9-25.
27. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
28. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
29. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
30. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

31. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
32. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(3):25-37.
33. Naciones Unidas (ONU): Treaty Series, vol. 520, No. 7515.
34. Naciones Unidas (ONU): Treaty Series, vol. 1019, No. 14956.
35. Conferencia de las Naciones Unidas: *Aprobación de una convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. Vol. 1 (publicación No. S.94.XI.5). Viena, 25 de nov. a 20 de dic. de 1988.
36. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
37. Diario Oficial: *Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. 2000.
38. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. 2000.
39. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*. 1995.
40. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de dic. de 1998.
41. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** El alcoholismo en México. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(4):356-364.
42. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prevención Readapt Soc* 2000;8:99-106.
43. **Guisa CVM, Díaz BSL:** *Red nacional de atención al farmacodependiente y su familia*. Dirección de Tratamiento. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1998.
44. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):23-27.
45. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
46. SSA: *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. México, 2002.
47. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
48. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción ética y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
49. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís R et al.:** *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. Subdirección de Enseñanza e Investigación en Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
50. **Souza y Machorro M:** *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones*. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003.
51. **Puchol ED:** Trastornos adictivos (I): Principios clave del tratamiento. *Revista de Psicología*. www.hispavista.com, 2005.
52. American Society of Addiction Medicine: *Public policy statement on screening for addiction in primary care settings*. *ASAM News* 1997;17:17-18.
53. American Society of Addiction Medicine: *Patient placement criteria for the treatment of substance abuse-related disorders*. Chevy Chase, 1996.
54. Asociación Americana de Psiquiatría: *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: compendio 2003*. Barcelona, Ars Médica, 2003.
55. **Cunningham JA, Humphreys KA:** Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *J Stud Alcohol* 2000;61(6):94-98.
56. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):601-622.
57. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.
58. **Kurz M:** Early intervention strategies in substance abuse. *J Neural Transm* 2003;66:85-96.
59. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Information for researchers and health professionals*. U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
60. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (PNUFID): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
61. Prado GA: Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En: Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
62. *Pulse check: trends in drug abuse*. Executive Office of the President. Office of National Drug Control Policy. Washington, D. C., 2002.
63. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
64. Secretaría de Salud (SSA): *Lineamientos para los establecimientos que prestan servicios para la prevención y control de las adicciones*. México, 2005.
65. U. S. Department of Health and Human Services, Treatment Center for Substance Abuse: *Comprehensive case management for substance abuse treatment*. Treatment Improvement Protocol Series 27. Rockville, Department of Health and Human Services, 1998.
66. **Woody G:** Research Findings on Psychotherapy of Addiction Disorders. *Am J Addictions* 2003;12(2):19-26.
67. CICAD: *Informe final de la primera reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. CICAD. Buenos Aires, Organización de Estados Americanos, 1997.



## Por una psiquiatría de las adicciones\*

*...del rostro a las máscaras  
y de las máscaras hacia el rostro,  
hay un camino que la  
fenomenología debe recorrer.*

*El derecho de soñar*  
Gaston Bachelard

Prosopolepsia (de *prosopon*, máscara, y *lapsus*, error o equivocación) significa confundir al otro con su apariencia o estereotipo social. Se trata de un efecto psicológico que predispone a la distancia y altera, obstruye o imposibilita la buena relación humana, toda vez que cristaliza en imaginación, miedos y temores.<sup>1</sup> La prosopolepsia origina actitudes y conductas inadecuadas e injustas: los prejuicios humanos. Véase cómo, en la confusión social existente respecto del vicio y del castigo como forma de tratamiento para abusadores y adictos, se etiqueta erróneamente el problema de las adicciones.<sup>2</sup> En términos de ese prejuicio, sirve conocer que la prosopolepsia, paradójicamente, en tanto permite la comparación y evaluación de la realidad *versus* la ignorancia, la fantasía y su falacia implícita, nos acerca —si así se interpreta— a la objetividad, a la veracidad y al realismo. Las adicciones están plagadas de prejuicios e incompreensión aun entre quienes laboran en el gremio de la salud.<sup>3,4</sup>

La incompreensión social de los adictos es producto de prejuicio, ignorancia y errónea interpretación, por lo que es tarea específica de la educación en salud mental el contenderlas y desmitificar todo aquello que se requiera para reorientar la buena voluntad de las personas de la comunidad.<sup>2</sup> En el principio —cuando los profe-

sionales desdeñaron ofrecer ayuda formal a los pacientes abusadores/adictos—, debido a la incompreensión que brindó el uso de ese modelo moral, prevaleciente entonces en los EUA de la década de 1930, que no reconoció el padecimiento como enfermedad, pero sí tipificó a los que lo padecían como viciosos, los impelió a su agrupación, y en favor de su defensa gremial e individual produjeron los grupos de ayuda mutua (AA), como se les conoce hoy en día en la legislación vigente, los cuales son trascendentales en todo el mundo.<sup>5</sup>

Han pasado los años y mejorándose los conocimientos, se han superado ciertos prejuicios y reunido mejores criterios; en ese más de medio siglo se ha avanzado por la senda de un mejor cientificismo, con respeto y equidad en los derechos humanos. Todo ello ha servido para ofrecer una mejor respuesta a la demanda psicosocial de los pacientes adictos y su problemática de vida.<sup>6</sup> En la actualidad, las agrupaciones médicas y científicas del orbe conocen y reconocen la necesidad de atender esta prioridad de salud pública institucionalmente.<sup>7</sup> Los esfuerzos encauzados han crecido y se han organizado a tal punto que se ha creado una nueva psiquiatría dedicada a las adicciones, con la esperanza de comprender mejor el problema y ofrecer mejores respuestas de atención comunitaria.<sup>5</sup> Así, las recomendaciones de los ex-

\* Palabras de inauguración del Director General de la Clínica Hacienda San Dionisio Tratamiento de Adicciones. San Dionisio, Oaxaca, 5 de mayo de 2003. Souza y Machorro M: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.

peritos han producido, entre otras cosas, revistas internacionales, manuales de tratamiento y diversos materiales que refuerzan la comprensión del fenómeno vía integración,<sup>8</sup> como lo sugiere Prochaska al reunir en la terapéutica las ventajas de la psicoterapia psicoanalítica y otros métodos conductuales que favorecen la modificación de los síntomas y su internalización psíquica,<sup>9,10</sup> a efecto de favorecer la reflexión y reforzar las conductas saludables y la adquisición de mejores estilos de afrontamiento de los problemas.<sup>11</sup>

En consecuencia, es preciso desarrollar modelos de control del consumo para la reducción de su impacto social, y a la vez contar con el uso de medidas educativo-preventivas como elementos indispensables de control, a través de la producción, diseminación adecuada y oportuna de información veraz, a efecto de prevenir, tratar, rehabilitar e investigar apropiadamente esta patología, lo cual requiere de la formación de nuevos profesionales que atiendan tales demandas.<sup>12</sup> Cuando los problemas derivados del consumo abusivo ya han consolidado su plano destructivo, se precisa de intervenciones terapéuticas efectivas y su continuación a largo plazo.<sup>13</sup> La personalidad premórbida de los pacientes, ya ansiosa, compulsiva, depresiva, dependiente o sociopática, etc., promueve actitudes, eficacia y rendimientos distintos.<sup>14</sup>

Su cosmovisión enfrenta diferentes sufrimientos y mecanismos de solución, los cuales pueden ser tan ineficaces como la propia alineación y la intoxicación.<sup>15</sup> Pero cualquiera que sea la solución del problema, éste reclama una participación social más efectiva y sostenida, y mejores recursos destinados a actividades más específicas en la orientación de la salud colectiva.<sup>16</sup>

Hoy en día, la salud mental y las adicciones en México cuentan con una legislación que debe ser respetada cabalmente. Su omisión e ignorancia —fuentes de la iatrogenia y la charlatanería constatables— dificultan el curso de los procedimientos clinicoterapéuticos contra la enfermedad adictiva y su comorbilidad, merced a los cuales no puede lograrse la deseable modificación de la afectación individual y colectiva que tal problemática produce. Por lo tanto, se vuelve imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes y supervisen adecuadamente al personal, desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio. En otras palabras, nos toca en suerte presentar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas —en ambientes controlados o libres de drogas— dirigidas a cubrir el amplio espectro de la his-

toria natural de la enfermedad, desde la intoxicación aguda y la abstinencia hasta el control a largo plazo del padecimiento adictivo.<sup>17,18</sup>

Pero hemos de hacer nuestros los propósitos de la normatividad de salud en el país, en la búsqueda del bienestar físico y mental del hombre, enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades a través de programas diseñados al efecto, sabedores de que un paciente tarda en llegar a tratamiento un promedio de cinco años, y cuando lo hace, la mecánica institucional para completar el procedimiento propedéutico, nosológico, terapéutico, rehabilitatorio y educativo-preventivo —amén de los motivos propios del paciente— puede convertirse en uno de los principales problemas responsables de la deserción.<sup>13</sup> Tales objetivos deben ofrecer una terapéutica residencial oportuna y de alta calidad, que contribuya a la reducción del uso, abuso, mal uso y adicción a psicotrópicos y otros problemas físicos y psicosociales concomitantes y derivados de ello, en el ámbito individual, familiar y social, como la automedicación. Por ello, son preferibles aquellos modelos que responden a la necesidad nacional, regional y estatal de dar atención a los problemas adictivos.<sup>19,20</sup>

Dichos modelos contemplan la opinión de los expertos y conceptúan esencialmente la adicción como un trastorno mental que afecta a individuos y comunidades, con base en los criterios de la OMS.<sup>21</sup> De modo que el abordaje profesional individualizado reúne los diferentes enfoques contenidos en la esfera sociocultural, biopsíquica y rehabilitatoria de los pacientes y sus familias procurando, asimismo, la evitación de recaídas y promoviendo el acceso o, en su caso, la reinserción a una vida libre y participativa en la sociedad.

Un procedimiento tal, que resulta a la vez interdisciplinario e interdependiente, admite la participación de psiquiatras, médicos interconsultantes de diferentes especialidades, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, instructores especializados y consejeros en adicciones, ofreciendo así un diagnóstico integral, un tratamiento eficiente y costo-redituable, en términos de su utilidad e impacto psicosocial en un ambiente clínico *ex profeso*.<sup>4</sup> Y en el marco de la modernidad clínica, privilegia el uso de instrumentos clínicos codificados, clinimetría y uso de la metodología de laboratorio y gabinete, valoración psicológica y psicodiagnóstico. Por lo tanto, su técnica promueve la motivación terapéutica, el mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas, e incorpora al manejo psicológico individual la terapia de grupo y la terapia de grupos de familias en el marco *ex profeso* de la asignación de información clarificadora.<sup>11</sup>

Además, la labor propuesta ha de incluir actividades deportivas, recreativas, musicales y culturales, mante-

niendo su supervisión psicosocial sobre la rehabilitación a largo plazo a nivel escolar, laboral y sociofamiliar con apoyo de los grupos de ayuda mutua, así como para favorecer la promoción del crecimiento personal a largo plazo con psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica individual.<sup>13</sup>

Todo programa de este tipo, por recomendaciones de la OMS, debe reunir un mismo código comunicacional y nosológico, y dirigirse, por lo tanto, contra la automedicación, el consumo perjudicial, los síndromes de intoxicación y abstinencia, los trastornos psicóticos y amnésicos, la dependencia propiamente dicha y todos aquellos trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otros psicotrópicos, a los cuales se agrega su comorbilidad.<sup>22</sup> Así, sus usuarios serán las personas que consumen psicotrópicos y que han desarrollado efectos contra su salud a distintos niveles, que muestran estilos de vida nocivos a sí mismos, a su familia o a la comunidad, y aquellos que, debido a sus condiciones de

riesgo y características particulares, se encuentran en mayor posibilidad de caer en problemas de consumo o en sus consecuencias directas e indirectas.<sup>23</sup>

Por tal razón, los recintos terapéuticos deben ser de ingreso voluntario para personas de uno y otro sexo que reúnan los criterios clínicos de inclusión de cada unidad para ser atendidos, según sea el caso, en servicios de urgencia, internamiento residencial y consulta externa en el lapso de cinco años de manejo divididos en periodos, de acuerdo con su evolución. Tales programas han de alojar a todas aquellas personas que requieran terapéutica profesional, bajo la consigna de realmente hacer un tratamiento benéfico a los usuarios en el marco de intervenciones de alto nivel y auténtica labor social.<sup>19,20</sup> Los expertos de la OMS han vaticinado que, en los próximos años, la depresión y las adicciones serán los representantes de la morbilidad mundial. Esperamos, en beneficio de todos, que la labor en pro de la salud de los involucrados sea fecunda.

## REFERENCIAS

1. Real Academia Española: *Diccionario de la Lengua Española*. XIX ed. Madrid, Espasa Calpe, 1970.
2. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
3. **Souza y Machorro M:** *Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México*. Simposium Regional de las Américas "Nuevos focos de atención en la psiquiatría" de la *World Psychiatric Association* y Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, 1998.
4. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(3):100-106.
5. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
6. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.
7. **Souza y Machorro M:** El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(1):13-27.
8. **Souza y Machorro M:** La profesionalización de la terapia de las adicciones. *Nosotros* 2000;3(33):9-10.
9. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-1114.
10. **Parker K, Parikh SV:** Applying Prochaska's model of change to needs assessment, programme planning and outcome measurement. *J Eval Clin Pract* 2001;7(4):365-371.
11. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ et al.:** *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
12. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
13. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC 2004: 25-46.
14. **Souza y Machorro M:** *Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica*. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. San Carlos, 2004.
15. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
16. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
17. **Souza y Machorro M:** Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
18. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** *La urgencia de la normatización y profesionalización de la atención a las adicciones*. *Psiquiatría y salud integral*. 2005.
19. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones: *Programa de prevención y control de adicciones*

- en la ciudad de México.* Dirección General. Reporte interno. México, FINCA, 1998.
20. **Souza y Machorro M, Prado GA, Vélez BA:** *Modelo terapéutico residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas.* México, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA), 1999.
  21. Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.* 10ª rev. (CIE-10). Washington, OPS, 1995:145-147.
  22. **Souza y Machorro M:** *Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones.* Dirección de Tratamiento, Centros de Integración Juvenil, A. C. *Rev Mex Neuroci* 2005.
  23. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones.* *Rev Mex Neuroci* 2005.

## Mitología, ignorancia y iatrogenia\*

El dogma en nuestra cultura fue la primera verdad; la historia del hombre se construyó en su seno a partir de la necesidad y buena fe de sus forjadores. Sin embargo, sus iniciativas no siempre resultaron adecuadas y deseables. La relatividad alojada en la buena voluntad de los formadores de la civilización es tan distinta de un grupo a otro que no ha existido consenso de los intereses tan diversos entre ambos por su falta de conciliación de las diferencias.<sup>1</sup>

Más adelante, la evolución del pensamiento ha dado cuenta de las desventajas y proporcionado una nueva visión de las cosas: nuevos instrumentos que permiten ver el conocimiento con nueva luz y, por lo tanto, se han creado “nuevas verdades”.

La ciencia ha roto con el dogma (*doxe*); su función se basa en la representatividad del conocimiento mientras éste sea vigente, para después acomodarse, según la necesidad que lo impela, a la nueva condición. Su modelo es activo: siempre dinámico y cambiante. Su espíritu, dirigido al crecimiento y desarrollo en los más amplios sentidos, modifica y supera las condiciones previas con nuevos aportes, que son tomados en cuenta sólo cuando son sustentables, repetibles y corroborados, lo cual hace que la teoría, dentro de su relatividad, sea más o menos sólida, confiable. Hoy se llama documentable.<sup>1</sup>

En su inicio, el pensamiento fue mágico, luego su organización formal dio paso a la lógica, la ética y por fin la filosofía. El episteme representa el cuerpo, la filosofía y los alcances del conocimiento. Y con él, la mayéutica como método indagativo fundamental induce al

cuestionamiento perenne. Por ello se sabe que no es lo mismo la ignorancia que deriva del conocimiento que la ignorancia primaria o esencial. Tampoco es lo mismo conocer lo que se ignora que meramente ignorarlo. La ignorancia primaria es natural, no tiene misión, no empuja, y en tal sentido es *tabula rasa*. Pero no a todos los incomoda ni los hace reaccionar, señalando un posible camino. A los más de ellos los sume en la pasividad de un *statu quo*.<sup>1</sup>

Los mitos relacionados con el uso, abuso y adicción de psicotrópicos y otras sustancias son longevos y multifacéticos, y su amplia variedad y versatilidad les confiere una trascendencia deseducativa relevante en la comunidad, razón por la cual es necesario vigorizar el esquema de su abordaje, con miras a ofrecer un mejor manejo preventivo y terapéutico de los problemas de adicción.<sup>1</sup> De ahí que sea posible afirmar, como dice Pozas: “Hay voces que hablan desde el hueco que les dejó el amor”...

Las preguntas que el público dirige a los expertos respecto al consumo de sustancias se refieren a menudo a la obtención de información acerca de remedios para el alivio temporal de los síntomas causados ya sea por la intoxicación o por la abstinencia.<sup>2-4</sup> El caso más conocido es el de los síntomas de abstinencia posteriores a la ingestión de alcohol, llamados popularmente “cruda”, que suelen mitigarse mediante alimentos de diversa índole.<sup>5-7</sup>

El énfasis en el tipo de alimento específico ignora, la mayoría de las veces, que el mecanismo principal de ac-

\* Simposio La Prevención del alcoholismo para médicos generales y especialistas no psiquiatras. II Reunión Anual Médica Nacional de Banamex. México D. F., 1998. Souza y Machorro M: El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2002;2(1):25-27.



ción es la rehidratación por ingestión de líquidos y sales minerales, y el suministro de alimentos que proporcionen rápidamente energía, como los carbohidratos simples o complejos. La cuestión que debe señalarse es la preocupación respecto al consumo, hasta que se perciben las consecuencias sin ninguna previsión.<sup>8,9</sup>

Las actitudes de las personas ante las sustancias “aliviadoras de todo mal” (vitaminas, tepezcohuite, melatonina, uña de gato, etc.), alimentos (nopal, miel de abeja) y medicamentos (Aspirina®, antibióticos, Viagra®, etc.) a los cuales se les atribuyen efectos casi milagrosos están dotadas de “mucho fe”. Existe la presencia de pensamiento mágico, independientemente de que estas sustancias puedan tener ciertos beneficios específicos si son adecuadamente aplicadas. En estas sustancias, así como en quien las recomienda o administra, se deposita una gran carga afectiva que incluye expectativas usualmente irreales que pudieran implicar una carga transferencial, y que únicamente expresan una gran motivación hacia la realización del deseo de curación. Por una parte se ignoran los efectos y la utilidad específicos de la sustancia, y por la otra se desconocen vías alternas realmente eficaces para el abatimiento del padecimiento o la sintomatología.<sup>10</sup> En tal contexto, cabe mencionar al tan mencionado “efecto placebo”, que, siendo inespecífico, no se relaciona con los efectos observados de modo consistente cuando se le compara con la administración de la sustancia activa de un medicamento.<sup>11,12</sup> Los efectos son, en parte, atribuciones subjetivas de las personas donde las expectativas, la información previa y el contexto social intervienen para definir los efectos subjetivos. Los procesos de atención selectiva también intervienen, puesto que, cuando las personas centran su atención en ciertos efectos y no en otros, influyen en cuáles se perciben con mayor intensidad y cuáles son mejor recordados.<sup>13,14</sup>

Las lesiones emocionales sufridas por los pacientes —en su carrera adictiva—, derivadas de las reacciones que mucha gente manifiesta frente a los problemas psicosociales graves, a menudo oscilan entre el delirio mesiánico y el nihilismo romántico. Las primeras, las trastocadas por el delirio, son tan ingenuas y candorosas como capaces de hipertrofiar ciegamente las posibilidades de la interacción humana, hasta que exterminan el principio de realidad. Las segundas, las que emanan del nihilismo, son las representaciones de aquellas personas que se asumen tan íntima y profundamente dolidas por las relaciones previas que, “mortalmente dañadas”, se ubican sin saberlo en la ruta de la diselpidia, camino de la parantofobia.

Además, la aquiescencia y la credulidad también pueden ser usadas como colaboradores del manejo clínico de las adicciones. Es bien conocido el hecho de que

algunos profesionales consideran conveniente modificar la prescripción, aunque estén convencidos de que el medicamento prescrito inicialmente está teniendo los efectos que “debiera”, por otro de eficacia similar pero con más efectos secundarios. Una vez que el paciente percibe, por ejemplo, la resequedad oral o la irritación gástrica, es cuando le atribuye al medicamento el adjetivo de “potente”.<sup>15</sup>

Algunas personas, entonces, reúnen como si fuera un solo fenómeno el de los efectos secundarios y los efectos específicos de la sustancia en la sintomatología. Por otro lado, la credulidad se relaciona con el hecho de que es más fácil que los sujetos susceptibles a la sugestión se adhieran a o se sostengan en cualquier fenómeno que los haga sentirse seguros. Tienden a apoyarse en exceso en alguna instancia que los ha convencido de ser un medio eficaz para superar los obstáculos o de sentir confianza y seguridad, la cual no han podido adquirir por otros medios.<sup>16</sup>

Las sustancias llegan a erigirse así en este tipo de sustitutos que, en vez de resolver la problemática planteada por el sujeto para enfrentar sus conflictos, la incrementan, pues incapacitan al sujeto y le impiden utilizar sus recursos psicológicos “naturales” (cuadro 18-1).

Estas muestras de adherencia hacia este tipo de objetos y símbolos constituyen sólo un mecanismo de defensa (del tipo de la negación o la formación reactiva) que intenta cubrir una fuente importante de inseguridad subyacente y de temor a enfrentarse con la realidad, y que se manifiesta en conductas de resistencia hacia el tratamiento.<sup>17</sup>

La existencia de cierta reticencia hacia la administración de psicofármacos y de cualquier medicamento en general se debe al temor de que éstos induzcan adicción.

#### **Cuadro 18-1. Clasificación farmacológica de sustancias por sus efectos y potencia\***

##### **Sedantes**

Mayores: opiáceos y alcohol etílico

Menores: sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

##### **Estimulantes**

Mayores: cocaína, anfetamínicos (simpaticomiméticos)

Menores: cafeína (xantinas), nicotina (tabaco)

##### **Alucinógenos**

Psicomiméticos, psicodislépticos, psicodélicos: LSD 25; mezcalina, psilocibina, fenciclidina y marihuana (cannabinoides)

##### **Otros**

Disolventes volátiles

\* Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

**Cuadro 18-2. Actividades de atención terapéutica de adicciones por tipo y nivel\***


---

Instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo, o bien preventivo a largo plazo, y otras acciones)
Atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.), como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales —entendiéndose por profesional no médico—, el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad “profesionalizada” (los que se dedican a ello sin contar con profesión); es decir, ofrecen consejería gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades
Consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina; es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca
Atención profesional médica general: unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados, y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud
Consultas o intervenciones diagnosticoterapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general
Atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos
Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de la que se derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado

---

\* Simposio Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. Simposium Regional de las Américas “Nuevos focos de atención en la psiquiatría”, de la *World Psychiatric Association* y la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, 1998. Souza y Machorro M: Enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.

Esto puede explicarse por la presencia de al menos tres factores:

1. La prescripción por parte de médicos generales o especialistas no psiquiatras de psicofármacos o medicamentos que pueden crear adicción (béquicos, antidiarreicos, estimulantes, opiáceos, etc.), sin una evaluación cuidadosa de las condiciones específicas y antecedentes del paciente o sin el seguimiento cercano del caso (cuadro 18-2).
2. El desconocimiento de que ciertos fármacos son prescritos justamente para restablecer un desequilibrio neuroquímico asociado a la patología existente, y que mientras no exista un mecanismo de tolerancia y la sustancia tenga una función homeostática, es improbable que se trate de un patrón adictivo (cuadro 3-1).
3. La incapacidad de la población general para distinguir entre los médicos que toman decisiones que implican mayor riesgo de adicción y los que han valorado las condiciones médicas, encontrando en su prescripción mayores ventajas que riesgos. Cuando se incluyen aclaraciones al paciente y familiares sobre el seguimiento cercano de la ingestión del medicamento, interrupciones programadas en caso de estar indicadas o suspensión o sustitución del fármaco si no tiene el efecto esperado, se facilita que las personas evalúen si la decisión al prescribir un medicamento fue cuidadosa o no.<sup>18,19</sup>

Esta resistencia para adherirse a la prescripción médica bajo el argumento del poder adictivo de la sustancia, ya sea real o ficticio, puede ser causa de evolución desfavorable de los cuadros patológicos existentes. Ahora, se hace importante distinguir otros conceptos que parecen similares en cuanto a su expresión, pero se refieren a aspectos diferentes:

1. Los determinantes o factores causales de la adicción.
2. Las razones consideradas por los pacientes a nivel consciente acerca de las causas de su consumo o dependencia.
3. Las excusas y justificaciones que los pacientes ofrecen para poder obtener la sustancia o evitar consecuencias negativas en el ámbito social, laboral o legal.<sup>20,21</sup>

Por ejemplo, se conocen los factores asociados a la dependencia a psicotrópicos que, sólo por mencionar algunos, son de origen biológico (dependencia física, aparición del síndrome de abstinencia y del deseo imperioso por consumir o *craving*, antecedentes familiares, dependencia de psicotrópicos o alcohol, etc.), psicológico (rasgos de personalidad dependientes o antisociales, manifestaciones ansiosas o depresivas en el estado de ánimo, dificultades para enfrentar el estrés o manejar problemas interpersonales o de otro tipo, etc.) o social (temor al rechazo por la presión de grupo, falta de oportunidades laborales, aislamiento social, etc.).<sup>22</sup>

Entre los motivos que los pacientes mencionan para el consumo de sustancias pueden estar los siguientes:

1. Por experimentar efectos (“para ver qué se siente”).
2. Por experimentar sensaciones placenteras (“me gusta”).
3. Para evitar el síndrome de abstinencia (“necesito consumir para curarme la cruda”).
4. Por ausencia de respuestas de afrontamiento alternativas (“sin droga no me atrevo a socializar”), entre muchas otras.

Entre las excusas que ofrecen para el consumo pueden encontrarse:

1. Las justificaciones médicas (“me lo recetó el médico, o tengo una enfermedad que requiere que tome estos fármacos”).
2. El no asumir la responsabilidad personal (“si tuviera una pareja que me apoyara más, si ganara más dinero para obtener otros satisfactores, si las condiciones no me orillaran, entonces podría dejarlo”).
3. Asignarle todo el peso de las decisiones y conductas a la influencia de los estados afectivos (“esta depresión me obliga a consumir, sólo puedo controlar mis estados de ánimo cuando consumo”), etc.<sup>10,23</sup>

Cabe enfatizar el papel defensivo del paciente abusador/adicto en cuanto a la aceptación de la adicción, sus implicaciones y el tratamiento institucional. Existe con frecuencia una falacia de control en pacientes con trastorno por dependencia de alguna sustancia donde el paciente cree que puede controlar su consumo (disminuir su frecuencia, elegir en qué momento consumir, etc.), cuando en realidad no puede hacerlo. Respecto a si existe o no conciencia de enfermedad, se observan mecanismos de defensa del tipo de la negación (“yo no soy adicto”) o la racionalización (en el caso de algún terapeuta en adicciones: “consumo para ver lo que sienten los pacientes y poder ponerme en su lugar, comprenderlos y atenderlos mejor”) (cuadros 18-3, 1-2 y 18-4).<sup>23</sup>

El sujeto puede incurrir en mentiras de tipo patológico (tanto habituales o inconscientes como conscientes o propositivas) o con el fin de obtener la sustancia, evitar el rechazo social, las consecuencias negativas, la confrontación personal con el hecho de ser adicto y evitar incluso el tratamiento mismo. El aceptar la terapia implica aceptar el diagnóstico, la falta de control sobre los impulsos y deseos, y la necesidad de obtener ayuda terapéutica, cuestión que por cierto no es sencilla, sobre

### Cuadro 18-3. Aspectos vinculados a la prevención de recaídas\*

La prevención de la recaída es labor terapéutica capital del manejo, porque permite dar o no dar continuación al manejo
Favorecer la pronta inclusión de los pacientes a tratamiento (arribo tardío: en promedio cinco años en llegar)
Sensibilización de los pacientes a su continuación terapéutica
Eliminar pretextos que favorecen la recaída
Vigilar su permanencia con base en una relación médico-paciente adecuada
Reforzar la adherencia terapéutica
Promover la idea de que el manejo de cualquier adicción, especialmente si es múltiple, deberá <i>a fortiori</i> ser a largo plazo

\* Simposio Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. LXI Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría. CMN Siglo XXI, IMSS. 1997. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.

todo si no se tiene una autoestima adecuada y si antes no se reconocen las limitaciones sobre la propia persona y sobre el consumo de psicotrópicos.<sup>24,25</sup>

También puede destacar el hecho de que otra persona sea adicta a la cocaína para no centrar la atención de los otros en que es alcohólico o adicto al tabaco; por ejemplo, hasta hace poco tiempo se hablaba de habituación y no de adicción, y no tenerlo presente o estar obligado a reconocerlo. Al compararse con otra persona con una adicción a drogas “duras” o “ilegales” como la cocaína, una persona puede intentar minimizar su propia adicción, por ejemplo al tabaco, donde por cierto la nicotina tiene un gran poder adictivo.<sup>26</sup>

Otro ejemplo conocido de sus argumentos es: “fumo porque me gusta, no porque sea adicto, y si quisiera, que no quiero, podría dejar de hacerlo.” Este tipo de pensamiento no considera que gran parte del disfrute se debe a que ya está instalada la dependencia tanto a nivel fisiológico como psicológico. La conclusión incorrecta se debe a un autoengaño donde se asigna como motivo para no abandonar el consumo la falta de intención o de voluntad, y se ignora que esta falta de intención es una consecuencia más de la dependencia.

### Cuadro 18-4. Factores involucrados en el proceso salud-enfermedad\*

Factores de riesgo	Vulnerabilidad del individuo	Factores protectores
--------------------	------------------------------	----------------------

\* Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

Una creencia popular consiste en considerar la “fuerza de voluntad” como el factor único y decisivo en la reversión de un trastorno adictivo.<sup>27</sup> A partir de ese planteamiento se concluye necesariamente que “si el sujeto no abandona el consumo, es porque no se ha decidido a hacerlo, o no tiene la fuerza para llevar a cabo sus propósitos y concretar sus intenciones”. Esta posición ignora en gran medida la dependencia fisiológica a que está sujeto el adicto y desdeña el hecho de la voluntad y decisión.

El hecho de “ir a jurar” para lograr un periodo determinado de abstinencia también tiene implicaciones idiosincrásicas particulares.<sup>29</sup> Usualmente se tiene la creencia de que el hecho de que el individuo haya acudido a un lugar específico o emitido cierta frase *per se* es lo que tiene un efecto en su conducta de abstinencia, ignorando el papel que tiene su propia expectativa al cambio, su motivación para el logro de la abstinencia y el compromiso con la familia una vez expresada su intención. Los individuos que consideran que las causas o antecedentes de los sucesos que ocurren a su alrededor o a ellos mismos no están bajo su control o influencia tienen un “locus de control” externo. Esto se evidencia por frases como “dejaré de consumir sólo si Dios quiere, si tengo buena suerte, si mi familia me ayuda en el proceso, si algún día veo realmente algún peligro en las drogas”.<sup>30</sup>

Los sujetos con un locus de control excesivamente interno consideran que todo lo que les ocurre fue una consecuencia directa o indirecta de sus acciones semejante a la tendencia hacia la omnipotencia, por lo cual pueden llegar a sentimientos de culpabilidad excesivos o a responsabilizarse por situaciones que en realidad son ajenas a su control.

Suelen expresar creencias como: “no necesito de nadie para dejar mi adicción”, “no por ir a terapia voy a cambiar si yo no lo decido”, “si no tuviera esta adicción todos mis seres queridos podrían ser felices”, “ya sé que para librarme de la adicción debo decidirme a dejar de consumir y punto”.<sup>31</sup>

Cuando la gente se cuestiona por qué, cómo, cuándo y para qué se consume, puede confundirse el porqué con el para qué. El para qué tiene que ver con los efectos inmediatos del consumo (evitar la abstinencia, obtención de placer, para soportar muchas horas sin dormirme, para poder socializar, etc.). El porqué tiene que ver con un conjunto de factores causales o asociados, como disponibilidad de la sustancia, estilo de vida, tendencias de la personalidad, crianza en la niñez, estado de ánimo o tendencia al consumo para enfrentar situaciones conflictivas por falta de repertorio cognoscitivo o conductual (cuadros 18-5, 18-6 y 7-2).<sup>32,33</sup>

**Cuadro 18-5. Atención epidemiológica para trastornos infecciosos, el abuso de alcohol y otras drogas\***

	Trastorno infeccioso	Trastorno por alcohol u otros psicotrópicos
Agente	Infectividad, patogeneidad y virulencia	Abusabilidad (acciones neurofisiológicas placenteras), capacidad de generar dependencia, tolerancia y abstinencia
Huésped	Factores genéticos, condiciones físicas, factores demográficos, inmunidad específica	Vulnerabilidad genética, vulnerabilidad psicológica, factores demográficos, conocimiento y actitudes hacia el alcohol y otros psicotrópicos
Ambiente		

\* Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

Con respecto a las dosis, existe la creencia de que a mayor dosis, más intensas serán las sensaciones, siendo que muchas sustancias tienen un nivel en el cual, sobrepasando cierta dosis, se constituyen niveles tóxicos y el efecto esperado no es tal. En cuanto a la posología, existe la creencia de que se puede compensar la ingestión de un medicamento con el doble de la dosis prescrita en una sola toma, en vez de la ingestión de las dos dosis espaciadas. También suele existir cierta confusión respecto al peso relativo que tienen como factores causales la herencia y el aprendizaje, debido a la observación común de un factor de tipo familiar y al hecho de no ser dos condiciones mutuamente excluyentes.<sup>32,33</sup>

Si se toma el ejemplo de un paciente con dependencia del alcohol que tiene antecedentes familiares (padre alcohólico, por ejemplo), existe evidencia clara de una mayor predisposición neuroquímica por un factor hereditario; sin embargo, es difícil separarla de la influencia que tuvo en la conducta del paciente y su desarrollo psicológico el haber observado al padre beber con frecuencia y las consecuencias de ello. De hecho, los dos factores se suman, aumentando las probabilidades de que ese sujeto haya adquirido tal dependencia del alcohol.<sup>34</sup>

Existe la creencia de que el mejor terapeuta es un ex adicto o adicto en “recuperación”. Ésta parte de la idea de que el ex adicto tiene la ventaja de conocer mejor las condiciones que rodean a la adicción, puesto que “ha vivido en carne propia” las dificultades inherentes a la abstinencia y la recuperación. Sin embargo, la empatía y la capacidad de situarse en el lugar del otro constituye sólo uno de los muchos elementos requeridos para el

### Cuadro 18-6. Factores de riesgo relacionados con uso, abuso, uso/adicción de psicotrópicos y otras sustancias\*

#### Individuales

Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar  
 Deficiencia y escaso aprovechamiento escolar  
 Enajenación, rebeldía y conductas sexuales precoces  
 Uso de alcohol y experimentación con drogas a edades tempranas  
 Psicopatología, especialmente depresión  
 Otras alteraciones conductuales (vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo)  
 Conducta antisocial  
 Baja o nula religiosidad  
 Confusión y pérdida de valores

#### Familiares

Historia familiar de abuso de alcohol  
 Alcoholismo materno, paterno o ambos  
 Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos  
 Historia familiar de conducta antisocial  
 Familiares con escasas habilidades paternofiliales  
 Dificultades en las relaciones familiares  
 Uso de psicotrópicos en los hermanos  
 Uso familiar de psicotrópicos y automedicación

#### Socioculturales

Uso de psicotrópicos por los mejores amigos  
 Desorganización estructural-funcional en la comunidad  
 Otros, solos o combinados

\* Schydlower M: Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics* 1993;91:1010-1013; Ellenhorn M: *Medical toxicology. Diagnosis and treatment of human poisoning*. Williams and Wilkins, 1997.

abordaje clínico, y no implica necesariamente que conozca la factores causales o asociados a la enfermedad, las manifestaciones fisiológicas y psicológicas, y las técnicas terapéuticas indicadas en cada caso; se puede

decir que la visión personal del ex adicto sobre las adicciones no necesariamente puede aplicarse a otras personas.<sup>35</sup>

Por otro lado, el terapeuta no ex adicto (y, por supuesto, no adicto en la actualidad) puede representar un mejor modelo, pues no significa necesariamente que jamás haya consumido, sino que tiene control sobre la forma de hacerlo. De cualquier manera, en el encuadre terapéutico se establece que se está trabajando con la problemática adictiva y personal del paciente, y no con la del terapeuta. Sea el terapeuta ex adicto o no, debe tener el conocimiento teórico y práctico de las técnicas terapéuticas específicas y la mayor experiencia posible en el tratamiento profesional de las adicciones.<sup>35,36</sup>

Es importante mencionar que en el argot de las adicciones se emplean comúnmente términos que tienen un significado vago o por lo menos ambiguo. “Soy alcohólico” puede querer decir cosas distintas para quien lo dice y para quien lo escucha. Es difícil determinar si quien lo dice está autorizado, es decir, si conoce los criterios para distinguir entre un trastorno por dependencia del alcohol vs. uno por abuso, por ejemplo. Es posible que sólo implique una comunicación descriptiva del consumo, o incluso una manifestación de jactancia patológica, probablemente inconsciente, por lo cual no se puede determinar *a priori* el valor del significado de dicha frase, y es necesario que quien la emitió especifique a qué se refiere.<sup>37</sup>

Algo similar ocurre cuando se dice “soy adicto rehabilitado”, pues no se puede determinar si se encuentra en abstinencia, en remisión parcial o total de la sintomatología, o incluso si el sujeto se considera ya “curado” de la adicción. Esto lleva a la falacia del concepto de curación total de la enfermedad, la cual es confundida usualmente con la remisión total de la sintomatología.

Algunos autores establecen una clasificación de los pacientes que los divide según el tipo de demanda con que se solicita la consulta para abordar una alteración adictiva. Existen, por un lado, los pacientes que asisten

### Cuadro 18-7. Modelo integral de las adicciones

Modelo de iniciación, continuación e interrupción del consumo de psicotrópicos

Antecedentes		
Antecedentes lejanos	Antecedentes inmediatos, efectos de aversión, consecuencias sociales	Aprendizaje de abstinencia, interrupción del consumo
Tendencia a consumir psicotrópicos	Consumo de psicotrópicos, tolerancia y síndrome de abstinencia	Estado de neuroadaptación
Consecuencias individuales		
Antecedentes lejanos	Antecedentes inmediatos, efectos del refuerzo	Aprendizaje de acercamiento, adicción

\* Modificado de: Velasco FR: *Las adicciones. Manual para maestros y padres*. México, Trillas, 1997.

sin demanda real, es decir, la necesidad de atención no surge de ellos mismos, sino por una presión externa. Ejemplo de ello es cuando son enviados por instancias jurídicas que los obligan a asistir a un número particular de consultas, cuando son condicionados en sus empleos o escuelas, y cuando los padres o las parejas exigen al abusador/adicto que asista a consulta ante la amenaza de consecuencias negativas si no lo hace.<sup>36,37</sup>

Este tipo de pacientes no logran, por lo general, avances terapéuticos mientras no están dispuestos a modificar sus esquemas, expectativas y metas; presentan resistencias al tratamiento de diversos tipos y lo abandonan en cuanto se retira la coerción.

El hecho de que existan instancias públicas que muestran interés en atender su problemática adictiva, ya sea por disposición oficial, por ser parte de las políticas intrínsecas de dicha institución o por la existencia de personal motivado e interesado en el bienestar del paciente, implica que al paciente se le ofrecerá atención independientemente de si presenta una demanda real de tratamiento o es presionado a ello. Al ver el paciente el interés del “otro” en abordar su patología adictiva, no logra el *insight* de que el interés por tratar esa condición y la decisión de hacerlo deben surgir de él mismo.<sup>38</sup> Resta tan sólo el camino arduo y pedregoso de la persuasión a través de una labor de cuestionamiento, convencimiento y negociación constante. El paciente, sin embargo, siempre conserva la opción de la resistencia a través de la aceptación aparente de la situación planteada en la terapia, intentando hacer creer al terapeuta que su convencimiento es real.<sup>36-38</sup>

Por otra parte, el sujeto que asiste convencido de que es necesario hacer algo al respecto (aunque no sepa concretamente qué hará o cómo lo logrará), en cuanto a su dependencia del alcohol o psicotrópicos, está en una posición más receptiva para reconocer las pautas y tendencias que lo condujeron a dicha patología y entender que lograr el control del consumo es una meta valiosa que implica un gran esfuerzo. Mucho se ha hablado de la personalidad del paciente adicto, que incluso puede llegar a adquirir la categoría de *sui generis*. Aunque existen ciertas tendencias generales o rasgos comunes a ciertos pacientes con adicciones, no existen perfiles de personalidad estrictos o invariantes.<sup>39,40</sup>

En todos los casos es necesario tomar en cuenta las diferencias individuales, la historia y los antecedentes personales, la sustancia específica predominante en su patrón de consumo, sus mecanismos de defensa y pautas de afrontamiento principales, sus condiciones socioeconómicas y un sinnúmero de variables que hacen difícil e inapropiado encasillar a los pacientes con adicciones en un patrón de personalidad fijo. Las tendencias apuntan

hacia la presencia de rasgos de personalidad sociopáticos y esquizoides, hacia estados de ánimo y respuestas emocionales de tipo depresivo y ansioso, y hacia estructuras de personalidad de tipo fronterizo (*borderline*).<sup>41</sup>

A pesar de las posibilidades de combinación de los factores mencionados y de su complejidad resultante, existe la tendencia a encasillar a los pacientes adictos en un molde o adjetivo único que pueda describirlos. Esto tiene su origen no sólo en los prejuicios y desconocimiento de la patología adictiva, sino en el hecho de que el sistema cognoscitivo humano tiende a agrupar de modo simplificado o sintetizado información que excede a su capacidad temporal de procesamiento o almacenamiento. Dicho de otro modo, la dificultad de considerar los diversos factores en los cuales existe variabilidad y conjuntarlos al mismo tiempo con los denominadores comunes encontrados en los sujetos con patologías adictivas hace que las personas recuerden sólo una o dos características prototípicas, representantes a su parecer de lo que implica ser adicto. Por ello, mucha gente aún asocia el término de alcohólico con el prototipo del “borrachín” tirado en la calle afuera de una cantina o pulquería.<sup>42,43</sup>

De modo complementario, se señala que es relativamente común que las preguntas que el público dirige a los expertos respecto al consumo de sustancias se refieran a la obtención de información acerca de remedios para el alivio temporal de los síntomas causados ya sea por la intoxicación o por la abstinencia. El caso más conocido es el de los síntomas de abstinencia posteriores a la ingestión de alcohol, llamados popularmente “cruda”, y que suelen mitigarse mediante alimentos de diversa índole. El énfasis en el tipo de alimento específico ignora la mayoría de las veces que el mecanismo principal de acción es la rehidratación por ingestión de líquidos y sales minerales, y por el suministro de alimentos que proporcionen rápidamente energía, como los carbohidratos simples o los complejos. La cuestión que debe señalarse es la preocupación respecto al consumo hasta que se perciben las consecuencias, sin ninguna previsión al respecto.<sup>44</sup>

Del mismo modo, existe un gran interés por encontrar remedios, fórmulas y medicamentos que logren disminuir los efectos de la intoxicación alcohólica, pero que no incluyan la intervención más evidente para ello: la interrupción misma del consumo de alcohol. Lo mencionado refleja la actitud de que el consumo de sustancias debe ser atacado cuando ya han aparecido los efectos y consecuencias fisiológicas, en vez de intentar evitarlos a través de una actitud preventiva que fomente la moderación o la abstinencia. Tal parece que el control en el consumo fuera una meta inalcanzable o incluso in-

deseable, y que el enfoque prevaleciente siguiera siendo el remediar en vez de prevenir.<sup>45</sup> Si lo anterior ocurre en la esfera fisiológica, la cual tiene un componente sensorial tangible, es de esperarse una dificultad similar o mayor en cuanto a consecuencias menos concretas en las esferas cognoscitiva, afectiva e interpersonal. Por ejemplo, la persona observa mayor preocupación por el rechazo social ante algún comportamiento inapropiado debido a los efectos de psicotrópicos que por su propia imagen al haber perdido el control. Así, en el mejor de los casos, el individuo se concentra en consecuencias externas (malestares físicos), pero ignora las repercusiones del abuso de sustancias en su autoestima al no lograr una adecuada toma de decisiones, o al no haber seguido la conducta planeada según sus intenciones.<sup>6</sup>

En muchos casos le importa más al sujeto en cuestión escapar de una consecuencia legal que evitar la posibilidad de daño a otros o el daño *de facto*, por ejemplo en los accidentes automovilísticos o a peatones debidos a la ingestión de alcohol.<sup>7</sup> Es conveniente, asimismo, mencionar las actitudes presentadas por las personas ante las sustancias “aliviadoras de todo mal” (vitaminas, tepezcohuite, melatonina, uña de gato, etc.), alimentos (nopal, miel de abeja) y medicamentos (Aspirina®, antibióticos, Viagra®, etc.), a las cuales se les atribuyen efectos casi milagrosos, pues se les “tiene mucha fe”. Es evidente la presencia de pensamiento mágico en alguna medida, independientemente de que estas sustancias puedan tener ciertos beneficios específicos si son adecuadamente aplicadas. A estas sustancias, así como a quien las recomienda o administra, se les deposita una gran carga afectiva que incluye expectativas usualmente irreales, que pudieran implicar una carga transferencial y que únicamente expresan una gran motivación hacia la realización del deseo de curación. Por una parte se ignoran los efectos y la utilidad específicos de la sustancia, y por la otra se desconocen vías alternas realmente eficaces para el abatimiento del padecimiento o la sintomatología.<sup>10</sup>

El otro lado de la moneda respecto a la credulidad tiene que ver con el hecho de que es más fácil que los sujetos susceptibles a la sugestión se adhieran o sostengan en cualquier fenómeno que los haga sentirse seguros.<sup>15</sup> Tienden a apoyarse en exceso en alguna instancia que los ha convencido de ser un medio eficaz para superar los obstáculos o sentir confianza y seguridad, la cual no han podido adquirir por otros medios. Las sustancias llegan a erigirse en este tipo de sustitutos que, en vez de resolver la problemática del sujeto para enfrentar sus conflictos, la incrementan, pues incapacitan al sujeto y le impiden utilizar sus recursos psicológicos “naturales”. Estas muestras de adherencia hacia este tipo de ob-

jetos y símbolos constituyen un mecanismo de defensa (del tipo de la negación o la formación reactiva) que intenta cubrir a una fuente importante de inseguridad subyacente y de temor a enfrentarse con la realidad, y que se manifiesta en conductas de resistencia hacia el tratamiento.<sup>14,17</sup>

El desconocimiento de las implicaciones prácticas del síndrome de abstinencia lleva a las personas a conclusiones imprecisas; por ejemplo, asocian el consumo de la sustancia con la disminución de los desagradables síntomas producidos por la abstinencia y le asignan a dicha sustancia la cualidad de aliviar tales molestias, ignorando que es, en primera instancia, la misma sustancia la que provocó esos síntomas y que hace caer en un círculo vicioso, o más bien en una espiral ascendente debido al fenómeno de tolerancia.<sup>17-19</sup> Se llega de ese modo a generalizaciones arbitrarias al basarse en una observación y conclusión intuitiva del tipo “los adictos son agresivos, o mentirosos, o no tienen valores” sin considerar que “no son todos los que están ni están todos los que son”. Así, las actitudes hacia los pacientes adictos son matizadas por este tipo de interpretaciones y conclusiones, por lo cual las respuestas hacia estos pacientes suelen incluir cierto grado de rechazo.<sup>45-47</sup> Esto ha llevado a conceptualizar la adicción como un “vicio” con todo lo que implica (hábito negativo, voluntario, inmoral, que debe ser repudiado) en vez de enfermedad (padecimiento donde se requieren intervenciones médicas y psicológicas, además de la participación activa del paciente para revertir una situación de desequilibrio biopsicosocial originado por la dependencia de las sustancias).<sup>10,48</sup>

El adjudicarle un peso moral a una cuestión de salud también ha sido fuente de desorientación, puesto que fomenta la resistencia a aceptar una situación que desde esa postura es considerada moralmente inaceptable. Es evidente que cada conceptualización conduce a respuestas totalmente distintas: la primera reacciona afectivamente al escandalizarse de la situación, y la segunda propone una intervención para solucionarla.<sup>44,45</sup> Las actitudes sociales llegan incluso a pensar que el tratamiento de las personas adictas está indicado con un fin coercitivo o punitivo y no rehabilitatorio.<sup>10,38,43</sup> Los medios masivos de comunicación han colaborado también a que las opiniones se polaricen hacia una u otra postura sobre si debe privilegiarse la atención al individuo adicto o dar preferencia a la sociedad al protegerla del daño que este paciente le pueda causar.<sup>48</sup> Una intervención efectiva en cuanto a los avances logrados en la rehabilitación y reinserción social solventarían estos dos puntos, que son antagónicos sólo en apariencia, pues se ayudaría al individuo así como a la sociedad a la que pertenece. Sería muy adecuado y satisfactorio poder

contar con un nivel óptimo de calidad competitiva en la actuación del personal institucional que fuese capaz de abatir la mitología popular en materia de adicciones.<sup>37</sup>

## RECOMENDACIONES

- En la problemática de las adicciones: no están todos los que son, ni son todos los que están.
- La ingenuidad es una autotrampa. No crea todo lo que oiga.
- Cuando quiera saber, recurra a fuentes mejor informadas.
- El esquema es: especialidad vs. sentido común.
- Para aprender hay que leer. Para curarse hay que atenderse.
- Los adictos crónicos a la cocaína y su desfrontalización impiden el abordaje desde ángulos o puntos de vista no profesionales.
- La neuroimagenología de finales de la década de 1980 a la fecha (tomografía axial computarizada, resonancia magnética y otras) corrobora la existencia de lesiones por abuso y adicción, lo cual hace imposible que se le pida a un paciente que coopere y menos aún que dirija su tratamiento.
- Los tratamientos que ignoran los avances científicos, que no cuentan con más visión que la identificación grupal y el rezo, pueden ser calificados, debido a su obsolescencia medieval, como procedimientos inadecuados e ineficaces por sí mismos, toda vez que representan ignorancia, pero sobre todo colaboran en la producción de iatrogenia, razón por la cual se deben modificar con recursos de conocimiento. A tales personas ha de decirseles todo lo que ignoran de las adicciones y se tomará de ellas todo lo que se ignore de esa experiencia no sistematizada y anecdótica.
- Las apariencias engañan: no se pueden medir por encima los fenómenos e inferir a partir de lo que se aprecia por “afuera”, tal como lo señala la historia en la práctica de la psiquiatría. La personalidad de una histérica, de un epiléptico, de un psicópata o de la conducta compulsiva, muestran distintos ejemplos de lo que desde afuera no se aprecia ni se comprende, menos aún la razón de lo que representa.
- Muchos familiares de pacientes, por ejemplo, ignoran que su hermano, hijo, etc., es un enfermo, y que lo que obra obedece y se explica por la enfermedad, cuyo comportamiento tiende a verse como

anormal sólo cuando se concibe morboso. Antes de ello, sólo se aprecian características que no describen a los pacientes y en cambio los tipifican peyorativamente (flojo, loco, agresivo, etc.).

- Es evidente la perniciosa influencia que tienen estos mitos en la salud y en las conductas de consumo de los individuos. Así, es imperativa la educación para la salud en materia de adicciones, para que el ciudadano común tenga elementos que le permitan modificar sus pautas de pensamiento y conducta (cuadros 18-8 y 18-9).

A continuación se muestran algunos de los distintos ejemplos acerca de los mitos que se hallan alojados en la patología social y costumbres de quienes participan en los problemas de las adicciones:

- El consumo inicial de “drogas blandas” nunca lleva al consumo posterior de “drogas duras”.  
**Respuesta.** La experiencia clínica y las estadísticas de esta patología confirman lo contrario.
- El único peligro de las drogas es el riesgo de tener una sobredosis.

**Respuesta.** No se clarifica cuál corresponde a cada una de ellas, y además se descuida el riesgo de dependencia física y psicológica y sus

### Cuadro 18-8. Aspectos por considerar en el tratamiento de las adicciones \*

Detección de caso
Diagnóstico nosológico y diferencial
Detectar comorbilidad adictiva y psiquiátrica
Detectar y desarrollar recursos pertinentes por la experiencia
Liga intensa, cercana y particular
Catalizar la eficacia de los recursos contra la reiteración compulsiva
Mantener abstinencia
Vigilancia prolongada del paciente
Iniciar fase de crecimiento de sí mismo
Tolerar la vindicación patógena del trastorno por abuso/ adicción
Reorientar el carácter compulsivo de la enfermedad
Metas de manejo: mejoría, remisión y curación <i>ad integrum</i>
Promover reflexión sobre el problema
Coordinar indicaciones para el cuidado de las conductas de riesgo
Combatir la diseminación patógena
Aprender a digerir la frustración compartida

\* Simposio Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. LXI Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría. CMN Siglo XXI, IMSS. 1997. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.



### Cuadro 18-9. Otros factores por estudiar en adicciones \*

Papel de la herencia en la fisiopatología adictiva  
 Tipo de rasgos de personalidad prevalentes en abusadores y adictos  
 Participación de los factores de riesgo  
 Participación de los factores de protección  
 Papel de los modelos de abordaje de las adicciones en reducción de la disponibilidad y la oferta de consumo  
 Unificación de criterios oficiales para el abordaje institucional de las adicciones  
 Determinación-aplicación de la política de salud en el sector  
 Definición y aplicación de los instrumentos clínicos por utilizar  
 Evaluación comparativa de resultados

\* Simposio Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. LXI Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría. CMN Siglo XXI, IMSS. 1997. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG: Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.

devastadoras consecuencias en todos los ámbitos de la vida del sujeto.

- Los medicamentos deben evitarse porque no son naturales y causan adicción.

**Respuesta.** Se debe clarificar pertinentemente la iatrogenia derivada ya sea de falta de adherencia terapéutica o bien por temor a caer en alguna adicción, ya que la función terapéutica de la medicina y su indicación frente a condiciones de enfermedad la justifican.

- “El medicamento que le sirvió a un conocido con síntomas parecidos a los míos funcionará también para mí.”

**Respuesta.** Se señala el riesgo de la automedicación, de intoxicación por sobredosis o combinaciones desfavorables y, a la larga, dependencia, como en el caso de analgésicos y otros fármacos.

- Algunas drogas tienen efectos afrodisíacos.

**Respuesta.** Se alude al uso o abuso de sustancias y bloqueo de pautas interpersonales y afectivas que promuevan cercanía o intimidad con la pareja.

- Consumir drogas aumentará atractivo físico, simpatía, inteligencia.

**Respuesta.** Se desea con ello favorecer el reforzamiento de la carencia de autoestima y falta de seguridad en sí mismo a través de una sustancia que no resolverá el problema y en consecuencia empeorará la condición por falta de manejo adecuado.

- Sin drogas no se pueden experimentar los sentimientos o sensaciones que ellas producen.

**Respuesta.** El desencadenamiento de la curiosidad respecto a este tema favorece el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. La confusión social y la ignorancia en ese sentido no ponen freno adecuado a la curiosidad autoagresiva y malsana.

- No existen experiencias vivenciales que produzcan efectos equivalentes o superiores a los que inducen las drogas.

**Respuesta.** Se muestra falta de iniciativa para explorar actividades y experiencias novedosas, estimulantes o placenteras además de saludables, así como pasividad y poca imaginación.

- Las drogas mejoran el rendimiento laboral, deportivo, intelectual, creativo.

**Respuesta.** Se trata de una generalización peligrosa que afecta negativamente el rendimiento natural e induce al abuso y a la dependencia.

- El consumo de drogas es temporal, mientras se solucionan otros problemas, y una vez resueltos, éstas se abandonarán.

**Respuesta.** Tal modo de pensar induce a la complicación de los problemas y subestima la capacidad adictiva de las drogas y las circunstancias que favorecen el consumo, y facilitan la presencia de problemas en la salud física y mental.

- Existen personas exentas del riesgo de caer en una dependencia de las drogas.

**Respuesta.** Tal exceso de confianza entendida como negación (como fenómeno psíquico o por ignorancia) facilita la exposición a factores de riesgo y descuido de los factores protectores.

- El único motivo para consumir es por el placer que causa o porque se desea, y no porque se necesite.

**Respuesta.** La racionalización y la negación de factores causales reales son mecanismos psicológicos inconscientes que favorecen la dependencia por exposición a los factores de riesgo.

- Un poder superior (Dios) es el único responsable del logro de la abstinencia o a Él se debe tal capacidad.

**Respuesta.** La racionalización toma muchas formas y permite ignorar los factores concretos que inciden en el logro de la abstinencia.

- Para poder dejar las drogas es necesario ponerse en sus manos (Dios).

**Respuesta.** Ausencia de adjudicación de la responsabilidad propia y falta de confianza en las

propias capacidades. Desplazamiento de la posición de respuesta frente a sí mismo y los demás.

- Las drogas se pueden dejar en el momento en que se desee o uno se lo proponga.

**Respuesta.** La experiencia señala que, cuando se presenta la recaída, surgen sentimientos de culpabilidad, desesperanza e indefensión; propicia rechazo hacia el paciente adicto, puesto que implica que éste no desea recuperarse lo suficiente.

- El consumo (de psicotrópicos) se deriva de decisiones exclusivamente morales, sin intervención de factores sociales, psicológicos o biológicos.

**Respuesta.** Se subestiman factores que inciden en la conducta y que son hasta cierto punto ajenos al control del sujeto o involuntarios, por lo menos mientras sean inconscientes o no los tome en cuenta.

- El logro de la abstinencia es condición suficiente para lograr todos los propósitos.

**Respuesta.** Si bien es cierto que la abstinencia es esencial en el tratamiento, se dejan de lado otros factores importantes, como el logro de metas y satisfactores, el control de estados de ánimo, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, los cambios en los hábitos y en el estilo de vida, y la superación personal en general.

- Pueden dejarse las drogas sin tener que realizar un esfuerzo importante.

**Respuesta.** Se minimiza la dificultad de abandonar el consumo como mecanismo de defensa y se retira el énfasis en la prevención, permitiendo así que se genere un problema fácil de evitar, pero muy difícil de resolver.

- El aceptar ayuda profesional en el tratamiento de las adicciones implica debilidad y falta de control sobre la vida propia.

**Respuesta.** Esta creencia se deriva, al parecer, de que es el terapeuta y no el paciente quien va a realizar los cambios necesarios para el manejo de la condición adictiva, lo cual demora o impide la búsqueda de ayuda terapéutica, minimizando así las probabilidades de recuperación y generando, en consecuencia, daños por retraso.

- Para poder entender y ayudar a un adicto, una persona necesariamente tuvo que haber sido adicta anteriormente.

**Respuesta.** Esta postura implica cierto grado y tipos de resistencias (variables) y sensación de no ser comprendido por parte del profesional si éste no fue adicto. Tal postura conlleva una serie de variantes iatrogénicas por falta de inter-

vención terapéutica real, objetiva y eficaz, en caso de que quien brinde la atención sea ex adicto no profesional, quien habitualmente no cuenta con preparación terapéutica formal. Además, aún falta determinar el grado de actividad o adicción que presente y su comorbilidad psiquiátrica.

- Las drogas influyen o controlan la conducta de la misma manera que los amuletos, objetos religiosos u otros en los que se deposita fe, o mediante algún mecanismo secreto o misterioso.

**Respuesta.** Esta postura deriva del pensamiento mágico, en el cual existe un alto grado de incertidumbre acerca de la efectividad de las modificaciones e intervenciones para el logro de la abstinencia y el desplazamiento de la responsabilidad individual.

- La dependencia de las drogas es totalmente ajena a las características de la persona que las consume.

**Respuesta.** En dicha generalización se exhibe la imposibilidad de incorporar al tratamiento las diferencias individuales y aplicar una intervención a la medida del sujeto.

- El aumento en la tolerancia significa que el cuerpo se está acostumbrando, por lo cual *ya no le hace tanto daño* aunque consuma mayor cantidad del psicotrópico.

**Respuesta.** Popularmente se acepta que “pequeña dosis de veneno no mata” y que el aumento en cantidad o frecuencia del patrón de consumo indica más potencia corporal que daño crónico y debilitación posterior.

- Quien consume más cantidad de psicotrópicos sin mostrar efectos aparentes tiene mayor resistencia o “aguante”.

**Respuesta.** Esta postura refuerza la necesidad de demostrar o impresionar a los otros con el afán de obtener aprobación o reconocimiento, por lo cual evidencia y magnifica la falta de autoestima y de seguridad en sí mismo.

- La recaída es un empeoramiento del cuadro y no forma parte de la evolución del padecimiento adictivo.

**Respuesta.** El concepto de enfermedad es fundamental para entender la recaída. Ésta es una respuesta intermitente (la mayor parte de las veces) a la participación de múltiples elementos simultáneos que explican tanto el proceso adictivo como su posible recuperación.

- El adicto es un vicioso incurable.

**Respuesta.** Tal postura obstaculiza los esfuerzos individuales y sociales, terapéuticos y reha-

bilitatorios que se dirijan a la población que consume psicotrópicos u otras sustancias.

- Un adicto es siempre un sujeto indigente, sucio, vulgar, vicioso, repulsivo y totalmente desviado de lo esperado socialmente.

**Respuesta.** El desprecio —e incluso el auto-desprecio— por su condición se deriva generalmente de su incompreensión, y magnifica los prejuicios y desvía la conceptualización científica de las adicciones hacia una visión moralista que impide reconocer la enfermedad en términos de un problema de salud individual y colectiva de magnitud desproporcionada.

- El mezclar alcohol con antibiótico (confusión con antihistamínicos) u otros medicamentos potencia sus efectos (“se cruza”).

**Respuesta.** En general, no se recomienda combinar alcohol u otras sustancias con ningún otro medicamento, salvo por indicación del médico tratante.

- La intoxicación con alcohol y otras drogas disminuye (“se baja”) con café o con duchas de agua fría.

**Respuesta.** Aunque empiezan a aparecer en el mercado nacional algunas sustancias (metadoxina) que combaten la intoxicación con alcohol al bloquear su metabolismo, esto no puede generalizarse a las demás sustancias. Tal desconocimiento y confusión sobre los efectos y propiedades de los psicotrópicos hace que se piense en términos mágicos que permiten la proyección de expectativas personales.

- La marihuana no hace daño y por lo tanto debe legalizarse.

**Respuesta.** En tal postura se ignoran los efectos psicotrópicos del producto y su capacidad para producir otros problemas (como el abrir la puerta a otras drogas adictivas), y se fomenta su consumo, actitudes y opiniones no fundamentadas.

- Fumar no siempre causa daño a la salud física.

**Respuesta.** La justificación que busca emplearse acerca del consumo del tabaco mediante un proceso de negación —a veces por ignorancia— hace que el consumo se perpetúe y trate de soslayar los importantes daños individuales y colectivos que causa.<sup>10,16,36</sup>

Por último, se desea hacer una recomendación para la realización de una encuesta de campo a efecto de obtener información sobre drogas (tipos, mezclas, dosis, vías de administración, etc.) y sus respectivas modalidades de consumo.

Cualquiera de las siguientes tres estrategias, o las tres, puede promover el conocimiento de las creencias y mitos que la mayoría de la gente tiene respecto de las sustancias psicotrópicas:

1. Realizar una pregunta general, que se preste a la expresión abierta, como: ¿qué sabe usted acerca de las drogas?
2. Proporcionar una lista de los mitos más frecuentes sobre psicotrópicos y que las personas respondan si están de acuerdo o no.
3. Solicitar a los participantes que expresen sus dudas o hagan preguntas sobre psicotrópicos.<sup>10</sup>

## REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M: Del doxe al epistemos. *Bol Inst Mex Psicoanál* 1995;1(1):12-13.
2. Souza y Machorro M: *La educación para la salud mental de la población general y grupos específicos*. Memorias de la I Reunión sobre Investigación y Enseñanza. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982:142.
3. Souza y Machorro M: La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud Mental* 1984;7(2):19-23.
4. Souza y Machorro M, Turull TF, Cárdenas AJ: Los enfoques sociomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol. *Rev Fac Med Mex* 1984;27(11):11-17.
5. Souza y Machorro M: Atención primaria a la salud y aspectos preventivos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1989; 2(3):81-124.
6. Souza y Machorro M: El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(1):13-27.
7. Souza y Machorro M: El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33:15-26.
8. Souza y Machorro M: Adolescencia, salud sexual y educación. *Revista CIJ* 1997;8:85-87.
9. Souza y Machorro M: La profesionalización de la terapia de las adicciones. *Nosotros* 2000;3(33):9-10.
10. Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ *et al.*: *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud*. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
11. Souza y Machorro M: La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
12. Institute of Medicine: *Dispelling the myths about addiction*. Washington, National Academy Press, 1997.
13. Geller B, Cooper TB, Sein K: Double blind and placebo

- controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:171-178.
14. **Cueva JE, Overall JE, Small AM:** Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:480-490.
  15. US Preventive Services Task Force: *Guide to clinical preventive services*. 2ª ed. Alexandria, International Medical Publishing, 1996.
  16. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
  17. **O'Brien CP, McLellan AT:** Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996;347:237-240.
  18. **Klumen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatric Clin N Am* 1999;22(2):471-480.
  19. **Chappel JN:** Educational approaches to prescribing practices and substance abuse. *J Psychoactive Drugs* 1991;23:359-363.
  20. **Cleary PD:** Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *Am J Med* 1988;85:466-471.
  21. **Ewing J:** Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 198;252:1905-1907.
  22. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4ª ed. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
  23. American Psychiatric Association: Work Group on substance use disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 1995;152(59):3-5.
  24. Comisión Nacional de Derechos Humanos: *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1995.
  25. **Cunningham JA, Humphreys KA:** Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *J Stud Alcohol* 2000;61:794-798.
  26. **Chick J, Erickson CK:** Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:391-402. Review.
  27. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal, 1998.
  28. **Marlatt A, Barret K:** Relapse Prevention. En: Galanter M, Kleber H (eds.): *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994: 285-287.
  29. **Elizondo LJA:** Evolución histórica del concepto de alcoholismo. En: Velasco FR: *Alcoholismo. Visión integral*. 2ª reimp. México, Trillas, 1997.
  30. National Institute on Drug Abuse: *Therapy manual for drug addiction. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction*.
  31. **Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado GA:** Binomio SIDA-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría* 1999;15:61-67.
  32. Programme on Substance Abuse: *Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, World Health Organization, 1993: 27-31.
  33. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;15:12-19.
  34. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCCPA). Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Salud Publ Mex* 1985;7:291-307.
  35. **Souza y Machorro M:** *Curso básico de adicciones*. Centros de Integración Juvenil. Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS.) Gobierno del Distrito Federal. Ciudad de México, Curso dictado, 2002.
  36. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  37. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
  38. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med Univ Nac México* 1990; 33:15-26.
  39. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría* 1998;14: 100-106.
  40. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
  41. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BL, Guisa CV, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13- 25.
  42. **Souza y Machorro M:** Legislación y alcoholismo. *Salud Mental* 1981;4:1-3.
  43. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
  44. **Souza y Machorro M:** Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones. I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 1999:13-16.
  45. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000;16:110-116.
  46. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*. México, 1995.
  47. Organización Mundial de la Salud (OMS): Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. En: OMS: *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Ginebra, OMS, 1993.
  48. **Souza y Machorro M, Díaz BSL:** Actualización médica y tecnología comunicacional. *Revista CIJ* 1997;9:77-78.



## Educación y entrenamiento clínico\*

La educación médica del personal de salud en relación con la enseñanza de las adicciones aún muestra en la actualidad importantes obstáculos no superados. Los rasgos que parecen caracterizarla desde hace varios decenios ocurrieron de modo semejante en los distintos países del continente americano.<sup>2,3</sup> En EUA, por ejemplo, de acuerdo con las declaraciones de Benjamín Rush, padre de la psiquiatría estadounidense, las raíces se remontan a la última parte del siglo XIX.<sup>4</sup> Entre los antecedentes más destacados que evidencian esta problemática se señalan en primer término las circunstancias sociales, educativas y políticas imperantes en la Unión Americana de ese tiempo, que prohicieron un profundo desdén hacia la patología mental y, en consecuencia, la vinculada con las adicciones. Este rechazo propició graves consecuencias psicológicas y sociales, en tanto que la patología adictiva no se consideraba como un trastorno y durante la primera mitad del siglo XX no estuvo contextualizada en el campo de la salud mental.

Por sus alcances en el ámbito nacional, la tarea pionera de la Asociación Médica sobre Alcoholismo de la ciudad de Nueva York en 1954, reforzada en 1967 por la Sociedad Médica Americana de Alcoholismo, permitió diseñar, organizar y establecer los primeros esfuerzos formales dirigidos a estudiar, clasificar y promover la educación en esta materia, ubicándola como un tema de suma importancia por derecho propio. Estos esfuerzos no han perdido vigencia desde entonces, y se mantienen en constante desarrollo en distintos programas de actualización educativa en diferentes sociedades y asociaciones relacionadas con el problema adictivo en esa nación.<sup>5</sup>

Uno de los más valiosos precedentes históricos dignos de evocación ocurrió en 1956, cuando la Asociación Médica Americana (AMA) reconoció por vez primera el alcoholismo como enfermedad.<sup>5</sup> Sin embargo, pese al trascendental reconocimiento de esta acción, en la mayoría de los países que aceptan las adicciones como parte de la patología psiquiátrica, acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, no se observa la respectiva repercusión académica en la enseñanza del personal de salud.<sup>6,7</sup>

La mayor parte de los autores que han estudiado la historia del movimiento educativo en adicciones coinciden en que la acción educativa en esta materia se inició formalmente a principios de la década de 1970, durante el pleno de la Primera Conferencia Nacional sobre Alcoholismo en EUA.<sup>8</sup> En ese tiempo, de 60 escuelas de medicina existentes, sólo 10% de los estudiantes matriculados en ellas afirmaron haber recibido un curso en el que se tratara formalmente el tema de la rehabilitación del alcoholismo u otras adicciones.<sup>9</sup> La AMA, importante sociedad científica reconocida en ese país como una autoridad educativa y moral, al reconocer esta necesidad educativa como un asunto emergente y trascendental, promovió la modificación del currículo profesional de salud en ese país<sup>10</sup> y su consecuente repercusión en el ámbito mundial, incluyendo México.

Esta nueva política de salud hizo patente la necesidad de recabar fondos encaminados a la formación educativa de profesores en este campo,<sup>11</sup> y posteriormente, tomando en consideración los principios vigentes de Salud Pública, de realizar estudios de planeación para

\* Souza y Machorro M: Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza Y Machorro M: La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.

crear una infraestructura de servicios, y una asignación presupuestal que garantizara la continuidad de los programas. Así, el profesorado recién instruido, durante el periodo 1972-1981 transmitió su conocimiento en 95 escuelas de medicina y ciencias afines.

De modo paralelo, desde 1935 se manifestó un fenómeno social aún vigente: la creación de los denominados grupos de ayuda mutua, tal como se enuncia en la Norma Oficial Mexicana, NOM,<sup>12</sup> Alcohólicos Anónimos. Los grupos de AA empezaron a desarrollar acciones asistenciales diversas, emparentadas con los objetivos médicos y de lo que en algunos países se conoce como *psiquiatría de las adicciones*. Esta red de servicios con apoyo y recursos propios, a partir de 1939 con la creación de su texto básico *Los doce pasos y las doce tradiciones*, proporciona atención comunitaria a sus afiliados, incluyendo también a poblaciones de alto riesgo, como los profesionales de la salud, y alcanza paulatinamente una amplia cobertura.<sup>1</sup> En México, un estimado oficial aportado por CONADIC calcula que hay alrededor de 13 000 grupos.<sup>3</sup>

En 1983, la Sociedad Médica de California expidió por vez primera un reconocimiento académico a personal de la salud que asistió a un curso de alcoholismo.<sup>13</sup> Poco tiempo después, una investigación realizada en 1986 continuó con el cambio, al incluir en su currícula temas relacionados con las adicciones; este estudio incluyó 294 departamentos de medicina interna, medicina familiar y psiquiatría de 98 escuelas de medicina estadounidenses.<sup>14</sup>

No obstante, la mayor parte solamente recibieron enseñanza en torno a las repercusiones físicas y sociales. En ese tenor se describen también los primeros esfuerzos académicos en materia de prevención de la Universidad Johns Hopkins, que lograron consolidar un primer curso de adicciones de 13 h de duración, dirigido a médicos de atención primaria.<sup>15</sup> Tan sólo dos años más tarde, en 1988, la AMA publicó los lineamientos médicos prioritarios sobre adicciones, en los que define su postura social y política, y en los que funda su participación profesional, a efecto de difundir “el punto de vista oficial de ese país” en la materia.<sup>16</sup> Sus consideraciones tuvieron un doble propósito: mejorar el conocimiento profesional del problema y favorecer el desarrollo de habilidades en el personal de salud, para hacer frente a este fenómeno. Derivado de esta acción, se estima que en el ámbito educativo de las adicciones, el conocimiento mínimo que debe tener el personal de salud debe acompañarse siempre de una temática *ad hoc*.<sup>6,7,16</sup> (cuadro 1-6).

En ese mismo sentido, los distintos criterios de los profesionales agrupados en torno a la AMA convinieron en considerar que fuera en todo momento una res-

ponsabilidad ética del personal de salud el efectuar acciones de diagnóstico y autodiagnóstico temprano, y promover el tratamiento oportuno para acortar el curso y evolución del trastorno.<sup>17</sup>

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) reconoció en 1981 que cerca de 30% del total de los problemas psiquiátricos ocurridos en ese país se derivan regularmente de problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras sustancias psicotrópicas,<sup>18</sup> reconociendo implícitamente la naturaleza crónica del padecimiento adictivo y las consecuentes recaídas. De ahí que como meta óptima de toda terapéutica antiadictiva se recomiende la consolidación de la abstinencia y su supervisión,<sup>17,18</sup> la que, de acuerdo con la experiencia clínica, debe ser total, sostenida y sin concesiones, para poder alcanzar beneficios duraderos y permitir, asimismo, el acceso a un estilo de vida saludable.<sup>10,13</sup>

Por otro lado, debe tomarse en consideración que a partir de 1987 se recomienda que durante la formación psiquiátrica y psicoterapéutica, y también como parte de la práctica cotidiana en adicciones, se incluya la supervisión clínica de casos. Esta variante pedagógica, frecuentemente ignorada por los profesionales, debe considerarse como un componente fundamental en los programas de enseñanza. La duración de esta actividad varía de acuerdo con las capacidades y habilidades clínicas de los alumnos bajo supervisión.

Cuando el supervisando entra en contacto con los pacientes y su compleja problemática individual, se promoverá el reforzamiento de actitudes y conceptos técnicos, punto crucial donde la enseñanza de las adicciones cobra aún mayor relevancia, ya que dicho contacto posibilita la consolidación de una realidad teórico-práctica que refuerza la capacidad de realizar las intervenciones clínicas requeridas.<sup>19,20</sup> En este contexto se puede afirmar que todo tratamiento posible en casos de adicción debe efectuarse tomando en consideración la singularidad del sujeto y su visión del mundo. Por ello, de modo complementario, la familiarización profesional con los grupos de ayuda mutua forma parte de los lineamientos de prevención de esta patología, porque aquéllos coadyuvan al manejo, una vez controlado médica y psiquiátricamente el cuadro agudo de intoxicación y abstinencia, y son especialmente de utilidad en la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia posterior tardía<sup>17</sup> en distintos programas de tratamiento.<sup>18-20</sup>

La Academia Americana de Medicina Familiar asumió en 1983 una posición decisiva al solicitar a los especialistas en familia un sólido conocimiento actualizado y refrendable, como trámite de su certificación periódica en la especialidad.<sup>21</sup> Más adelante, en 1985, el Cole-

gio Americano de Médicos asentó en la política pública de salud estadounidense que “la dependencia a sustancias químicas debía reconocerse como enfermedad y por lo tanto se requería practicar un diagnóstico médico y un tratamiento adecuado, razón por la que se recomendó el reforzamiento de una enseñanza formal”.<sup>22</sup> De hecho, una revisión de estudios epidemiológicos realizada en torno a los problemas adictivos mostró que 70% de los pacientes de EUA —algo muy semejante a lo que ocurre en México— habían sido atendidos en primera instancia por médicos de atención primaria, llamados de primer contacto.<sup>23</sup>

A partir de esa fecha, el interés médico fue creciendo y el gremio médico se propuso realizar la primera Conferencia Nacional sobre Alcohol y Drogas-Educación, para médicos de atención primaria, la cual fue realizada durante 1985; de ella derivaron importantes recomendaciones.<sup>23</sup> La más importante de éstas se refiere a que el personal de salud de clínicas, hospitales y centros de tratamiento, siguiendo las políticas y recomendaciones normativas, debe tener el conocimiento teórico y mostrar capacidad de manejo en las distintas áreas complementarias (cuadro 1-7).

Por otra parte, la estrategia educativa derivada del consenso de la conferencia anteriormente citada<sup>23</sup> promovió nuevos señalamientos dirigidos a la enseñanza de materias vinculadas con el conocimiento de las adicciones y que deben iniciarse en los primeros años de estudio profesional para poder contender con los efectos estigmatizantes de la patología adictiva y su reforzamiento negativo.<sup>7</sup>

A pesar de los logros alcanzados y de la intención educativa a nivel técnico y profesional, las actividades de enseñanza, entendidas como un fenómeno dinámico, implican una renovación constante en la metodología, la investigación, las técnicas didácticas y el conocimiento de la población objetivo. Por lo tanto, conviene también que los profesores se actualicen sobre la especificidad de distintas técnicas que han demostrado su eficacia y efectividad en la prevención y tratamiento de poblaciones con características culturales y educativas, especialmente aquellas que no se muestran receptivas a un saber ajeno a sus procesos de adquisición del conocimiento. De esta aseveración se deriva que las actividades de enseñanza y las materias que conforman los programas de estudio continúan siendo un asunto inconcluso dada su heterogeneidad, razón por la cual muchos autores contemporáneos consideran que aún prevalecen amplias lagunas en el conocimiento que prohíjan déficit en el reconocimiento de la patología adictiva, deplorables fallas y rezago constatable, tanto en su manejo como en su rehabilitación.<sup>3,6,19</sup>

A efecto de contextualizar en forma sucinta el estado actual de la educación técnica y profesional en materia de adicciones y su práctica clínica,<sup>24</sup> se describen a continuación en forma sucinta los factores que limitan el proceso educativo en adicciones: las ahora clásicas cuatro vertientes identificadas por Clark al inicio de la década de 1980<sup>25</sup> (cuadro 19-1). Éstas, aunque fueron dirigidas específicamente al alcoholismo, mostraron en su momento mayores alcances y relevancia epidemiológica en comparación con otros psicotrópicos usados en menor cuantía.<sup>26,27</sup> Por ello, se estima que algunas de ellas no han perdido vigencia ni utilidad para referirse igualmente a otras sustancias adictivas.

1. **Aspectos cognitivos.** Las deficiencias se vinculan principalmente con el desconocimiento existente en el campo, relacionado con la enorme variedad de síntomas generados por el consumo tanto agudo como crónico de alcohol y de otras muchas sustancias con las que suele combinarse. Dicha ignorancia y subestimación del conocimiento no contribuye al fomento del uso de una nosología apropiada que dé cuenta del diagnóstico primario, los diagnósticos diferenciales y, más especialmente, de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica que acompaña siempre a los casos de abuso/adicción, por leves que éstos sean.
2. **Aspectos actitudinales.** Esta vertiente tipifica la visión prejuiciada que aún mantiene el personal de salud de distintos países respecto del paciente abusador/adicto y, en forma particular, del tratamiento por seguir, actitud con la cual se disminuye la necesaria apertura, sensibilidad y disposición del clínico y el personal de salud para vencer las dificultades diagnósticas y llevar a cabo un tratamiento formal. Éste, por regla general, es largo, sinuoso y nunca está exento de dificultades que exigen precisamente de quien no la tiene una disciplina enfocada a la salud y a la administración (vital) del autocuidado. Además, ha de señalarse claramente que el curso del manejo antiadictivo se caracteriza por la presencia de una alta resistencia emocional, expresada de muy distintas maneras, en la que lo esperado —es importante enfatizarlo así— es la recaída en el consumo, que por un lado forma parte de la evolución del cuadro adictivo y por la otra da continuidad a la disfuncionalidad psicofísica y sociolaboral.
3. **Aspectos comunicacionales.** Vale decir que, como el problema de comunicación en las relaciones humanas es tan frecuente que quizá sea la regla, la relación médico-paciente no puede ser la ex-



**Cuadro 19-1. Causas del bloqueo  
diagnóstico-terapéutico del alcoholismo  
(Clark, 1981)\***

---

Cognitivas  
Actitudinales  
Comunicacionales  
Conceptuales

---

\* Modificado de: Clark WD: Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. *Am J Med* 1981;71:275-286.

cepción. En ésta, que desde luego es extensiva a todo el equipo de la salud, el problema suele hacerse evidente cuando aparece la resistencia psicológica del paciente al manejo propuesto —dirigido siempre en aras de la abstinencia total, sostenida y sin concesiones—, y provoca en el personal de salud —especialmente en el terapeuta que enfrenta el manejo— respuestas defensivas, negativas, equivocadas o inadecuadas llamadas contratransferenciales, que obliteran aún más el manejo. Esto refuerza a su vez la posibilidad de generar una mala relación interpersonal sin la cual se hace imposible pensar en términos de apoyo profesional.

**4. Aspectos conceptuales.** Es frecuente observar en la actualidad todavía, a pesar del gran avance social promovido por la globalización de la información psicológica y científica en general, cómo los distintos profesionales de la salud, especialmente los más orientados hacia la cosmovisión orgánica de la patología humana, no son capaces de constatar el alcoholismo o adicción de los pacientes que atienden, en ausencia de una afectación orgánica precisa y demostrable de un tejido, aparato o sistema. Tal actitud reticente, aparte de que podría calificarse de claro reflejo de un criterio reduccionista, incumple frente a sí la responsabilidad individual/social del clínico o de cualquier miembro del equipo con su profesión, limita el diagnóstico y hace ineficaz el manejo que pueda derivar de él. Ese sempiterno conflicto profesional, a menudo no reconocido por la instancia afectada, deriva a menudo del cúmulo de sensaciones que el personal suele sentir, caracterizadas por lo general por sentimientos de incomodidad, fracaso, falla e incompreensión, que ponen en jaque su preparación técnica, en consecuencia su autoridad y ergo su autoestima.<sup>24-28</sup> Todo ello contribuye a la producción, entre otras cosas, del conocido síndrome de exhaución.<sup>29,30</sup>

Como el problema que plantea la educación médica en adicciones se encuentra íntimamente vinculado a la participación de distintos factores de ocurrencia simultánea, se ofrece una visión esquemática que abarca otras consideraciones complementarias al planteamiento original de Clark, referido líneas arriba,<sup>25</sup> las cuales, dadas sus características particulares, sirven para enunciar, *grosso modo*, las vicisitudes por las que ha atravesado el citado proceso. En consecuencia, considérase oportuno enfatizar que tales consideraciones se desprenden de la investigación y el conocimiento contemporáneo documentado que ha puntualizado, por ejemplo, entre otros asuntos:

1. La importancia epidemiológica del incremento social del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. El creciente incremento ocurrido en el consumo de psicotrópicos en las sociedades contemporáneas hace esencial que el personal de salud esté adecuadamente preparado para contenerlo de modo eficaz, a través de actividades realizadas vía programas de formación y actualización continua,<sup>31,32</sup> toda vez que los problemas adictivos permanecen todavía mal diagnosticados por los médicos de primer contacto, e incluso por algunos especialistas no psiquiatras, pese a la frecuencia de su observación en unidades de salud.<sup>33,34</sup>
2. La adicción como enfermedad mental y sus consecuencias. Este concepto de vital importancia educativa en el gremio se refiere a que la noción del proceso adictivo como enfermedad debe introducirse con más seriedad y atingencia —para ser reforzada entre el personal de salud—, a efecto de facilitar los abordajes clínicos respectivos y detener su comorbilidad y complicaciones.<sup>35-38</sup>
3. La experiencia educativa acumulada en adicciones. La abundante documentación existente en la literatura especializada respecto del tema deja apreciar la necesidad de hacer más y mejor uso de los programas especialmente diseñados para su disseminación, como los que se difunden vía Internet. Algunos de ellos son realizados por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), los Centros para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT) en EUA, y la Fundación de Investigación en Adicciones (ARF) en Canadá,<sup>39</sup> y se han dirigido a combatir las dificultades intrínsecas a la terapéutica antiadictiva.<sup>37</sup> Tales programas, por cierto, hacen de la herramienta electrónica una de sus más justificadas utilidades

- para allegar a la sociedad la edificante información preventiva especializada.
4. Pertinentes modificaciones curriculares. Desde hace varios decenios, la mayor parte de los profesionales del área han coincidido en opinar que en el currículo del personal dedicado al estudio de carreras de la salud debe suministrarse sistemática y selectivamente su información relativa a las adicciones, debido a la importancia que revisite el tema en su calidad de problema de salud pública,<sup>19,24,40,41</sup> amén de su importancia intrínseca como elemento cultural del bagaje médico, esto es, por su referencia a mecanismos básicos de funcionamiento neuroquímico.<sup>42,43</sup>
  5. Uso del modelo cognitivo-conductual. La aplicación del modelo terapéutico de tipo cognitivo-conductual, divulgado por Prochaska y otros autores en distintas universidades del mundo desde hace poco más de dos decenios, ha dado resultados efectivos en materia terapéutica entre diversos centros de tratamiento, al consolidar la evaluación de las necesidades de aprendizaje, el diseño *ad hoc* de programas y la imprescindible evaluación de los resultados.<sup>44</sup>
  6. La participación del sistema educativo. Se vuelve un asunto de alta relevancia destacar en sentido educativo-formativo del personal de salud que labora con pacientes portadores de procesos adictivos la participación actual de las técnicas y métodos modernos de aprendizaje en los sistemas educativos, las cuales facilitan el conocimiento de las adicciones, en sus distintos aspectos, como sus variedades clínicas y su manejo.<sup>46</sup>
  7. Importancia de los elementos formativos curriculares. En la actualidad se encuentra ampliamente documentada entre la comunidad científica la importancia de la participación de ciertos elementos formativos esenciales para la currículo de los programas educativos en adicciones, destinados a los integrantes del personal de salud por su perfil y características operativas. Tales elementos se basan, independientemente del imprescindible manejo farmacológico de los casos agudos, subagudos e incluso algunos crónicos, en la identificación correcta del problema, la intervención adecuada (técnicas y procedimientos) que éste requiere y el suministro de la educación pertinente.<sup>47-53</sup>
  8. Importancia del desarrollo de una labor conjunta. Es razonable esperar, del esfuerzo realizado por el estudio de los fenómenos adictivos, que la propuesta respectiva, de acuerdo con la explicación

ofrecida por sus autores, pueda visualizar —en contra de la tendencia social de la educación en la materia— una labor conjunta. Esta meta ha de dirigirse a afinar la modificación de actitudes e intereses del personal respecto del consumo de psicotrópicos y psicofármacos mal empleados —es decir, con fines tóxicos— que es común observar en la comunidad. Tal es el caso de las adolescentes abusadoras/adictas embarazadas,<sup>54</sup> que sacude emocionalmente a los participantes y libera a su vez el complicado conflicto de intereses subyacente<sup>55</sup> al evaluar moralmente tales conductas.

9. El síndrome de exhaustión del personal de salud. El llamado síndrome de exhaustión,<sup>29,30</sup> observado con cierta frecuencia entre el personal de clínicas y hospitales que atiende este tipo de pacientes, derivado del fracaso reiterado en el manejo de los casos y otras circunstancias afines, complementa negativamente la problemática de la educación profesional en adicciones, al nutrir subrepticamente la insatisfacción, el tedio y la frustración. Todos estos factores contribuyen a la afectación racional y emotiva del personal, y tanto de modo aislado como en su conjunto, nulifican la calidad de los cuidados profesionales. Por otro lado, en forma simultánea ponen en riesgo no sólo la relación con el paciente, sino que también afectan la salud del portador.<sup>29,30</sup>
10. Iatrogenia y reacciones contratransferenciales. Derivadas del síndrome de exhaustión como una nosología claramente reconocida en la práctica, que a menudo se aúna a la psicopatología personal, se desprende que sus portadores factiblemente exhiban actitudes negativas y conductas indeseables contra los pacientes y sus familiares.<sup>55,56</sup> Tales conductas negativas perjudican al mismo tiempo la seriedad gremial y el profesionalismo que su papel requiere a lo largo de su actuación: del diagnóstico a la prevención y el manejo de los aspectos informativo-educativos al paciente y la comunidad.<sup>19,45,57</sup>
11. Uso de estrategias interactivas. Los programas actuales de enseñanza en materia de adicciones llevados a cabo en distintas latitudes tienden a modificar los esquemas tradicionales al proponer cambios esenciales en el proceso educativo —aplicable sin defecto al personal de salud—,<sup>19,54</sup> al introducir en los contenidos respectivos las nuevas estrategias interactivas, que son no sólo de mayor utilidad, sino de más elevado costo-beneficio.<sup>58</sup> Dichas estrategias, independientemente

de su dinamismo, que refuerza muy apropiadamente los mensajes, incrementan en forma consistente la percepción de los problemas por tratar, e influyen a su vez en el manejo global de los conceptos empleados,<sup>59-62</sup> independientemente de que promueven y facilitan la diseminación de información especializada por Internet.<sup>63</sup>

12. Estudio de los patrones de inicio y de cesación de consumo. En relación con la importancia de ofrecer más y mejor capacitación educativa en adicciones, debido a la importancia epidemiológica mundial del fenómeno, cabe considerar como ejemplo que el estudio de los patrones de inicio y cesación de consumo de psicotrópicos en los jóvenes<sup>64</sup> señala ciertas interesantes diferencias. Así, se sabe que las mujeres inician con mayor dificultad sus patrones de consumo y asimismo pueden abandonarlos con mayor velocidad que los varones.<sup>64</sup> De modo que, en relación con los patrones de consumo, llama la atención que los estudiantes de medicina mantengan igual esquema de consumo de tabaco —¿algo no esperado?— que las muestras obtenidas en los estudios realizados entre la población general.<sup>65</sup> De hecho, un estudio reciente realizado en la India señala que el consumo de alcohol, tranquilizantes y sustancias psicodislépticas entre los estudiantes de medicina y los médicos graduados no es infrecuente, pues 20% de la muestra referida los consumen. Además, la mayor parte de tales fármacos, logrados primordialmente por autoprescripción en 37% de los casos, plantean lamentablemente un problema de características similares a lo que ocurre en otros países.<sup>19,66</sup>
13. La prevención de las adicciones y su variedad comórbida. La circunstancialidad psicosocial que se discute aquí lleva de la mano a pensar en la prevención de las adicciones y su comorbilidad, que, como se sabe, es amplia y compleja. En el caso específico de la VIH positividad, por ejemplo, ésta tiende a incrementarse, precisamente como resultado de la omisión, o no aplicación conveniente, de las recomendaciones destinadas al efecto, vía uso del condón,<sup>68-70</sup> muy a pesar de que dichas recomendaciones han sido y siguen siendo ampliamente diseminadas por los ministerios de salud de todos los países del mundo.<sup>3,28</sup>
14. Impacto y consecuencias de la comorbilidad. Además de la comorbilidad adictiva y la psiquiátrica, que se asocian a menudo con los síndromes adictivos y de abstinencia<sup>19,30,71-74</sup> en relación

con la gravedad de las complicaciones que producen las adicciones, cabe mencionar que la mayor parte de los pacientes abusadores/adictos en México son consumidores múltiples y reciben atención clínica adecuada sólo después de cinco años, en promedio.<sup>19,75</sup> De hecho, la patología asociada más frecuentemente a las adicciones está dada por trastornos afectivos como la depresión mayor, el trastorno bipolar<sup>73</sup> y el suicidio,<sup>76</sup> trastornos de ansiedad como la fobia social, de ansiedad generalizada y de pánico,<sup>76,77</sup> el déficit de atención con hiperactividad<sup>77</sup> y otro importante grupo de trastornos: los de conducta,<sup>78</sup> los alimentarios,<sup>79</sup> la esquizofrenia y el VIH/SIDA.<sup>67-72,80,81</sup>

15. En todos los trastornos señalados es imprescindible considerar un apropiado manejo psicofarmacológico, pues de ello depende que aparezcan o no otros trastornos psiquiátricos y nuevos alcances. De modo que se infiere que el abordaje debe siempre suministrarse completo.<sup>19,24,67</sup> En tal sentido, cabe mencionar que el manejo de un síndrome adictivo sin atención a sus otras alteraciones concomitantes se considera un error terapéutico.<sup>80-83</sup> Y en tal contexto, es preciso señalar que el equipo de trabajo no puede ser sustituido por uno solo (cualquiera) de los participantes. Así, tras la modificación de la patología de base comórbida y sus concomitancias clínicas, la estrategia debe enfocarse en el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia y la eliminación de las recaídas.<sup>19,25,45,53,56,80,82,84</sup>
16. Reconocimiento del consumo problemático. Otro grupo de problemas relativos a la educación médica en adicciones se relaciona con áreas de dificultad clínica para el reconocimiento del consumo problemático y su aceptación, en calidad de tal, sin distorsiones. Debe haber combate a la negación, racionalización, proyección y otros diversos mecanismos psíquicos de defensa contra la angustia que operan en la sociedad en relación con el tema de las adicciones, especialmente cuando se trata de nuestra persona o de aquellas que se encuentran cercanas afectivamente a un caso; debe lidiarse eficazmente, a la par de realizar el intento de alcanzar la asignación educativa de la materia, cuya meta sería su enseñanza formal.<sup>81,82</sup> Así ocurre, por ejemplo, con el asunto de la automedicación, que siendo pilar en la génesis de la conducta de abuso de sustancias y la adicción en las distintas sociedades, en el caso del personal de salud consumidor de sustancias tiende a negarse y a subestimarse su impacto, ya sea

personal, familiar o social, tratando de desacreditar el problema a efecto de debilitarlo; forma ineficaz y pedestre, por cierto, como técnica de solución de problemas,<sup>82</sup> que, por otra parte, plantea a su vez una psicodinamia particular, digna de ser revisada con propiedad.

17. La denominación usada en el campo terapéutico y sus muy diversas connotaciones empleadas. Sin considerar el uso del lenguaje metafórico empleado en psicología, psiquiatría, etc., que suele producir diferendos entre los interlocutores y que es tema de un debate por tratarse en otro momento y lugar, otro de los factores que obstruyen el reconocimiento del consumo problemático de sustancias es la denominación tan variada que usa la comunidad respecto de los fenómenos adictivos. Ésta da cabida a grandes diferencias entre vocablos,<sup>83</sup> desde la etiopatogenia hasta la rehabilitación, pasando por los efectos de las sustancias y la descripción fenomenológica del trance provocado por muchas de ellas.<sup>84,85</sup> Recuérdese, en este punto, que el acercamiento a la solución curativa de las adicciones se inició en la comunidad no profesional en el primer tercio del siglo pasado, y que ésta aún mantiene cierto fuero por su antigüedad, por lo que campean en el lenguaje popular muchas de las acepciones usadas para describir y entender los estados vinculados a la conducta abusadora/adicta.<sup>19,86</sup>

Cabe señalar que a pesar de que todas las sustancias que actúan sobre la mente —llámense psicofármacos, psicoactivas o psicotrópicos— alterando el curso normal de las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.) son genéricamente equivalentes, esto es, deberían significar lo mismo, las denominaciones empleadas implican diferencias conceptuales.<sup>19,86</sup> Así, por ejemplo, se usa el término “psicotrópico” para diferenciar el uso de las sustancias que se utilizan sin propósito médico (automedicación) de las drogas curativas, medicamentos denominados “psicofármacos”, cuya prescripción obedece a una indicación en pro de la salud y es dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia, etc., como en el caso de los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

A diferencia de los psicofármacos, los psicotrópicos se administran por automedicación, es decir, sin control médico adecuado, para fines de intoxicación, sin conocer cabalmente las dosis, su metabolismo, excreción, etc. Lamentablemente, la denominación popular de “drogas” para referir-

se a la variedad de sustancias de consumo confunde —lo cual es frecuente— a quien no distingue entre una connotación y otra;<sup>19</sup> esta condición, sumada a los prejuicios populares prevalentes y a sus expectativas fantásticas,<sup>87</sup> hace que la gente no bien informada se niegue a incluirse —aun cuando sea necesario— en un tratamiento farmacológico, por considerar equivocadamente que corre mayor riesgo aún de “volverse adicta”.<sup>82,84,85</sup>

Esto da por hecho, paradójicamente, que la función médica y el profesional de la salud estarían al servicio de la producción de problemas y conflictos sociales, lo cual —qué duda cabe— está muy lejos de ser verdad.<sup>88</sup>

18. Amplia tolerancia social a la intoxicación. Los grupos sociales en general, salvo muy contadas excepciones, toleran e impulsan ampliamente el consumo de sustancias en sus diferentes tipos: ocasional, esporádico, irregular o continuo, ya sea de una o de varias sustancias. Los alcances de sus fines no médicos de consumo casi siempre se manifiestan por la presencia de resultados dañinos a corto o a largo plazo. Cabe señalar para fines prácticos que en este caso se define a las sustancias o fármacos como de abuso, ya que es poco probable que no perjudiquen al consumidor en alguna forma, independientemente de que ésta provoque, o no, adicción, especialmente si el uso es breve y en grandes dosis o por tiempos prolongados.<sup>19,89-91</sup>

19. Abuso en el consumo de sustancias sin prescripción y desconocimiento del concepto de consumo perjudicial. Es importante destacar que la sola automedicación y “regulación” de las dosis prescritas, que ocurren en la mayoría de las personas que acuden al médico para el manejo de sus problemas de salud, es un indicador epidemiológico de la frecuencia con que ocurre y el riesgo que representa tal conducta.<sup>19,53,54</sup> En el caso de los psicotrópicos, por ejemplo, el riesgo de consumo nocivo es patente, porque a menudo se destinan a fines tóxicos.

En esa dirección, el consumo perjudicial implica también que el consumo de un psicotrópico cualquiera causa daño somático y alteraciones psicológicas, incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que pueden llevar incluso a la discapacidad —transitoria o definitiva— o a dificultar en alguna forma las relaciones interpersonales.<sup>80,82</sup> De acuerdo con ello, los criterios empleados son:

20. Identificación apropiada de la naturaleza del daño. Que la naturaleza del daño sea claramente identificable y especificable, en términos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, OMS.<sup>92</sup> Duración del consumo. De acuerdo con los criterios internacionales descritos al efecto, la forma de consumo debe haber persistido durante al menos un mes o haberse presentado reiteradas veces en un periodo de 12 meses.<sup>92</sup> Incompatibilidad con otra entidad nosológica. Que el trastorno no satisfaga simultáneamente los criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en cuestión y en el mismo lapso, excepto en la intoxicación aguda.<sup>92</sup> Consumo desadaptativo y sus alcances.

Otra de las connotaciones ignoradas o subestimadas por la mayor parte de los grupos organizados es la referente al abuso de sustancias. El abuso en el consumo de psicotrópicos define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente del que se produce en el caso de la dependencia, y se caracteriza esencialmente por el uso continuo de una sustancia a pesar de que el sujeto está consciente de que tiene un problema causado o desencadenado precisamente por su uso. En el ámbito de este punto, la persona sabe que determinada sustancia puede poner en peligro su integridad psicofísica, y los síntomas derivados de ello (de acuerdo con las estipulaciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV, de la Asociación Psiquiátrica Americana) pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, no menor de un mes.<sup>93</sup>

21. Identificación del consumo en la familia. La identificación del consumo de sustancias sin prescripción en la familia es otro de los problemas prácticos en este campo. Una recomendación que se ha diseminado insuficientemente entre el personal de salud desde prácticamente el inicio del combate al fenómeno adictivo en México es precisarlo como parte de la técnica de identificación del consumo de sustancias, usando para tal fin las pautas clínicas para ello. Las principales pautas usadas al respecto son:

**a. Cambios de carácter.** En corto tiempo la persona cambia, se vuelve irrespetuosa, de muy mal genio, intolerante a la crítica y sumamente autosuficiente.<sup>81</sup>

**b. Deterioro en su rendimiento académico o laboral.** En estudiantes y trabajadores se aprecia una disminución en el rendimiento académ-

mico o laboral, respectivamente, ausentismo del centro de estudio o de trabajo, baja en las calificaciones o en el rendimiento global, problemas de conducta con profesores y compañeros, jefes, subalternos, etc.<sup>81</sup> En el ámbito laboral es notable el problema del ausentismo, el cual se refleja en la baja de productividad, llegando incluso al abandono del trabajo.

**c. Presencia de signos de intoxicación.** La sintomatología y los signos observables de consumo dependen de las sustancias utilizadas. En el caso de la marihuana se aprecian ojos muy irritados y enrojecidos, sequedad de boca, risas inmotivadas, etc. La cocaína produce tensión, diaforesis, palpitaciones, excitación o hiperactividad inusual, marcada desconfianza y otros. Los sedantes producen a menudo episodios frecuentes de mareo, excesivo sueño durante el día, diversas huellas de heridas, raspaduras, entre otros. Las anfetaminas, en especial aquellas destinadas al control del apetito y la reducción del peso corporal, permiten observar hiperactividad, euforia, verborrea, falta de apetito.<sup>81,92</sup>

**d. Exploración de los hábitos nocturnos.** La persona manifiesta un cambio en el ciclo sueño-vigilia, es decir, somnolencia durante el día e insomnio por la noche. El individuo afectado tiende a dormir de día y a vivir de noche.<sup>19,81</sup>

**e. Amistades malsanas.** El conocimiento producido por el estudio psicosocial de los pacientes abusadores/adictos señala que la presión del grupo de amigos, compañeros, etc., es un factor importante para inducir el consumo y fomentar las recaídas. De ahí que una forma de saber si un joven consume o no sustancias de abuso es conocer su grupo habitual, pues en este caso aplica aquello de “dime con quién andas y te diré quién eres”. Además, la necesidad de ser aceptado y aprobado por el grupo, la falta de seguridad personal, de asertividad en su vida y la observación de modelos (amigos) que consumen, refuerzan el consumo del individuo.<sup>19,81</sup>

**f. Presencia de restos de consumo:** dependiendo de la sustancia, como ocurre con los disolventes volátiles, los restos del disolvente en la ropa o alrededor de la boca son fácilmente observables. Tratándose de marihuana, pueden observarse en los bolsillos de la persona restos de hierba en la ropa, semillas envueltas en pa-

peles pequeños e incluso cigarrillos liados (cuadro 5-1).<sup>81</sup>

De lo mencionado hasta aquí se desprende que en el inicio de la formación educativa del personal de salud en adicciones —originalmente dirigida a los médicos y continuada después hacia el personal psicosocial y paraclínico—,<sup>5,7</sup> ocurrido hace aproximadamente tres decenios, no obstante su experiencia y eficacia reconocidas, persisten muchos obstáculos, algunos de los cuales ni siquiera se han cuestionado.<sup>6</sup> Se dispone actualmente en el campo de la descripción adecuada del cuerpo de conocimientos en el que puede basarse la instrucción básica del personal, a efecto de prepararlo en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas adictivos y la problemática comórbida asociada, que tan en boga ha estado en los últimos años en el mundo, debido a su alta importancia.<sup>7,81,83</sup>

Los modelos curriculares y los materiales de enseñanza se desarrollaron sobre la base de hacer más accesible el conocimiento, suministrar el apoyo técnico necesario y ofrecer los procedimientos de dispersión automatizada que alcanzan hoy vía Internet todas las audiencias, eficacia sorprendente con que se espera reforzar la formación clínica que acompaña el entrenamiento del personal.<sup>7,39,63,94</sup>

La “instrucción” tradicional que a la fecha utilizan algunos grupos de trabajo “terapéutico” antiadictivo, vía praxis y observación parcial del fenómeno, no puede considerarse compatible con los postulados teóricos que el conocimiento científico actual produce para su estudio y manejo.<sup>7,8,31,36</sup>

La verdadera instrucción requiere, en todo caso, una estructura integrativa, más rica y profunda, cuya propuesta interdisciplinaria explicativa:

1. Ofrezca resultados mensurables de sus acciones.
2. Dé cuenta de la complejidad biopsicosocial del ente humano.
3. Demuestre la participación de los sustratos patológicos responsables de la enfermedad.<sup>37-39</sup>

De modo que las evidencias que una instrucción así requiere para validar su actividad de estudio las obtendrá a través de metas y objetivos cada vez más específicos. Por ejemplo, de entre las metas de la labor educativa en adicciones, para su conocimiento y posterior aplicación entre el personal de salud, destacan:

- a. Una indispensable semblanza acerca de la magnitud del fenómeno adictivo.<sup>14,15,19,25,26</sup>

- b. La unificación de criterios clínicos para su abordaje.<sup>24,29-34</sup>
- c. Una adecuada familiarización en el uso de la terminología técnica internacional, capaz de promover el uso de las mejores medidas terapéuticas de demostrada eficacia.<sup>35,38-40,42-45,48,52,53</sup> De ello dependería en buena medida la adecuada diseminación de la información específica sobre el tema y su consecuencia entre los pacientes y sus familiares, especialmente respecto de la necesidad de buscar atención profesional en casos de abuso/adicción a sustancias.<sup>59,60,64,65,81,82</sup>
- d. Integración de paquetes de información básica para su diseminación social entre los pacientes y familiares afectados por el consumo de sustancias psicotrópicas de abuso y otras, en particular las relativas a sus consecuencias sobre la salud individual y colectiva.<sup>1,3,5,7,8,19,29,32,34,38,42,54,61,62,81</sup>
- e. Ofrecimiento de información acerca de los modelos y técnicas terapéuticas para el abordaje de los trastornos adictivos por los profesionales y paraprofesionales de la salud involucrados en el problema.<sup>1,7,11,27,31,34,37,53,81</sup>
- f. Obtención del conocimiento más detallado de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales básicos relacionados con el tema, a efecto de lograr una unificación en la integración conceptual del problema adictivo, sus distintas modalidades de presentación (afectación) y sus variedades de manejo (terapéutica).<sup>1,19,25,42,43,54,58,80-84,88</sup>
- g. Por eso resulta de suma importancia entre el personal de salud la difusión veraz y oportuna de información actual acerca de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos usados contra esta patología (cuadros 5-2 y 4-1).<sup>30,42-44,48,49,53,57,59,60,81</sup>

En conclusión, para lograr lo anterior, sólo falta la realización de dicha preparación en la práctica y el logro del convencimiento cabal de las personas que toman las decisiones al respecto, así como la asignación de recursos para llevar a feliz término la imprescindible enseñanza formal<sup>3,6,7,8,12,24,34,36,39,41,47,48,55,56,81</sup> de las personas involucradas. Se vuelve entonces altamente significativa la relevancia actual del binomio educación–adicciones en México, toda vez que no se dispone aún de personal suficiente ni adecuadamente preparado para confrontar uno de los retos más importantes de la salud pública para este milenio,<sup>3,6,7,19,81</sup> afrenta colosal que reclama la participación de los protagonistas de los distintos planos de la sociedad, a efecto de reunir la dinámica conjunción de los elementos educativos y asistenciales, necesarios para tal tarea.<sup>84,85,87-91</sup> En tal sentido, es

deseable contar con la participación decidida del personal de salud para colaborar en pro del bienestar comunitario,<sup>14,24,32,33,70</sup> y a la par del crecimiento personal que

implica su preparación, que facilita el arribo a la meta de la autoactualización en el sendero del desarrollo de las potencialidades humanas.<sup>19,81,82,87,95,96</sup>

## REFERENCIAS

1. **Warbürg MW:** Residents attitudes, knowledge regarding diagnosis and treatment of alcoholism. *J Med Educ* 1987;62: 497-503.
2. **Plaut TFA:** *Alcoholism problems: a report to the nation*. Nueva York, Oxford University Press, 1967:23.
3. **Souza y Machorro M:** Investigación y enseñanza en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(3):100-106.
4. **Rush B:** *An inquire into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: an account of the means of preventing and of the remedies for cure them*. 8ª ed. Springfield, Merriam Webster, 1914.
5. **Chappel JN, Lewis D:** Medical education in substance abuse. En: Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrog JG: *Substance abuse - a comprehensive textbook*. Cap. 72. 2ª ed. Baltimore, William and Wilkins, 1992.
6. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
7. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
8. **Seixas FA, Sutton JY:** Professional training on alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1971;178:1-139.
9. American Medical Students Association (AMSA): Appendix II: Alcoholism education in American medical schools. *Ann NY Acad Sci* 1971;178:135-138.
10. American Medical Association (AMA): Council on Mental Health and Committee on Alcoholism and Drug Dependence: Medical school education on abuse on alcoholism and other psychoactive drugs. *JAMA* 1972;219(13):1746-1749.
11. **Labs SM:** The career teaching program: alcohol and drug abuse education for health professionals. *J Med Educ* 1981; 56(3):202-204.
12. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 1998.
13. **Galanter M, Bean BM:** A study of physicians certified in alcohol and drug dependency (editorial). *Alcoholism* 1989; 13(1):1-2.
14. **Davies ACA, Correr F, Czechowicz D:** Substance abuse units taught by four specialties in medical school and residency programs. *J Med Educ* 1988;63(19):739-746.
15. **Dube C et al.:** Project ADEP: the development process for a competency-based alcohol and drug curriculum for primary care physician program. *Subst Abuse* 1989;10(1):5-15.
16. **Bowen OR, Sammons JH:** The alcohol abusing patient: a challenge to the profession. *JAMA* 1988;260:2267-2270.
17. American Psychiatric Association (APA): Position statement of substance abuse. *Am J Psychiatry* 1981;138(6):874-875.
18. American Psychiatric Association (APA): *Special essentials (requirements) for graduate education in psychiatry*. Washington, Residency Review Committee, 1989.
19. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
20. **Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D:** A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA* 1987;257(21): 2945-2948.
21. **Cass AR, Frazier SH:** *Alcoholism and alcohol abuse. Reference guide 14*. Lexington, American Board of Family Practice, 1983.
22. American College of Physicians (ACP): Health and Public Policy Committee. Chemical dependence. *Ann Int Med* 1985;102:405-408.
23. **Kamerow DB, Pincus HA:** Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice. *JAMA* 1986;225: 4-7.
24. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BS, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
25. **Clark WD:** Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. *Am J Med* 1981;71:275-286.
26. **Souza y Machorro M:** El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(3): 15-26.
27. **Souza y Machorro M, Bernal JL, Eriksen L:** *Análisis de reporte de casos del SOIQ sobre el consumo de sustancias tóxicas*. Cuadernos Científicos No. 12. México, Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), 1980.
28. **Souza y Machorro M:** Atención primaria a la salud y aspectos preventivos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1989; 3;2(3):81-124.
29. **Franke J:** Stress burnout and addiction. *Tex Med* 1999; 95(3):42-45.
30. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7ª ed. Baltimore, William and Wilkins, 1999.
31. **Souza y Machorro M:** Alcances y limitaciones de la enseñanza de la ética médica. *Rev Fac Med UNAM* 1986;9(11-12):393-404.
32. **Dove HW:** Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):481-488, xi.
33. **Sandlow LJ, Dos Santos SR:** Addiction medicine and continuing medical education. *J Psychoactive Drugs* 1997;29 (3):275-284.
34. **Klamen DL, Miller NS:** Integration in education for addiction medicine. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):263-268.
35. **Prater CD, Miller KE, Zylstra RG:** Outpatient detoxification of the addicted or alcoholic patient. *Am Fam Physician* 1999;15;60(4):1175-1183.
36. **Klamen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480, xi.

37. **Lohrer F, Albers M:** Biological addictive drugs. Is there a change in drug taking behavior of young drug addicts? *Psychiatr Prax* 1999;26(4):199-201.
38. **Von HT, Hilberg E, Furuholmen D, Cramer G:** Collegial support to improve prescription patterns for addictive preparations. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119(17):2520-2525.
39. **Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D:** Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict* 1998;7(1):7-13.
40. **Gelula MH:** Addiction medicine: a place for faculty development. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):269-274.
41. **Robb N:** Teaching on addiction issues lacking in medical school, specialists told. *CMAJ* 1998;158(5):640-641.
42. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Understanding drug abuse and addiction: what science says*. U. S. Department of Health and Human Services, 2002.
43. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Information for researchers and health professionals*. U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
44. **Parker K, Parikh SV:** Applying Prochaska's model of change to needs assessment, programme planning and outcome measurement. *J Eval Clin Pract* 2001;7(4):365-371.
45. **Goldstein FJ:** Does need more training in diagnosing and treating addiction. *J Am Osteopath Assoc* 1999;99(9):456.
46. **Giannini AJ, Giannini JN, Condon M:** Use of tangential visual symbols to increase the long-term learning process: applications of linkage in teaching pharmacological principles of addiction. *J Clin Pharmacol* 2000;40(7):708-712.
47. **Leino-Kilpi H, Solante S, Katajisto J:** Problems in the outcomes of nursing education create challenges for continuing education. *J Contin Educ Nurs* 2001;32(4):183-189.
48. **Marcus MT, Rickman KA, Sobhan T:** Substance abuse education liaisons: a collaborative continuing education program for nurses in acute care settings. *J Contin Educ Nurs* 1999;30(5):229-234.
49. **Pullen LM, Green LA:** Identification, intervention and education: essential curriculum components for chemical dependency in nurses. *J Contin Educ Nurs* 1997;28(5):211-216.
50. **Greer SM, Dalton JA, Carlson J, Youngblood R:** Surgical patients' fear of addiction to pain medication: the effect of an educational program for clinicians. *Clin J Pain* 2001;17(2):157-164.
51. **Weinstein SM, Laux LF, Thornby JL, Lorimer RJ, Hill CS et al.:** Medical students' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: implications for changing medical school curriculum. *South Med J* 2000;93(5):472-478.
52. **Currant E:** The problem resident: learning from our mistakes. *Fam Med* 1999;31(10):729-731.
53. **Kosten T:** Management of drug alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-1795.
54. **Bland E, Oppenheimer L, Brisson CG, Morel C, Holmes P et al.:** Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27(3):483-490.
55. **Lemmens T, Singer PA:** Bioethics for clinicians: conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998;159(8):960-965.
56. **Karam HM, Nereberg L, Brower KJ:** Modifying residents' professional attitudes about substance abuse treatment and training. *Am J Addict* 2001;10(1):40-47.
57. **Dalagija RL, Dvzic Z, Mehic-Basara N:** A model of addiction prevention. *Med Arch* 2001;55(3):155-156.
58. **Hoffmann NG, Chang AJ, Lewis DC, Hirsch R:** Medical-clinicians' self-assessment. Questions and answers in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1999;17(3):263-264.
59. **El Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S:** Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction* 2000;95(6):949-957.
60. **McCaffery M, Pasero CL:** Talking with patients and families about addiction. *Am J Nurs* 1998;98(3):18-21.
61. **Ravelli A, Donker MC, Geelen K:** Health education in mental health services. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35(10):34-40.
62. **Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J:** Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med* 2001;76(5):410-418.
63. **Cunningham JA, Humphreys K, Koski-Jannes A:** Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the Internet: a pilot project. *J Stud Alcohol* 2000;61(6):94-98.
64. **De Wit DJ, Oxford DR, Wong M:** Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Educ Behav* 1997;24(6):746-758.
65. **Rassool GH:** Addiction: global problem and global response. Complacency or commitment. *J Adv Nurs* 2000;32(3):505-507.
66. **Kumar P, Basu D:** Substance abuse by medical students and doctors. *J Indian Med Assoc* 2000;98(8):447-452.
67. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
68. **Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado GA:** Binomio SIDA-adicciones. Un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(3):61-67.
69. **Dolzanskaia NA, Zykov OV, Lozovskaia IS, Poliattykin SA, Proskuriakova OE:** Experience in realizing the Harm Reduction program in Moscow. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 2000;(4):69-71.
70. **Dementeva A:** The realization of the concept of harm reduction in Russia. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 2000;4:58-61.
71. **Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE:** Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of international consortium in psychiatric epidemiology. *Addict Behav* 1998;23(3):893-907.
72. **Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD:** The relationship between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:685-695.
73. **Whitmore EA, Milulick SK, Thompson LL:** Influences on adolescent substance dependence, conduct disorders, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:87-97.
74. **Essau CA, Conradt J, Peterman F:** Frequency and comorbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37:831-843.
75. **Centros de Integración Juvenil, A. C.:** *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento*. México, 2002.



76. **Shaffi M, Steltz-Linarky J, Derrick AM:** Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988; 15:227-233.
77. **Wilens T, Biderman J, Spencer T:** Attention deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Clin North Am* 1996;5:73-91.
78. **Giancola PR** Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61: 809-817.
79. **Bulik CM, Sullivan P, McKee M:** Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283.
80. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):23-27.
81. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
82. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
83. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry: Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.
84. **Souza y Machorro M, Martínez AJ et al.:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.
85. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
86. World Health Organization (WHO): *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra, WHO, 1994.
87. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
88. **Monti PM, Colby SM:** Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.
89. **Carroll KM:** Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatr Salud Integral* 2002;46-53.
90. **Westreich L:** Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatr Salud Integral* 2002;58-60.
91. **McDaniel TF, Miller D, Jones R, Davies M:** Assessing patient willingness to reveal health history information. *J Am Dent Assoc* 1995;126(3):375-379.
92. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, Forma, 1993.
93. American Psychiatric Association: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4ª ed. Washington, 1995.
94. **Souza y Machorro M, Díaz BSL:** Actualización médica y tecnología comunicacional. *Revista CIJ* 1997;3(9):77-78.
95. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. 18 de agosto de 2000.
96. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica*. 15 de noviembre de 1995.

## Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones\*

### MANUAL DE APLICACIÓN

#### Antecedentes

En años recientes, distintos intereses profesionales en el espectro de las actividades de la psiquiatría han dirigido su preocupación a entender la relación existente entre el uso y abuso de psicotrópicos y otras sustancias, la comorbilidad adictiva y psiquiátrica, la violencia sexual y otros tópicos, como los trastornos del sueño, de la función alimentaria, etc., así que se hace necesario contar con un instrumento diagnóstico destinado a la labor asistencial de la clínica curativa de los problemas adictivos, lo mismo que a los dedicados a la docencia. Se trata de una propuesta que representa un esfuerzo institucional por proporcionar instrucción y actualización para una adecuada función nosoterapéutica que apoye el abordaje integral de las adicciones, destinado al logro de la reinserción social del paciente adicto y su futura supervisión psicoterapéutica a largo plazo, para fomentar el crecimiento individual de los afectados por este grave mal.

La Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCPA) fue diseñada con espíritu académico a partir del conocimiento de necesidades reales de atención en el medio mexicano cuyo apego a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 valida los criterios para el manejo de los casos, al aportar un contenido útil al personal médico especializado y general de hospitales, clínicas y salas de urgencias de instituciones

públicas y privadas del sector. Este grave problema psicosocial en el concierto actual de las naciones se refiere al campo donde fue concebido: el seno de la psiquiatría. Surge de una práctica cada vez más especializada y fina, cuya condición por sí misma abre una subespecialidad profesional, en virtud de la profundidad y extensión que requieren sus habilidades y conocimientos. Una historia clínica es antes que nada una investigación dirigida, breve y detallada del examinado, actividad que requiere cierta experiencia y acuciosidad, pero, sobre todo, pasión por el conocimiento y su utilidad. Tal estrategia puede realizarse enfocando cinco formas de abordaje según sus respectivos niveles de complejidad:

1. Síndromes de intoxicación.
2. Síndromes de abstinencia.
3. Manifestaciones agudas y crónicas agudizadas.
4. Manifestaciones crónicas propiamente.
5. Manifestaciones residuales a la adicción, una vez logrado su control.

En dicha estrategia se consideran los factores de comorbilidad psiquiátrica, que se encuentran a su vez íntimamente ligados a la estructura de la personalidad premórbida del paciente y a su habitual capacidad fallida de adaptación. Dichas características están en todo momento relacionadas con tres principales grupos causales:

1. Etiogénicos.
2. Concomitantes.
3. Consecuentes, descritos en el rubro de consumo de psicotrópicos en la nosografía mundial.

\* Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCCPA). *Psiquiatría* 1998;14:13-25.

## Descripción general

La HCPCA es un instrumento clínico, no un cuestionario o cédula de investigación. Ha sido previamente semiestructurada y su diseño *ex profeso* obedece a la concentración de información, en orden prioritario, de los antecedentes, condiciones y alteraciones médicas y psiquiátricas del paciente consumidor de psicotrópicos y otros fármacos de abuso. Dicha estructuración es, para la elaboración del diagnóstico nosológico y la propuesta terapéutica correspondiente (sin diagnóstico no es posible asignar racionalmente recursos terapéuticos de cualquier modalidad), el resultado de un minucioso trabajo hecho con experiencia en normatividad, que permite el estudio específico de los antecedentes del consumo de psicotrópicos y su uso en el último año, sus repercusiones y consecuencias concomitantes, por lo que a través de los datos obtenidos en los diferentes capítulos que la conforman es posible llegar a un diagnóstico nosológico apropiado del paciente que permita elegir otras acciones terapéuticas por seguir. Asimismo, al conjuntar la información de varios casos, es factible el establecimiento de comparaciones con fines de estudio especializado y de aplicación bioestadística, que nutran la retroalimentación en favor del desarrollo programático de contenidos y su respectiva planeación conductual operativa de los servicios asistenciales.

## Diseño

Desde la aparición en el mundo, hace casi cuatro decenios, de instrumentos codificados en el campo clínico, se ha mostrado una alta eficacia diagnóstica con ellos y el favorecimiento de los estándares programáticos de costo-beneficio en las instituciones de salud. Sus más patentes ejemplos se reflejan en las pruebas de Zung, Beck o Hamilton para depresión y ansiedad, el Cuestionario General de Salud de Goldberg, el MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) y el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) utilizado por la OMS, entre muchos otros.

Hoy en día, la literatura científica documenta un respaldo favorable al diagnóstico con tales instrumentos, debido entre otras cosas a que resulta en un menor número de fallas y omisiones que con el uso de la historia clínica tradicional (que no es especializada), tanto en el tratamiento de problemas de salud general como en los relativos a la patología mental.

Los antecedentes de este instrumento son dos modelos codificados de probada utilidad, ambos publicados en los respectivos ámbitos especializados donde se aplican (Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Al-

coholismo e Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para la Sexualidad Femenina), cuyo diseño se apoya en una selección de reactivos que contemplan diversas opciones de respuesta. La HCPCA fue estructurada en forma de cuestionario, para ser resuelta con base en una codificación que mantiene una secuencia numérica especial. Se ha confeccionado siguiendo un orden sistemático que va de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo y de lo sano a lo patológico, para integrar la información básica, necesaria y suficiente de las áreas que a través de ella se exploran. Los 329 reactivos que la conforman, en su mayoría de opción múltiple, han sido ordenados secuencialmente por capítulos. Éstos contienen reactivos que combinan la opción múltiple y la especificación, para dar cabida a la descripción y, en su caso, a la interpretación de la información obtenida. De los 19 capítulos que la contienen, los primeros 15 se consideran de exploración, y están divididos en secciones para identificar situaciones concretas y específicas tanto para cada área como para cada situación. Dichos capítulos contemplan los aspectos más relevantes de cada área.

Los siguientes 4 capítulos son de integración y conclusión para auxiliar al clínico a identificar acciones concretas que seguir, una vez que se han detectado datos sobre la presencia de conductas adictivas, el uso de sustancias, sus antecedentes, las consecuencias y las alteraciones físicas y mentales producidas. Dada la secuencia del registro, aunque está basada en el modelo médico tradicional, requiere ser aplicada por personal capacitado *ex profeso*, en vista del objetivo clínico que se pretende obtener con sus resultados.

## Ventajas

Se trata de un instrumento codificado que resume la condición biopsicosocial humana y guía el llenado sin omisiones y con escasa redacción. Es educativa para el paciente y el aplicador, facilita la secuencia exploratoria, conduce a conclusiones diagnósticas, tiene alto valor semiológico, propedéutico y nosológico. Como es una entrevista programada y semiestructurada, permite realizar una comparación bioestadística de la clínica adictiva.

Por otro lado, elimina cambios, errores y omisiones entre un aplicador y otro, y permite desarrollar una tendencia a la uniformidad exploratoria. Facilita la conceptualización diagnóstica y el pronóstico, y considera la comorbilidad adictiva y psiquiátrica; por ello posibilita cierta clase de investigación clínica y epidemiológica. Además, optimiza los recursos humanos y materiales existentes y favorece la actuación profesional.

## Descripción y contenido

La HCPCA consta de 19 capítulos. Es un instrumento moderno aplicable en diferentes ambientes clínicos de atención a las adicciones. Está diseñada para aplicarse a todos los sujetos que soliciten consulta por consumo de sustancias dentro de las instalaciones de la unidad clínica sin importar su edad, lugar de residencia, estrato socioeconómico, estado civil u otros, para determinar si el entrevistado es portador o no del problema actual de adicción, además de alguna otra afectación médico-psiquiátrica adicional. Su completud y uniformidad permiten visualizar ampliamente el problema que pretende enfocar, y su contenido facilita la corroboración de algunas respuestas, ya que una valida a la otra.

## Procedimientos generales de aplicación y llenado

1. La HCPCA la aplicará el médico psiquiatra o el médico general (previamente adiestrados) durante el primer contacto con el paciente.
2. El registro de la información se marcará en el (los) cuadro(s) correspondiente(s) a cada reactivo, con el número respectivo de las categorías estipuladas; es decir, el número de la(s) opción(es) de respuesta que se presentan a continuación de cada reactivo.
3. Se anotará sólo un número por casilla.
4. Cuando existan dos casillas y la respuesta requiera sólo el empleo de una de ellas, se cancelará la casilla izquierda con el símbolo "0" (cero).
5. No se harán otras marcas en las casillas, a excepción de los espacios destinados a anotar número de paciente de primera vez, número de expediente y unidad operativa. Estos espacios se reservan para anotar los datos correspondientes de cada unidad en que se aplique.
6. Algunas de las preguntas que solicitan información cualitativa se responderán de manera descriptiva en las líneas que aparecen a continuación de ellas.
7. Algunos de los reactivos contemplan las categorías: otra, especificar, ambos o no procede. En el primer caso, es decir, la categoría Otra, Esp. \_\_\_\_\_ está destinada a consignar una respuesta no contemplada en las opciones dadas, por lo que en la(s) casilla(s) del (los) reactivo(s) se anotará el número de esta categoría, y en la línea a continuación, la respuesta que haya dado el paciente. La categoría Ambos, Esp. \_\_\_\_ se destina para consignar más de una opción de respuesta. En este caso, en la(s) casilla(s)

lla(s) se anotará el número de esta categoría, y en la línea, los números de todas las respuestas posibles, separando cada número con una "," (coma). La categoría No procede se destina para aquellos reactivos o áreas cuyos datos se ignoran, o bien las preguntas corresponden a situaciones no propias de la edad, sexo o circunstancias actuales del paciente.

8. Al inicio de la entrevista se recomienda realizar un saludo que induzca un *rapport* adecuado; es decir, que implique la creación de un ambiente de confianza y colaboración donde se perciba el interés del entrevistador hacia el paciente. Para ello se sugieren algunas pautas o aproximaciones:
  - Sea siempre respetuoso.
  - Sea cálido.
  - Haga contacto visual.
  - Invite al paciente a sentarse o a que esté lo más cómodo posible.
  - Use una entonación amable y cordial.
  - Use un lenguaje claro y sencillo.
  - Exponga clara y directamente los objetivos de la aplicación.

## APLICACIÓN E INSTRUCCIONES PARTICULARES POR CAPÍTULOS

**Capítulo I. Ficha de identificación.** Consta de 15 reactivos (1 a 15) que exploran aspectos sociodemográficos básicos para ubicar la identidad del paciente a través de los datos de interrogatorio más relevantes. 1. Unidad de servicio. Se refiere al servicio, ya sea consulta externa u hospitalización, en donde se aplica la historia. 2. Fecha. Se refiere al momento de la aplicación de la HCPCA. Consigne en el espacio en este orden: día, mes y año con números del 01 al 31 para los días; del 01 al 12 para los meses y los dos últimos dígitos que correspondan a la nomenclatura del año. 3. Nombre. Anote claramente indicando el apellido paterno, el materno y el (los) nombre(s) propio(s) del paciente. 4. Sexo. Registre con X en la casilla correspondiente: M para masculino y F para femenino, según corresponda. 5. Domicilio. Anote los datos correspondientes. 6. Teléfono. Anote el número correspondiente. 7. Tiempo de residencia. Anote el número en años aproximados. 8. Edad. Consigne anotando con número la edad en años cumplidos en la fecha de la entrevista. 9. Fecha de nacimiento. Anote en las líneas correspondientes empezando por el día y continuando con el mes y el año. 10. Lugar de origen. Anote en la casilla el número que corresponda. Las

opciones 2. Estado y 3. Otro, Esp. \_\_\_\_\_ tienen una línea para anotar el nombre del lugar de origen. 11. Religión. Registre según respuesta la que el paciente profese (en el momento de la entrevista). 12. Estado civil. Registre la categoría, según la situación en que se encuentre el paciente en la fecha de la entrevista. La categoría Otro, Esp. \_\_\_\_\_ se refiere a la proveniencia del estado civil actual, como: viudo y en la actualidad soltero o en unión libre, divorciado o viudo y actualmente separado. 13. Escolaridad. La categoría “analfabeta” se refiere a la persona que no sabe leer o escribir. Aquellos que lo saben sin haber cursado educación formal se colocarán en la categoría 2: sabe leer y escribir; el resto de las categorías se marcarán según lo estipulado. Registre la que corresponda a la fecha de la entrevista. En caso de tener varias ocupaciones, anote la que el encuestado considere más importante en función del sustento y en el lapso de los últimos seis meses. 14. Ocupación. Registre la ocupación que mencione el paciente que corresponda al listado. 15. ¿Con quién vive? Registre con quién(es) vive el paciente en el momento de la consulta, siempre y cuando haya(n) estado en tal condición por lo menos seis meses.

**Capítulo II. Identificación de la entrevista.** Consta de un reactivo (16) destinado a identificar si es la primera vez que el paciente acude a la institución o es subsecuente, con la finalidad de ubicar la situación de la entrevista y la forma de aplicación.

**Capítulo III. Motivo de la consulta.** Consta de cinco reactivos (17 a 21) que sondan las condiciones de asistencia, voluntaria o no; si desea tratamiento, si le afecta el consumo y el lugar de donde procede, en caso de haber sido referido por alguna institución. Anote la categoría en la casilla correspondiente.

**Capítulo IV. Antecedentes terapéuticos y de consumo psicotrópico.** Consta de 12 reactivos (22 a 32) que exploran datos con relación al manejo de actitudes familiares y de otros, así como los antecedentes de interrupción y reanudación de consumo, además de los posibles tratamientos recibidos y sus resultados, las conductas violentas derivadas del consumo de psicotrópicos y las consecuencias de éstas. Responda de acuerdo con las categorías. Siga las indicaciones ya dadas para las opciones.

**Capítulo V. Patrón de consumo.** Consta de 117 reactivos divididos en tres secciones que indagan el tipo de sustancia, el uso previo, es decir, los últimos cinco años, y especialmente el uso en el último año. La integración de la información de las secciones de este capítulo aporta un panorama amplio acerca de la situación adictiva general y particular del paciente y es posiblemente la parte más rica del instrumento.

- a. Circunstancias del consumo:** en esta sección de tres reactivos (33 a 35) se exploran las situaciones habituales del consumo de sustancias en los últimos cinco años. Psicotrópico Habitual del consumo explora las sustancias consumidas en el periodo indicado. Cabe señalar que se consideran las sustancias de las que el sujeto ha abusado en este intervalo debido a que los criterios utilizados para la captación del instrumento de un tiempo mayor harían aún más compleja la información y podrían además no ser relevantes para el diagnóstico actual y su tratamiento; pero en su caso habrá de explorarse posteriormente.
- b. Efecto de la intensidad y duración del consumo (reactivo 36):** esta sección con un único reactivo cualitativo se incluye para indagar las situaciones más relevantes en torno a la dosis, efectos y tolerancia, que dará una orientación de la gravedad del consumo (se refiere al abuso o dependencia).
- c. Dosis habitual del consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotrópicos.**

**Dosis habitual de consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotrópicos.** Esta sección comprende los reactivos P1 a P117, e incluye el consumo anterior y actual de cada una de las sustancias, el tiempo de consumo y la abstinencia. En esta sección se incluyen todas las sustancias posibles de consumo, por lo que todo reactivo que no proceda se cancela con el símbolo “0” (cero). Las sustancias se encuentran numeradas con los incisos 1 a 13, donde se requiere el llenado de la fila (horizontal) con información relativa a ese tipo de sustancia; por ejemplo, los datos referidos al alcohol se llenarán en los reactivos P1 a P3 y P40 a P45.

La fila correspondiente al inciso 13 se refiere a la identificación de sustancias no incluidas en las categorías anteriores, especificándose en “Otra, Esp. \_\_\_\_\_”, que aparece en la parte inferior de la tabla.

A continuación se definen y especifican los diversos conceptos de esta sección para su mejor llenado:

- **Uso previo.** En este apartado, que abarca año del primer uso, edad y uso regular, tome en cuenta las siguientes indicaciones:
  - Año del primer uso. Anote los dos últimos dígitos que correspondan a la nomenclatura del año en que se inició el consumo de cada sustancia.
  - Edad. Anótela en años cumplidos.
- **Uso regular.** Considere las categorías que aparecen anotadas en la parte superior izquierda de esta tabla, tomando en cuenta los últimos cinco años, incluido el último año.

- Uso en el último año. Este apartado de la tabla abarca cuatro aspectos:
  - Dosis y periodo máximo del consumo, para consignar tanto el número de veces en que se consume cada sustancia por día como el número de veces en determinado tiempo (día/semana/mes).
  - Abstinencia máxima y actual: número máximo de días o meses en que no hubo consumo de la(s) sustancia(s).
  - Vía de uso: forma de administración de la(s) sustancia(s).
  - Fecha del último consumo, que se llenará de acuerdo con lo siguiente:
- Dosis y periodo máximo del consumo (número de veces por día/semana/mes). Para consignar el número de veces y el periodo máximo de consumo, consulte el cuadro de la parte inferior izquierda de la tabla. Considere estas categorías de acuerdo con las diferentes sustancias tal y como se indica:
  - Unidades por día. Anote la cantidad de unidades correspondiente a cada sustancia consumida en un día. Cuando las unidades sugeridas en la tabla no cumplan con la posibilidad de respuesta, anote la(s) unidad(es) correspondiente(s).
  - Veces por día. Anote en cada cuadro el número de veces por día y el tipo de unidades que se encuentran anotadas a la izquierda (copas, botellas, ampollitas, etc.) Por ejemplo: 3 copas, 1 botella, 2 ampollitas, etc.). Para nicotina, las categorías de cigarrillos/día aparecen en la sección inferior derecha.
- Periodo. Anote el número de la categoría en el cuadro de cada sustancia. La 1) Alcohol; la 7) Cafeína y la 10) Nicotina tienen categorías específicas que se detallan en la sección inferior izquierda de la tabla. En el resto de las sustancias, las categorías son similares e incluyen la opción 11. Otro, Esp. \_\_\_\_\_; en caso de registrar esta categoría, anote el número de la categoría 11 en el espacio de la sustancia y registre la especificación en la línea. Escriba sobre la línea el inciso de la sustancia, seguida del periodo. Ejemplo: 6. 5/Mes. En caso de que esta categoría sea válida para más de una sustancia, siga las mismas indicaciones. Separe con “,” (coma) las diversas sustancias. Por ejemplo: 11 Otro, Esp. 5. 6/mes, 7. 12/día, 10. 2 meses. Cuando la sustancia sea 10. Nicotina, tome en cuenta los últimos años.
- Abstinencia. Se divide en dos: máxima y actual. La abstinencia como antecedente (abstinencia má-

xima) se refiere al periodo máximo en que el sujeto dejó de consumir la(s) sustancia(s) en el último año. La abstinencia actual (durante el último año) se refiere a cuánto tiempo se ha suspendido el consumo de la(s) sustancia(s) hasta el momento de la entrevista. En ambos reactivos se considera el tiempo, que opera como criterio de la CIE-10. *En caso de que un individuo no haya consumido ninguna sustancia en el año anterior a la entrevista, la abstinencia máxima y la actual serán la misma.* En este caso, registre la abstinencia máxima con la categoría 8 (más de un año de abstinencia) y la actual con la categoría 5 (No procede). Para el llenado de la abstinencia máxima y actual, consulte las categorías en el cuadro que aparece en la sección inferior derecha de la tabla. Anote en el cuadro de cada sustancia el número de la categoría que corresponda.

- Vía de uso. Se refiere a la ruta de administración de la(s) sustancia(s). Se incluyen categorías específicas para cocaína. Para el llenado de esta sección consulte la sección inferior derecha de la tabla. Siga las mismas indicaciones cuando elija la categoría Otro, Esp. \_\_\_\_\_, anotando la ruta de administración en la línea precedida del inciso que identifica a la sustancia (p. ej., vía intravenosa).

Fecha de último consumo. Anote con números el día, el mes y el año, en cada espacio. Por ejemplo: 01/11/00. En caso de no conocer el día exacto, anote 00 en los días y especifique mes y año. Por ejemplo: 00/11/00.

#### **Capítulo VI. Antecedentes familiares patológicos.**

Consta de 12 reactivos (37 a 48) que exploran los datos de afectación familiar más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. Consigne la respuesta de acuerdo con las categorías presentadas. Especifique en cada caso lo más detalladamente posible los datos que arroje el paciente ante la pregunta del entrevistador. Cuando se especifique la existencia de un trastorno, señale el parentesco correspondiente.

**Capítulo VII. Antecedentes personales patológicos.** Consta de 17 reactivos (49 a 65) que exploran los datos de afectación individual más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos; consignando además otros antecedentes de importancia. Indague todos los antecedentes mencionados y consigne la respuesta de acuerdo con las categorías. Especifique lo más detalladamente posible los datos que arroje el entrevistado en cada uno de los casos. En caso de requerir ampliar la información, remítase al capítulo XIX, Observaciones generales.

**Capítulo VIII. Antecedentes psiquiátricos.** Este capítulo es de relevante importancia, ya que en estudios sobre comorbilidad se ha demostrado que casi 90% de los pacientes consumidores de sustancias presentan un trastorno psiquiátrico concomitante. En vista de esto, es necesario explorar en forma cuidadosa y detallada cada una de las secciones contenidas en este capítulo. De esta manera, además de registrar el o los posibles antecedentes psiquiátricos del paciente, servirá de guía para hacer los diagnósticos psiquiátricos correspondientes al reactivo 203 (Comorbilidad psiquiátrica).

Se utiliza el listado correspondiente a los trastornos mentales de la clasificación CIE-10 de la OMS, que consta de 11 reactivos (66 a 75) y se divide en:

**F00 a F09,** Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Esta sección incluye el *delirium*, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. En esta sección, cada trastorno se debe a una enfermedad médica (aunque no se haya identificado de un modo específico) o al consumo de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos o tóxicos), o a una combinación de estos factores. El *delirium* se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo. La demencia se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (p. ej., debida a abuso de drogas, a medicamentos o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiología múltiple o demencia no especificada (sí la etiología es indeterminada). El trastorno amnésico se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado “trastornos amnésicos” se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado. El trastorno cognoscitivo no especificado se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a enfermedad médica o inducida por sustancias.

**F10 a F19,** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.

Los trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de

un medicamento y la exposición a tóxicos. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

**F20 a F29,** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

Todos los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria.

La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Ampliando más la definición se incluyen otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). En esta sección se incluyen los siguientes trastornos: la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico compartido, el trastorno psicótico debido a enfermedad médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias y el trastorno psicótico no especificado.

**F30 a F39,** Trastornos del humor.

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria). El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o

más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria). El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo, y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

**F40 a F48**, Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos.

Esta sección incluye los trastornos de ansiedad, los somatomorfos y los disociativos. Se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. La crisis de angustia (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones de donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que en ese momento aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia).

Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios. Los principales trastornos somatomorfos son: el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal.



La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.

Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple), el trastorno de despersonalización y el trastorno disociativo no especificado.

**F50 a F59**, Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

Se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño y las disfunciones sexuales. Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente a consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia). El trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. El trastorno del sueño debido a una enfermedad médica consiste en alteraciones del sueño a consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia. El trastorno del sueño inducido por sustancias consiste en

alteraciones del sueño a consecuencia del consumo o abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (p. ej., deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (p. ej., disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (p. ej., dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

**F60 a F69**, Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

En esta sección se incluyen los trastornos específicos de la personalidad, los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, los trastornos de la identidad sexual, así como los trastornos de las inclinaciones sexuales (parafilias).

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación:

- El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

- El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

**Trastornos del control de los impulsos.** La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto, y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. En esta sección se incluyen los trastornos siguientes:

- **Trastorno explosivo intermitente.** Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- **Cleptomanía.** Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.
- **Piromanía.** Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.
- **Juego patológico.** Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.
- **Tricotilomanía.** Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.
- **Parafilias.** La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías

sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban:

1. Objetos no humanos.
2. El sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja.
3. Niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un periodo de al menos seis meses. Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos, las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente (p. ej., durante periodos de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los parafilicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella (como en el sadismo sexual o en la paidofilia). A consecuencia de lo anterior, el individuo puede ser detenido y encarcelado. Las ofensas sexuales hacia los niños constituyen una proporción significativa de todos los actos sexuales criminales documentados, y los individuos que padecen exhibiciones, paidofilia y voyeurismo comprenden la mayoría de los procesados por delitos sexuales. En algunas situaciones, la representación de fantasías de tipo parafilico puede conducir a autolesiones (como el masoquismo sexual). Las parafilias incluyen el exhibicionismo (exposición de los genitales), el fetichismo (empleo de objetos inanimados), el frotteurismo (contactos y roces con una persona en contra de su voluntad), la paidofilia (interés por niños en edad prepuberal), el masoquismo sexual (recibir humillaciones o sufrimientos), el sadismo sexual (infligir humillaciones o sufrimientos), el fetichismo transvestista (vestirse con ropas del sexo contrario) y el voyeurismo (observación de la actividad sexual de otras personas).

Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

#### **F70 a F79, Retraso mental.**

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente infe-

rior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad. El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70.

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

**F70.9 Retraso mental leve:** CI entre 50 y 55 y aproximadamente 70.

**F71.9 Retraso mental moderado:** CI entre 35 y 40 y 50 y 55.

**F72.9 Retraso mental grave:** CI entre 20 y 25 y 35 y 40.

**F73.9 Retraso mental profundo:** CI inferior a 20 o 25.

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada es una categoría que puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales (p. ej., en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

**F80 a F89, Trastornos del desarrollo psicológico.**

Se incluyen los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, el trastorno específico del desarrollo psicomotor y los trastornos generalizados del desarrollo.

**Trastornos de la comunicación.** Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

**Trastornos generalizados del desarrollo.** Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales.

**Trastornos de las habilidades motoras.** Incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

**F90 a F98, Trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.**

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

- **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.** Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención e impulsividad-hiperactividad.
- **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez.** Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
- **Trastornos de tics.** Estos trastornos se caracterizan por tics vocales o motores, o ambos. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastorno de Gilles de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.
- **Trastornos de la eliminación.** Se incluye la encoyprisis, deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados, como el trastorno de ansiedad

por separación, el mutismo selectivo y el trastorno reactivo de la vinculación.

**F99, Trastorno mental sin especificación.**

**Capítulo IX. Antecedentes ginecoobstétricos.** Consta de cinco reactivos (77 a 81) en los que se indagan ciclo menstrual y antecedentes gestacionales. Considere lo siguiente para las categorías que se indican: registre la edad de la menarca en la línea correspondiente, es decir, el número de años cumplidos en el momento del primer sangrado menstrual. Considere número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, muerte fetal *in utero* y muerte perinatal, así como el número de hijos procreados. Fecha de última menstruación: registre la fecha comenzando por el día, posteriormente el mes y el año. Eumenorrea: se refiere a ciclos regulares de 28 a 30 días con duración de tres a cinco días por ocasión. Amenorrea: es la ausencia de más de una menstruación. Dismenorrea: es la alteración como dolor e irregularidad menstrual o reglas con mayor intensidad. Climatérica: se aplica a la ausencia fisiológica de menstruación. Para la segunda parte de este reactivo, señale con número los datos ginecoobstétricos. 78. Relación sexual durante el embarazo. La categoría sin especificar se designa para el conocimiento de la frecuencia coital y la edad (trimestre del embarazo) en que ocurre. 79. ¿Consumió psicotrópicos durante el embarazo? En este reactivo existe la categoría: Sí Esp. \_\_\_\_\_, considerada para anotar la sustancia utilizada y la edad (trimestre del embarazo). Aunque interesa investigar especialmente el uso de psicotrópicos, es de utilidad señalar otras sustancias no psicotrópicas consumidas. 80. ¿Cuántas parejas ha tenido? Registre el número de parejas que ha tenido la paciente en los últimos cinco años. 81. ¿Cuántos hijos ha tenido?

En este reactivo es importante registrar el número total de hijos que ha tenido la paciente en relación al número de parejas que haya tenido.

**Capítulo X. Otros antecedentes personales.** Consta de seis reactivos (82 a 87) en los que se exploran los datos higiénicos, alimentarios y recreacionales. Consigne la respuesta de acuerdo con las categorías, en la inteligencia de que la higiene personal, la habitacional y la deficiencia alimentaria son difíciles de evaluar objetivamente y quedan a la apreciación del clínico, a efecto de completar el estudio, ya que en algunos casos son definitivos para el conocimiento global de la paciente.

**Capítulo XI. Antecedentes del desarrollo y otros.** Comprende tres reactivos (88 a 90): en el primero se investiga sobre perinatales; en el segundo, sobre antecedentes y anormalidades del desarrollo, y en el tercero, sobre maltrato físico y emocional en la infancia. Los antecedentes perinatales abarcan el periodo de gesta-

ción y un mes más después del nacimiento. Considere cualquier problema comprendido en este periodo.

**Trastornos del desarrollo.** Explore la presencia de trastornos más importantes, como trastornos del crecimiento, de la alimentación, del lenguaje, del sueño, de la eliminación, de la locomoción y juego; las relaciones con los padres, noción del no, ansiedad de separación, fobia escolar, etc.

**Maltrato psicofísico en la infancia.** Indague y registre cualquier forma indicativa de maltrato. Explore la presencia de golpes, castigos, descalificación o amenazas o injurias.

**Capítulo XII. Antecedentes de conducta sexual actual y de alto riesgo.** Consta de tres secciones en las que se distribuyen 19 reactivos (91 a 109); la primera parte, *A. Conductas sexuales y de alto riesgo*, comprende ocho reactivos sobre la educación sexual, prácticas masturbatorias, presencia de temores y otras condiciones relacionadas con la vida sexual de los pacientes. Por su parte, el uso regular de condón en los últimos cinco años es también un reactivo preventivo importante. La segunda sección, *B. Incorpora a sus prácticas*, consta de dos reactivos dirigidos a detectar algunas prácticas sexuales de alto riesgo como indicadores indirectos de posibles conductas de riesgo a la salud que hacen necesaria la tipificación de la infección por VIH, en caso de que la respuesta sea positiva. Por último, en *C. Síndromes específicos de la sexualidad* se incluyen nueve reactivos que exploran la patología sexual por áreas.

**a. Conductas sexuales y de alto riesgo.** Esta sección comprende ocho reactivos (91 a 98). Consigne las respuestas según las categorías. En los reactivos donde se soliciten edades, anótelas en número de años cumplidos. Si el reactivo tiene más casillas de las necesarias, siga las mismas indicaciones dadas con anterioridad para cancelar las casillas de la izquierda que no se utilicen: recuerde cancelar con el símbolo "0" (cero). Dado que en esta sección se manejan diversas situaciones de la conducta sexual, a continuación se definen y especifican los criterios para los reactivos. 91. Abuso sexual en la infancia. Al explorar este reactivo, considere situaciones como acoso, abuso, estupro, incesto y violación. 92. Recibió información. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías. Para el caso "ambos, especificar", anote en secuencia según el orden cronológico aproximado en que sucedió la información recibida sobre la sexualidad. 93. Edad de la primera eyaculación. Registre la edad en años cumplidos en la casilla correspondiente. 94. Edad primera experiencia

coital. Registre la edad en años cumplidos en la casilla correspondiente. Elija la categoría “No procede” cuando no exista experiencia sexual ninguna. 95. Fisiología sexual habitual. 96. Número de parejas sexuales en los últimos cinco años. 97. Consumo de drogas y actividad sexual. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías cuando el entrevistado en el pasado o actualmente consume sustancias psicotrópicas de manera regular como parte de su actividad sexual. Este reactivo es decisivo para la aplicación del formato de tipificación de riesgo de infección por VIH. 98. ¿Con qué frecuencia utiliza condón en sus relaciones sexuales? Se solicita la especificación de las conductas de alto riesgo para la salud cuando existe irregularidad en el uso del condón.

- b. Incorpora a sus prácticas.** Es una pequeña parte de la sección que contiene dos reactivos (99 y 100). 99. Uso anticonceptivos regular. Por dependiente del coito se entiende la técnica o método supeditada a la actividad sexual, como el uso de diafragmas, condones, jaleas. 100. Tipo de práctica sexual.
- c. Síndromes específicos.** Este apartado contiene nueve reactivos (101 a 109) que exploran los síndromes de la patología sexual, como: a) trastornos de la identidad, b) disfunciones sexuales de origen no orgánico y c) otros trastornos de las inclinaciones sexuales, los trastornos psicológicos y de la conducta sexual, la orientación sexual egodistónica y los trastornos de la relación sexual. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías, siempre y cuando hayan sucedido en el curso de los últimos dos años de la vida del paciente. En estos reactivos se considera la categoría “No procede” dada la prevalencia de edad, sexo o circunstancia de cada una de las situaciones que se investigan. 101. ¿Malestar o inadecuación con su sexo anatómico? Explora la condición del paciente independientemente de que su malestar ocurra fuera de la actividad (sexual) coital. Es decir, el individuo no tiene que realizar actividad sexual ninguna para manifestarlo. Aunque de hecho no es raro que tal malestar se dé indistintamente dentro y fuera de ella, pero si sólo se manifiesta durante la ausencia de actividad sexual, la respuesta se considera aún más valiosa, ya que tipifica mayormente la condición que se explora. 102. ¿Usa ropa del sexo complementario? Explora el posible vínculo existente o inexistente del uso de ciertas ropas con o sin actividad coital; por lo tanto, habrá de especificarse bajo cuál de las circunstancias ocurre. 103. ¿Exposición genital a desconocidos?

Tal especificación se refiere al sexo y edad de las víctimas, y cabe mencionar que muy raramente ocurre vínculo sexual entre el expositor y su(s) víctima(s). 104. Observa relación de otros. La especificación se refiere al sexo, circunstancias y vínculo personal con los individuos observados. Como en el reactivo anterior, cabe señalar que muy raramente ocurre vínculo sexual entre el observador y su(s) observado(s). 105. ¿Falta de deseo de más de un año de duración? Este reactivo es muy importante, ya que relaciona la disminución del deseo sexual y el consumo de psicotrópicos. 106. ¿Relación sexual con sufrimiento o malestar? La especificación se refiere a la condición de si el sujeto experimenta malestar o sufrimiento emocional (angustia, miedo, etc.) durante la relación sexual. 107. ¿Relaciones sexuales inusuales? Se refiere a aquella variedad de inclinación sexual anormal y rara, como las llamadas telefónicas obscenas, el frotteurismo (frotarse los genitales o hacer tocamientos en el cuerpo de una persona desconocida, en lugar inapropiado: el camión, la calle, etc.). 108. ¿Relación sexual con prepúberes? La especificación se refiere al sexo, número de parejas y frecuencia de relaciones tenidas. 109. ¿Alguna repercusión sexual por uso de psicotrópicos? Especificar la circunstancia y la conducta sexual tenida.

**Capítulo XIII. Interrogatorio por aparatos y sistemas.** Consta de 11 reactivos (110 a 120) que exploran de modo general los datos más relevantes de la sintomatología relacionada con las adicciones existente en el último año. Registre las respuestas de acuerdo con las categorías y enuncie las alteraciones encontradas de acuerdo con su importancia. En caso de tener información adicional o más específica, por ejemplo en presencia de alguna enfermedad aguda, operación o tratamiento sucedido en el lapso estipulado, considere esta información para ampliarla en el capítulo XIX, Observaciones generales.

**Capítulo XIV. Exploración mental.** Consta de seis secciones que incluyen 29 reactivos (121 a 149) que exploran las alteraciones más destacadas del estado mental del individuo en el momento de la entrevista. Considere aspectos del *habitus* exterior, como tipo de paciente, aseo y aliño, postura, actitud hacia la entrevista y edad aparente con relación a la cronológica. 126. Disártrico: alteración en la articulación de la palabra. 127. Dislábico: alteración en la emisión de la palabra (fonema). Registre también si el discurso es espontáneo, coherente y congruente o reiterativo. Esta sección

es importante, ya que da información sobre el estado del paciente (intoxicación, abstinencia, cuadro orgánico, etc.). 132. Alteración de la conciencia. Registre según el listado. 133. Atención: capacidad voluntaria e involuntaria del individuo que le hace sostener su interés en un asunto particular para distraerse. Hiperprosexia: aumento en la vigilancia o la atención volitiva. Hipoprosexia: disminución en la vigilancia o la atención volitiva. Registre también la capacidad de concentración y el estado de orientación. Los anteriores reactivos son muy importantes para descartar un cuadro de intoxicación aguda o cuadros de abstinencia graves como el *delirium tremens*. 137. Ilusiones: percepciones falsas ante la presencia de un objeto, por ejemplo, el paciente puede percibir a un lápiz como un cuchillo que lo amenaza. 138. Alucinaciones. Se refiere a la percepción falsa sin estímulo. Alteraciones del pensamiento y juicio: al pensamiento se le estudian tres aspectos: la forma, el curso y el contenido. Dentro de la forma, codifique de acuerdo con el tipo de pensamiento que exprese el paciente durante su discurso. La velocidad del pensamiento orienta al especialista en adicciones en cuanto al tipo de droga que el paciente esté ingiriendo si en el momento de la entrevista está intoxicado. Por ejemplo, una persona que ingiere crónicamente benzodiazepinas presenta bradipsiquia (velocidad lenta del curso del pensamiento), así como un paciente que ingiere estimulantes generalmente presenta taquipsiquia (aumento de la velocidad del curso del pensamiento). Dentro del contenido del pensamiento se exploran los tipos de ideas, que pueden ser dos: obsesivas y delirantes. La obsesiva es aquella que el paciente refiere como “parásita”, irracional, causante de ansiedad, aunque hace un juicio de realidad en torno a ella; en cambio, en la idea delirante, a pesar de que esta idea es irracional, fuera del contexto de realidad, el paciente no la enjuicia. Registre en las preguntas 142, 143 y 144 de acuerdo con los hallazgos que encuentre durante la entrevista. Alteraciones del estado afectivo (reactivos 145 a 149). 145. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). 146. La distimia se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañados de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. 147. Trastorno bipolar. El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados de episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompa-

ñados de al menos un episodio hipomaniaco. 148. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco, y de numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. 149. Se refiere al cuadro depresivo que se presenta como respuesta a un factor tensional importante para la vida del individuo (p. ej., separación de la pareja, problemas económicos, pérdida del trabajo, etc.).

**Capítulo XV. Exploración física.** Consta de nueve secciones que incluyen 48 reactivos (150 a 198) de los cuales dos exploran la antropometría. La exploración neurológica, por su parte, consta de 35 reactivos referentes a la condición neurológica del entrevistado. La exploración clínica rutinaria considera cuatro elementos: inspección, palpación, percusión y auscultación. Registre estatura, peso y signos vitales según medición y exploración.

**Capítulo XVI. Diagnóstico.** Consta de cinco reactivos (199 a 203) en los que se exploran todas las posibilidades de afectación factibles (intoxicación, abuso, adicción, *delirium*, etc.) de acuerdo con la CIE-10, el tipo de sustancia(s) probable(s) que producen o no dependencia y el grado de ésta(s). Paralelamente se enfatiza la importancia del registro de la comorbilidad psiquiátrica para conocer las entidades responsables, concomitantes o derivadas de la adicción. 199. Tipo de afectación. En éste se registran cinco tipos de afectación: el diagnóstico, las sustancias responsables, el grado o intensidad de la dependencia, los códigos nosológicos de la CIE-10 y la comorbilidad psiquiátrica. B. Psicotrópico responsable. En él se incluyen tanto sustancias psicotrópicas como no psicotrópicas, conocidas o desconocidas. C. Grado de la dependencia. Estas categorías corresponden igualmente a la CIE 10 y están destinadas a que el clínico comunique su apreciación cualitativa en apoyo al diagnóstico global de la entidad. Comorbilidad psiquiátrica son los diagnósticos concomitantes a la adicción que hacen más comprensible la entidad desde el punto de vista diagnóstico, los que por cierto casi nunca se registran sistemáticamente en las historias clínicas e interrogatorios médicos de las unidades clínicas del país.

En cualquier caso, éstos se consideran de capital significado tanto para la comprensión global de los casos como para la epidemiología del problema, y especialmente para el significado y alcances de este texto.

**Capítulo XVII. Indicaciones terapéuticas.** Consta de un reactivo (204) que proporciona las siete opciones terapéuticas avaladas internacionalmente por los organismos profesionales para el manejo de los casos. Op-

Historia clínica psiquiátrica  
codificada para adicciones

1. Unidad de servicio _____ _____		2. Fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	
3. Nombre _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)		4. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino	
5. Domicilio _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calle Colonia _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delegación o municipio Código postal		6. Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Lada internacional o nacional _____ <input type="checkbox"/> No. teléfono	
7. Tiempo de residencia Años _____ Meses _____	8. Edad Años _____	9. Fecha de nacimiento _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	
10. Lugar de origen <input type="checkbox"/> 1. México D. F. 2. Estado, Esp. 3. Otros, Esp.	11. Religión <input type="checkbox"/> 1. Católica 2. Ninguna 3. Otra, Esp.	12. Estado civil <input type="checkbox"/> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo 7. Otro, Esp. 8. Ambos, Esp.	
13. Escolaridad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Preparatoria completa 9. Profesional incompleta 10. Profesional completa 11. Estudios comerciales 12. Estudios técnicos 13. Otros, Esp.	14. Ocupación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Profesional 2. Empresario directivo 3. Burócrata no profesional ni directivo 4. Empleado iniciativa privada 5. Comercio en pequeño 6. Oficio mayor (obrero) 7. Oficio menor (asistente) 8. Agricultor 9. Labores domésticas 10. Empleo esporádico o desagrupar 11. Estudiante 12. Otra, Esp. 13. Ambas, Esp.	15. ¿Con quien vive? <input type="checkbox"/> 1. Solo 2. Cónyuge 3. Cónyuge e hijos 4. Cónyuge, hijos y otros familiares 5. Padres (uno, otro o ambos) 6. Otro, Esp.	

16. ¿Ha tenido contacto previo con la institución? <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	
---	--

17. Motivo de consulta _____ _____ _____ _____	
---	--

<p>18. ¿Acude voluntariamente? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí 2. No, Esp. _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>19. ¿En qué le afecta su consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Salud 2. Familia 3. Escuela 4. Trabajo 5. Sociolegal 6. Ninguno 7. Ambos, Esp. _____ _____ 8. Otro, Esp. _____</p>	<p>20. ¿Desea recibir tratamiento? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí, Esp. _____ 2. No, Esp. _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
--	--	--

<p>21. Institución de referencia <input type="checkbox"/></p> <p>1. Personal 2. Familiar 3. FINCA 4. Comunicación social 5. Sector educativo 6. Sector laboral 7. Secretaría de Salud 8. IMSS 24. Otra, Esp. _____</p>	<p>9. ISSSTE 10. DIF 11. PEMEX 12. Institución privada 13. Hospital psiquiátrico 14. CONADIC 15. PGR</p>	<p>16. Consejo tutelar 17. PGJDF 18. Reclusorios fuero común 19. Reclusorios fuero federal 20. Grupo de ayuda mutua 21. ISSADF 22. ONG 23. No procede</p>
--	--	---

<p>22. ¿A que edad recibió el primer tratamiento? <input type="checkbox"/></p>	<p>23. ¿En dónde lo atendieron? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Consulta externa privada 2. Consulta externa pública 3. Hospitalización privada 4. Hospitalización pública 5. Anexos  6. No procede 7. Otro, Esp. _____ 8. Ambos, Esp. _____</p>	<p>23. ¿Cuántas consultas recibió el último año? <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de hospitalización en el año No. de noches _____  Tiempo promedio de estancia _____</p>
--	---	--

<p>24. ¿Está usted actualmente en tratamiento? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí 2. No, Esp. _____</p>	<p>25. ¿Por qué considera que el último tratamiento no funcionó? _____ _____</p>	<p>26. ¿Ha interrumpido y/o reanudado el consumo de psicotrópicos en el año? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí, Esp. _____ 2. No</p>
--	--	--

<p>27. ¿Cuál fue el motivo de la interrupción del consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Voluntario    5. Legal 2. Salud        6. Tratamiento 3. Familiar      7. No procede 4. Laboral      8. Otro, esp.                     9. Ambos, esp.  Esp. _____</p>	<p>28. ¿Cuál fue el motivo de la reanudación del consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Voluntario    5. Legal 2. Salud        6. Tratamiento 3. Familiar      7. No procede 4. Laboral      8. Otro, esp.                     9. Ambos, esp.  Esp. _____</p>	<p>29. Ante su consumo, cuál es la actitud de: <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja <input type="checkbox"/>    Familia <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/>    Autoridades <input type="checkbox"/></p> <p>1. Aceptación    4. Indiferencia 2. Rechazo        5. Ignorancia 3. Ambivalencia    6. No procede</p>
---	--	--

<p>30. ¿Existe violencia familiar por su relación con el consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí 2. No 3. No procede</p>	<p>31. ¿Ha tenido accidentes relacionados con su consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí 2. No 3. No procede</p>	<p>32. ¿Ha provocado hechos violentos por su consumo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Sí 2. No 3. No procede</p>
---	---	---



A. Circunstancias del consumo		
33. ¿Habitualmente en que lugar consume? <input type="text"/>	34. ¿Con quién(es) consume? <input type="text"/>	35. ¿A qué atribuye el motivo de su consumo? <input type="text"/>
1. Calle 2. Casa 3. Escuela 4. Trabajo 5. Otro, Esp. 6. Ambos, Esp.	1. Ninguno 2. Desconocido 3. Conocidos 4. Amigos 5. Pareja 6. Familiar 7. Otro, Esp. 8. Ambos, Esp.	_____ _____ _____ _____ _____
B. Efecto de la intensidad y duración del consumo		
36. ¿Hace cuánto tiempo notó usted que necesitó mayor dosis para sentir los mismos efectos? <input type="text"/>		
1. 1 mes 2. 3 meses 3. 6 meses	4. 1 año 5. Más de un año 6. No procede	

C. Dosis habitual del consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotropicos										
				Uso en el último año						
Tipo alcohol: Fermentados (vino, cerveza, pulque) Destilados (brandy, vodka, ron) Alcohol 96°	**Categorías de uso regular 1. 1/mes 2. 1/semana 3. 2-3/semana 4. + 3/semana 5. 1/día 6. 2-3/día 7. +3/día			Dosis y periodo máximo del consumo (No. veces x día/ semana/mes)			Abstinencia		*** Vía de uso administración	Último consumo
Para cancelar cualquier reactivo use el símbolo "0"	Uso previo		Unidades/día	Veces/día	Periodo	Máxima	Actual	Fecha		
	Año del primer uso	** Uso regular								
Sustancia	Año	Edad								
1. Alcohol 36. Tipo:	P1	P2	P3	Copas Botellas	P40	P41	P42	P43	P44	P45
2. Opiáceos, heroína, otros	P4	P5	P6	Ampolletas Comprimidos	P46	P47	P48	P49	P50	P51
3. Marihuana	P7	P8	P9	Cigarrillos	P52	P53	P54	P55	P56	P57
4. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	P10	P11	P12	Comprimidos Cápsulas Grageas	P58	P59	P60	P61	P62	P63
5. Cocaína	P13	P14	P15	Grapa Envoltorio	P64	P65	P66	P67	P68	P69
6. Anfetamínicos éxtasis (tacha)	P16	P17	P18	Comprimidos Cápsulas Grageas	P70	P71	P72	P73	P74	P75
7. Cafeína	P19	P20	P21	Tazas	P76	P77	P78	P79	P80	P81
8. Alucinógenos	P22	P23	P24	Hongos	P82	P83	P84	P85	P86	P87
9. Fenilciclidina PCP	P25	P26	P27		P88	P89	P90	P91	P92	P93

10. Nicotina	P28	P29	P30	Últimos 10 años Cigarrillos	P94	P95	P96	P97	P98	P99
11. Disolventes volátiles	P31	P32	P33	Estopa, bolsa, etc.	P100	P101	P102	P103	P104	P105
12. Antiparkinsonianos	P34	P35	P36	Tabletas Comprimidos Grageas	P106	P107	P108	P109	P110	P111
13. Otras sustancias Esp. _____ Esp. _____	P10	P38	P39	Comprimidos Grageas Cápsulas Ampolletas	P112	P113	P114	P115	P116	P117

\* Categorías periodo máximo del consumo

Alcohol

1. 0 a 3 días 2. 4 a 7 días 3. 8 a 15 días 4. 16 a 30 días  
5. 1 a 3 meses 6. 3 a 6 meses 7. 6 a 12 meses 8. No procede

Opiáceos: marihuana, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Cocaína: amfetamínicos, fenilciclidina, disolventes

Volátiles: antiparkinsonianos, otras sustancias conocidas y/o desconocidas:

1. 1/día 2. 2 a 6/día 3. +3/día 4. 1/semana 5. 2 a 3/semana  
6. +3/semana 7. 1/mes 8. 2 a 3/mes 9. +3/mes 10. No procede  
11. Otro, Esp.

Cafeína tazas/día

1. 1-3/día 2. 4-6/día 3. 6-9/día 4. +10/día 5. No procede

Nicotina (últimos 10 años)

1. < 6 meses 2. 4-6/día 3. 6-9/día 4. +10/día 5. No procede  
6. 4-5 años 7. 5-10 años 8. +10 años 9. No procede

Categorías cigarrillos/día (nicotina)

1. 1-5 2. 6-10 3. 11-15 4. 16-20  
5. 21-30 6. 31-40 7. +40 8. No procede

Categorías máxima abstinencia último año:

1. 0-3 días 2. 4-7 días 3. 8-15 días 4. 16-30 días  
5. 1-3 meses 6. 3-6 meses 7. 6-12 meses  
8. No procede

Categorías abstinencia actual

1. 0-3 días 2. 4-7 días 3. 8-15 días 4. 16-30 días  
5. No procede

\*\*\*Categorías vía de uso

1. Oral 2. Inhalada 3. Fumada 4. Intramuscular  
5. Intravenosa 6. Sublingual 7. Tópica  
8. Otro, Esp. \_\_\_\_\_

(Forma habitual de consumo de cocaína)

1. Inhalada 2. Fumada 3. Inyectada 4. Crack  
5. Otra, Esp. \_\_\_\_\_ 6. Ambos, Esp. \_\_\_\_\_

37. Tumoriales

41. Infecciosos

45. Psiquiátricos

38. Endocrinos

42. Neurológicos

46. Adictivos

39. Cardiorrespiratorios

43. Musculosqueléticos

47. Sexuales

40. Vasculares

44. Genéticos

48. Alérgicos

1. No 2. Sí. Especifique

49. Tumoriales

56. Venéreos

63. Congénitos

50. Endocrinos

57. Urinarios

64. Transfusionales

51. Cardiorrespiratorios

58. Alérgicos

65. Dermatológicos

52. Gastrointestinales

59. Quirúrgicos

53. Vasculares

60. Traumáticos

54. Neurológicos

61. Infecciosos

55. Musculosqueléticos

62. Genéticos

1. No 2. Sí. Especifique

66. F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos <input type="checkbox"/>	70. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos <input type="checkbox"/>	74. F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia <input type="checkbox"/>
67. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes <input type="checkbox"/>	71. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto <input type="checkbox"/>	75. F99 Trastorno mental sin especificación <input type="checkbox"/>
68. F.30-F39 Trastornos del humor (afectivos) <input type="checkbox"/>	72. F70-F79 Retraso mental <input type="checkbox"/>	75. Ambos <input type="checkbox"/>
69. F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos <input type="checkbox"/>	73. F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico <input type="checkbox"/>	
1. No    2. Sí, Especifique: _____		
_____		

77. Antecedentes ginecoobstétricos <input type="checkbox"/>	Edad de la menarca _____
1. Eumenorreica	Gesta _____
2. Amenorreica	Para _____
3. Dismenorreica	Aborto _____
4. Climatérica	Cesáreas _____
5. No procede	Óbitos _____
	Muerte perinatal _____
	Número de hijos _____
	Procreados _____
	Fecha de última menstruación _____

78. ¿Relación sexual durante el embarazo? <input type="checkbox"/>	79. ¿Consumió usted sustancias psicotrópicas? <input type="checkbox"/>
1. No	1. Alcohol
2. Sí, Esp. _____	2. Tabaco
3. No procede _____	3. Otros psicotrópicos, Esp. _____
	4. No procede
80. ¿Cuántas parejas ha tenido? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	81. ¿Cuántos hijos ha tenido?
	1. Con pareja actual
	2. Con pareja anterior
	3. Extramatrimonial
	4. En gestación
	5. Ambos, Esp. _____
	No procede _____

<p>82. ¿Cómo es su higiene personal? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Buena</li> <li>Regular</li> <li>Mala</li> </ol>	<p>83. ¿Cómo es su higiene habitacional? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Buena</li> <li>Regular</li> <li>Mala</li> </ol>	<p>84. ¿Cómo es su alimentación? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Buena</li> <li>Regular</li> <li>Mala</li> </ol> <p>Esp. _____</p>
<p>85. Uso del tiempo libre <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Recreativas</li> <li>Culturales</li> <li>Deportivas</li> <li>Otro, Esp.</li> <li>Ambos, Esp.</li> <li>No procede</li> </ol>	<p>86. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diariamente</li> <li>+ 3/semana</li> <li>2-3/semana</li> <li>1/semana</li> <li>No procede</li> </ol>	<p>87. Inmunizaciones <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Se desconocen</li> <li>Sí, Esp. _____</li> </ol> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>88. Perinatales <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Distocia</li> <li>Hipoxia</li> <li>Cefalohematoma</li> <li>Ictericia</li> <li>Desnutrición</li> <li>Otros, Esp.</li> <li>Peso al nacer _____</li> <li>Desconoce _____</li> <li>Ambos, Esp. _____</li> </ol>	<p>89. Problemas del desarrollo: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Psicomotricidad</li> <li>Retraso mental</li> <li>Trastornos por ansiedad de separación</li> <li>Trastornos del aprendizaje</li> <li>Trastornos del lenguaje</li> <li>Trastornos de los esfínteres</li> <li>Déficit de atención</li> <li>Trastornos alimentarios</li> <li>Trastornos del dormir</li> <li>Conducta temeraria</li> <li>Tics</li> <li>Crueldad con los animales</li> <li>Robos</li> <li>Desobediencia patológica</li> <li>Mitomanía</li> <li>Otro, Esp. _____</li> <li>Ambos, Esp. _____</li> </ol>	<p>90. Maltrato psicofísico en la infancia <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí, Esp. _____</li> </ol>
--	--	--

<p>A. Señalar las conductas sexuales y de alto riesgo</p>		
<p>91. Abuso sexual en la infancia <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí, Esp. _____</li> </ol>	<p>92. ¿Recibió información? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Padre(s)</li> <li>Maestro(s)</li> <li>Amigo(s)</li> <li>Otro(s) familiar(es)</li> <li>Sacerdote</li> <li>Otro, Esp. _____</li> <li>Ambos, Esp. _____</li> </ol>	<p>93. Edad de la primera eyaculación <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No procede</li> </ol>
<p>94. Edad primera experiencia coital <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No procede</li> <li>¿A los cuantos años? _____ años</li> </ol>	<p>95. Fisiología sexual habitual <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Orgásmico</li> <li>Anorgásmico</li> <li>Se ignora</li> <li>No procede</li> </ol>	<p>96. Número de parejas sexuales en los 5 años <input type="checkbox"/></p>
<p>97. Consumo de drogas y actividad sexual <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nunca</li> <li>Ocasionalmente</li> <li>Casi siempre</li> <li>Siempre</li> </ol>	<p>98. ¿Con qué frecuencia utiliza condón en sus relaciones sexuales? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Siempre</li> <li>Nunca</li> <li>Casi siempre</li> </ol>	

B. Incorpora a sus prácticas		
99. Uso anticonceptivos regular <input type="checkbox"/> 1. Dependiente del coito 2. Independiente del coito 3. No 4. No procede	100. Tipo de práctica sexual <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. 3. No procede	<input type="checkbox"/>
Aplicar tipificación de riesgo de infección por VIH o canalización a CONASIDA <b>Ver formato correspondiente*</b>		
C. Síndromes específicos		
101. ¿Malestar o inadecuación con su sexo anatómico? <input type="checkbox"/> 1. No  2. Sí, Esp. _____	102. ¿Usa ropa del sexo opuesto? <input type="checkbox"/> 1. No  2. Sí, Esp. _____	103. ¿Exposición genital a desconocidos? <input type="checkbox"/> 1. No  2. Sí, Esp. _____
104. ¿Observa la relación sexual de otros? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	105. ¿Falta de deseo de más de un año de duración? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí	106. ¿Relación sexual con sufrimiento o malestar? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____ 3. No procede
107. ¿Relaciones sexuales inusuales? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____ 3. No procede	108. ¿Relación sexual con prepúberes? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	109. ¿Alguna repercusión sexual por uso de psicotrópicos? <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____



Síntomatología en el año		
110. Órganos de los sentidos <input type="checkbox"/> 111. Musculosquelético <input type="checkbox"/> 112. Respiratorio <input type="checkbox"/> 113. Gastrointestinal <input type="checkbox"/>	114. Cardiovascular <input type="checkbox"/> 115. Endocrino <input type="checkbox"/> 116. Ginecológico <input type="checkbox"/> 117. Neurológico <input type="checkbox"/>	118. Mental <input type="checkbox"/> 119. Urológico <input type="checkbox"/> 120. Accidentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. No 2. Sí, Especifique		

(Sólo alteraciones)		
121. Tipo de paciente <input type="checkbox"/> 1. Ambulatorio 2. Internamientos	122. Aseo y aliño <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	123. Postura <input type="checkbox"/> 1. Libre 2. Forzada
124. Actitud en la entrevista <input type="checkbox"/> 1. Coopera 2. No coopera	125. Edad aparente <input type="checkbox"/> 1. Menor 2. Igual 3. Mayor	
Señale el tipo de lenguaje y discurso		
126. Disártrico <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	127. Dislábico <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	128. Espontáneo <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No
129. Coherente <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	130. Congruente <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	131. Reiterativo <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No
Señale el estado de conciencia		
132. Alteración de la conciencia <input type="checkbox"/> 1. Somnolencia leve 2. Obnubilación 3. Letargo 4. Estado comatoso 5. No procede	133. Atención <input type="checkbox"/> 1. Hiperprosexia 2. Normal 3. Hipoprosexia	134. Capacidad de concentración <input type="checkbox"/> 1. Presente 2. Ausente
135. Orientación <input type="checkbox"/> 1. En persona 2. En tiempo 3. En lugar 4. Ambas, Esp. 5. No procede		
Señale alteraciones de memoria y sensoperceptivas		
136. Tipo de alteración de la memoria <input type="checkbox"/> 1. Inmediata 2. Anterógrada 3. Retrógrada	137. Ilusiones <input type="checkbox"/> 1. Visuales 2. Auditivas 3. Gustativas 4. Olfatorias 5. Táctiles 6. No procede 7. Ambos, Esp. _____	138. Alucinaciones <input type="checkbox"/> 1. Visuales 2. Auditivas 3. Gustativas 4. Olfatorias 5. Táctiles 6. No procede 7. Ambos, Esp. _____
Señale las alteraciones del pensamiento y juicio		
139. Forma de pensamiento 1. Concreto 2. Funcional 3. Abstracto	140. Velocidad del pensamiento 1. Taquipsiquia 2. Normopsiquia 3. Bradipsiquia	141. Curso 1. Neologismos 2. Fuga de ideas 3. Prolijidad 4. Ambos, Esp. 5. No procede

142. Tipo de idea 1. Ideas de daño 2. Ideas suicidas 3. Ideas homicidas 4. Fuga de ideas 5. Neologismos 6. Obsesiones 7. Otro, Esp. 8. Ambas, Esp. 9. No procede	143. Tipo de delirios 1. Persecutorio 2. Grandeza 3. De influencia 4. Referencia 5. Celotipia 6. Otro, Esp. 7. Ambos, Esp. 8. No procede	144. Falsificación de la realidad 1. Sí 2. No
Señale las alteraciones del estado afectivo		
145. Trastorno depresivo mayor 1. No 2. Sí, Esp. _____	146. Distimia 1. No 2. Sí, Esp. _____	147. Trastorno bipolar 1. No 2. Sí, Esp. _____
148. Ciclotimia 1. No 2. Sí, Esp. _____	149. Depresión reactiva 1. No 2. Sí, Esp. _____	

Antropometría		
150. Estatura _____ m	Peso _____ kg	
FC _____ x min	FR _____ x min	
TA _____ mmHg	Temp _____ °C	
151. Alteración en la conformación 1. No 2. Sí, Esp. _____	152. Alteración en la integridad 1. No 2. Sí, Esp. _____	
153. Presencia de tatuajes 1. No 2. Sí, Esp. _____		
Señale las alteraciones corporales existentes		
154. Cabeza <input type="checkbox"/>	157. Mamas <input type="checkbox"/>	160. Genitales <input type="checkbox"/>
155. Cuello <input type="checkbox"/>	158. Abdomen <input type="checkbox"/>	161. Extremidades <input type="checkbox"/>
156. Tórax <input type="checkbox"/>	159. Columna <input type="checkbox"/>	162. Piel y mucosas <input type="checkbox"/>
		163. Conjuntivas <input type="checkbox"/>
Especifique		
Exploración neurológica		
<b>Señale las alteraciones de los pares craneales</b>		
164. Olfatorio <input type="checkbox"/>	168. Trigémino <input type="checkbox"/>	172. Glosofaríngeo <input type="checkbox"/>
165. Óptico <input type="checkbox"/>	169. Motor ocular externo <input type="checkbox"/>	173. Neumogástrico <input type="checkbox"/>
166. Motor ocular común <input type="checkbox"/>	170. Facial <input type="checkbox"/>	174. Espinal <input type="checkbox"/>
167. Patético <input type="checkbox"/>	171. Auditivo <input type="checkbox"/>	175. Hipogloso mayor <input type="checkbox"/>

1. Sí, 2. No. Esp.		
Señale las alteraciones de función cerebelosa		
176. Coordinación dedo-nariz <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	177. Diadococinesia <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	178. Marcha <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____
179. Sistema motor <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	180. Movimientos anormales <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	181. Tono y fuerza muscular <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____
Señale las alteraciones del sistema sensorial		
182. Bicipital <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	183. Tricipital <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	184. Braquirradial <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____
185. Patelar <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	186. Aquíleo <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	
Señale las alteraciones de los reflejos superficiales		
187. Corneal <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	188. Faríngeo <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	189. Abdominal <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____
190. Cremasteriano <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	191. Plantar <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	
Señale reflejos patológicos		
192. Clonus <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	193. Babinsky <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____	194. Hoffman <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____
195. Romberg <input type="checkbox"/> 1. No 2. Sí, Esp. _____		
Señale las alteraciones del fondo de ojo		
196. Apariencia <input type="checkbox"/> 1. Normal 2. Anormal, Esp. _____		



Alteraciones pupilares y sus reflejos		
197. Isocóricas <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	198. Anisocóricas <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1. No 2. Sí, Esp. _____	1. No 2. Sí, Esp. _____	

199. A. Señale el tipo de afectación	
1 F1x. 0 Intoxicación aguda	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
2 F1x. 1 Consumo perjudicial (abuso)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
3 F1x. 2 Síndrome de dependencia (adicción)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
4 F1x. 3 Síndrome de abstinencia	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
5 F1x. 4 Síndrome de abstinencia con delirium	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 F1x. 5 Trastorno psicótico (con ideas delirantes y/o alucinaciones)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
7 F1x. 6 Síndrome amnésico	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
8 F1x. 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otros psicotrópicos	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
9 F1x. 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento (trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, del dormir y disfunción sexual)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
10 F1x. 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
11 F55 Abuso de una o varias sustancias que no producen dependencia junto con psicotrópicos o aisladas de psicotrópicos	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

200. B. Señale la(s) sustancia(s) responsable(s) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	201. C. Señale el grado de intensidad de la dependencia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1. Alcohol 2. Opiáceos 3. Marihuana 4. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos 5. Cocaína 6. Anfetamínicos y cafeína (incluye antiparkinsonianos) 7. Alucinógenos 8. Nicotina (tabaco) 9. Disolventes volátiles 10. Múltiples drogas y otros psicotrópicos (fenilciclidina)	11. Antidepresivos 12. Laxantes 13. Analgésicos 14. Antiácidos 15. Vitaminas 16. Hormonas 17. Hierbas o remedios populares 18. Diuréticos 19. Otras sustancias conocidas, Esp. _____ 20. Otras sustancias desconocidas, Esp. _____ 21. Ambos, Esp. _____
	1. Leve 2. Moderada 3. Grave No procede

202. Señale los códigos diagnósticos (Anote código correspondiente y nombre de los diagnósticos principales)  F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	_____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
--	---

Señale la comorbilidad psiquiátrica	
203. Señale el tipo de afectación	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1. F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos 2. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes 3. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) 4. F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos 5. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos 6. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto 7. F70-F79 Retraso mental	

- 8. F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- 9. F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- 10. F99 Trastorno mental sin especificación
- 11. Ambos, Esp. \_\_\_\_\_
- 12. No procede

204. Señale las opciones de manejo

- |                     |                           |                         |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Ambulatorio      | a) Dirigido a familiares  | 7. Casa de medio camino |
| 2. Consulta externa | b) Ayuda mutua            |                         |
| 3. Residencial      | 5. Terapia familiar       |                         |
| 4. Terapia grupal   | 6. Hospitalización médica |                         |

205 Evaluación global de la severidad a la admisión

Especifique

- 1. Muy favorable
- 2. Favorable
- 3. Reservado
- 4. Desfavorable
- 5. Muy desfavorable

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

206. Señale su impresión sobre el rendimiento del paciente

- 1. Normal brillante
- 2. Normal
- 3. Subnormal
- 4. Limítrofe
- 5. Deficiente

207. Señale su impresión sobre la capacidad de análisis y síntesis del paciente

- 1. Conservada
- 2. Alterada

208. Señale su impresión sobre la capacidad de introspección del paciente

- 3. Conservada
- 4. Alterada

209. ¿Existe conciencia de enfermedad

- 1. Sí
- 2. No

210. Señale el grado de credibilidad de la información

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Pobre, Esp.

211. Indique que actitud tuvo el paciente ante el interrogatorio y exploración

- 210. Cooperación
- 211. Rechazo
- 212. Ambivalencia
- 213. Indiferencia
- 214. Otro, Esp.

212. Observaciones y comentarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

ciones de manejo. Registre según criterio de acuerdo con las categorías.

**Capítulo XVIII. Pronóstico.** Consta de un reactivo (205) en el cual se anota la condición global de la severidad en el momento de la admisión. Registre la(s) categoría(s) a criterio del entrevistador. Especifique en las líneas a continuación el argumento del criterio dado.

**Capítulo XIX. Observaciones generales.** Consta

de siete reactivos (206 a 212) en los que se registra la impresión respecto del paciente: sobre el rendimiento intelectual, su capacidad de análisis y síntesis, introspección, conciencia de enfermedad, credibilidad de la información y actitud tenida ante el interrogatorio y la exploración, así como las observaciones sobre la actividad del registro y otras, pertinentes al diagnóstico, pronóstico y manejo del caso.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud (SSA): *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*. México, Secretaría de Salud, 1993.
2. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL, Sánchez HR:** *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997.
3. **Gopalan R, Santora P, Stokes EJ:** Evaluation of a model curriculum on substance abuse at the Johns Hopkins University School of Medicine. *Acad Med* 1992;67:260-266.
4. **Bourne G:** *A treatment manual for acute drug abuse emergencies*. U. S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, Alcohol. Drug Abuse and Mental Health Administration, 1996.
5. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD): *Informe final de la primera reunión del grupo de expertos sobre reducción de la demanda*. Organización de Estados Americanos (OEA). Buenos Aires, 1997.
6. Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (CLACT): *1er Encuentro Nacional*. México, D. F., 1997.
7. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA*. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Reporte interno. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997.
8. **Long P, Arif A, Westermeyer J:** *Manual of alcohol and drug abuse. Guidelines for teaching in medical and health institutions*. Plenum Press, 1988.
9. **Souza y Machorro M:** *Sociedad y enajenación: adicciones*. Simposio Reflexiones sobre las Adicciones. II Congreso de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental. Oaxaca, 1997.
10. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª ed. Washington, 1995.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
12. OMS: *Evaluation of dependence liability and dependence potential of drugs*. Technical Report Series, No. 577, Report of a WHO Scientific Group, 1975.
13. **Díaz BSL, Guisa CVM, Sánchez HR:** *Alternativas de rehabilitación en salud mental*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
14. **Ellenhorn M, Barceloux G:** *Medical toxicology*. Nueva York, Elsevier, 1988.
15. **Díaz BSL:** *Clasificación y farmacología de las sustancias psicoactivas*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
16. **Lipton M, Di Mascio A, Killan KF:** *Psicofarmacología*. Madrid, Espasa, 1982.
17. **Ellenhorn M:** *Medical toxicology. Diagnosis and treatment of human poisoning*. William and Wilkins, 1997.
18. **Souza y Machorro M:** Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina. *Rev Fac Med UNAM* 1988;31;3:61-68.
19. **Souza y Machorro M:** *Educación en salud sexual para personal de salud*. Programa de Actualización Continua. México, Asociación Psiquiatría Mexicana, A. C., 2001.
20. **Kaplan H, Sadock B:** *Synopsis of psychiatry*. 8ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
21. **Goldman H:** *Review of general psychiatry*. 4ª ed. Appleton and Lange, 1995.
22. **Díaz BSL:** *Manual para la realización del examen físico y neurológico a pacientes farmacodependientes*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1995.
23. **Waxman S:** *Neuroanatomía y neurología funcional*. México, El Manual Moderno, 1997.
24. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCCPA). Una aportación para el manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;7:291-307.
25. **Madden J:** *Alcoholismo y farmacodependencia*. México, El Manual Moderno, 1986.
26. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
27. **Souza y Machorro M, Montero MC, Cárdenas AJ, Domínguez JL:** Historia clínica codificada para la sexualidad femenina (HCCSF). *Ginecol Obstet Méx* 1987;55:227-287.

## Craving y dependencia ética\*

La investigación neuroquímica de los últimos años ha dado un decisivo impulso al campo de las adicciones.<sup>1,2</sup> En consecuencia, el esclarecimiento de los procesos de transmisión cerebral posibilita actualmente una terapéutica más racional y específica de los síndromes adictivos.<sup>3,4</sup> En el pasado se pretendió manejar prioritariamente, con fuerza de voluntad y recursos diversos,<sup>7-9</sup> los estados neuroquímicos alterados de la mente derivados del consumo de psicotrópicos.<sup>5,6</sup> Todavía hoy, en el ámbito paraprofesional y muy posiblemente también en otros campos no especializados, se ignoran las ventajas de tal conocimiento.

De hecho, la recaída en el consumo de psicotrópicos, responsable de las dificultades correctivas de los casos, es una regla que evidencia la pérdida del control de los impulsos<sup>10-13</sup> y resulta, por lo tanto, indeseable, no sólo porque su reiteración desconcierta, frustra y enoja al personal de salud y a quienes rodean al paciente,<sup>10,13,14</sup> sino porque le impide al paciente mismo consolidar su salud. Pero la recaída, parte de la historia natural de esta enfermedad, no es excluible, pese a que anula en cada ocasión los esfuerzos dirigidos a la abstinencia.<sup>10,15,16</sup> Más allá de la conceptualización de las vertientes neuroquímica y psicosocial que pretenden su corrección, la complejidad que ello plantea propone, a través de la psicoimmunología, el desarrollo de anticuerpos vía “vacuna” para disminuir el reforzamiento inducido por las sustancias de abuso contra la recaída.<sup>17-21</sup>

El *craving*, entendido como un anhelo intenso, continuo e irreprimible de volver a consumir el (los) psicotrópico(s) durante su privación —aunque varía en cada

caso tanto en intensidad como en duración—, conlleva una conducta de búsqueda particular, y a menudo una nueva fase de abuso, que tiende a corregirse con el uso de ciertos fármacos.<sup>22-25</sup> Cabe señalar de modo análogo, no obstante la comentada peculiaridad conocida sólo en parte y que no se ha precisado aún, si dicha fase representa *per se* el síndrome abstinento o sólo la “porción biológica de la reacción de supresión”, a la que desde una óptica holista habrían de agregarse otros elementos psicosociales decisivos.<sup>8,10,21</sup>

Este proteiforme fenómeno, resultado de la neuroplasticidad cerebral, exhibe además una especial condición neurobioquímica relacionada con la transmisión cerebral, íntimamente vinculada con los elementos que conforman el patrón de consumo, como la motivación, la potencia farmacológica, la dosis, su frecuencia, la vía de administración del (los) psicotrópico(s) habitual(es), los costos e incluso los supuestos beneficios obtenidos.<sup>2,13,20,21</sup> Por ello, la recaída representa a la vez la consecuencia farmacodinámica de la neuroadaptación y las expectativas acerca del consumo y experiencia(s) tenida(s). Ambos mecanismos reiterativos favorecen el retorno del consumo y simultáneamente refuerzan el aprendizaje, en un circuito intrínsecamente patógeno<sup>13,15,26</sup> descrito en animales<sup>27-29</sup> y humanos,<sup>7,9,11,30</sup> tanto con sedantes como el etanol como con opiáceos y barbitúricos,<sup>26,27,31</sup> ansiolíticos, hipnóticos y tranquilizantes benzodiazepínicos,<sup>23,29,32,33</sup> y estimulantes anfetamínicos,<sup>34,35</sup> o cocaína,<sup>2,9,34</sup> metilfenidato,<sup>36</sup> nicotina<sup>37,38</sup> y cafeína.<sup>3,39</sup> Esta última es considerada por muchos autores como la droga legal más consumida en el planeta.<sup>10,40</sup>

\* Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI: Craving, adicción ética y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.

Desde la óptica farmacodinámica, la recaída representa la convergencia droga-huésped-ambiente que estimula al sistema dopaminérgico mesolímbico. Los efectos de las sustancias y el estrés activan por la vía neural los circuitos de la corteza prefrontal y amigdalina a través de la activación del eje hipotálamo-hipofisario, cuyo gatillo disparador se muestra en el anhelo imperioso de consumo, producido por la estimulación de los receptores de dopamina D<sub>2</sub> que inhiben al Amp cíclico (segundo mensajero) en las neuronas del núcleo *accumbens*.<sup>2,12,41</sup> Asimismo, los compuestos que activan los receptores D<sub>1</sub> previenen el anhelo, presuntamente a través de la saciedad producida en el llamado sistema de recompensa.<sup>1</sup>

En tal sentido, cabe señalar que la bioquímica del fenómeno no ha sido documentada en todos los psicotrópicos de abuso, lo cual es de máxima importancia para el propósito que se describe. Algunos autores consideran que la forma compulsiva de consumo representa —por su parecido afectivo, conductual y clínico— un mismo tipo de anhelo común a otras entidades nosológicas —si bien puede tener distinta intensidad—, pues se exhibe una falta de control de impulsos,<sup>1,13,42</sup> como ocurre en la anorexia-bulimia,<sup>35,43,44</sup> la piromanía,<sup>43</sup> el juego patológico<sup>43</sup> y la discutida “adicción” sexual.<sup>15</sup> Por tal razón, se cree conveniente por ahora referirse a ese anhelo especial —guardando la proporción que en cada caso ofrece la variabilidad individual— en términos de *una necesidad aguda e inaplazable, más allá del carácter de “antojo controlable a voluntad”*.<sup>9,11,20,27,33,45</sup>

De modo que desde la óptica neuroquímica la adicción se interpreta como *un intento de adaptación a una insuficiencia natural de sustancias bioquímicas que contribuyen a proporcionar la sensación “normal” del bienestar que se pierde durante la privación, en forma de anhelo irrefrenable y que semeja en su caso el efecto del ansiolítico o euforizante faltante, que lleva a la gente a un círculo vicioso de nuevo consumo para sentirse “bien”*<sup>23,46,47</sup> (cuadro 7-1).

Todo ello, al margen de la participación de elementos genéticos interrelacionados en la neuroplasticidad del SNC, cuya evidencia observacional ilustra el mecanismo de acción según el cual *las drogas de abuso disparan y modulan los procesos neuroadaptativos*, procesos que tienen asimismo un papel de relevancia clínica en el fenómeno adictivo, como *la tolerancia, el anhelo de consumo y la sensibilización a las drogas*,<sup>26,46-48</sup> esta última, conceptualizada en el marco de un estado producido por el aumento progresivo de respuestas a estímulos ocurridas por suministros repetidos, y que persiste incluso tras la abstinencia prolongada.<sup>47,48</sup>

Como el conocimiento que implica este concepto fue sugerido por el comportamiento del receptor antago-

nista N-metil-D-aspartato (NMDA) que previene su desarrollo,<sup>19,49</sup> dicho anhelo es considerado un factor primordial en la adicción, pues por una parte su sola presencia define el estado adictivo como tal, y por la otra tiende a dificultar el pronóstico del caso —del manejo agudo al establecimiento de la abstinencia—, complicando su posible rehabilitación.<sup>1,3,9,48</sup>

Las razones de ello son variadas, ya que muchos de los estímulos que disparan y mantienen tal anhelo de consumo se relacionan con la historia personal, la actividad imaginativa e inducción vía recuerdo, de imágenes y huellas mnésicas ligadas al consumo,<sup>50-52</sup> amén del posible regreso al “bienestar” que su continuación produce (adicción), tratando de evitar a toda costa malestares como la depresión y la angustia.<sup>43</sup> Esta última, conceptualizada psicodinámicamente como universal y en el marco de la interpretación siempre subjetiva de cada sujeto, ha sido descrita como una señal inicial contra la destrucción, angustia “aseguradora” que en su evolución tiende a convertirse, como lo expresara Freud, en “un siniestro mensajero de la muerte”,<sup>51</sup> condición psíquica que permite hablar de un panorama especialmente relevante en casos de adicción al etanol,<sup>46,53,54</sup> a la cocaína<sup>2,7,9,20,41</sup> y a opiáceos<sup>43,49,55,56</sup> fundamentalmente, y por extensión, dada su distinta intensidad adictiva, a la nicotina y la cafeína.<sup>15,38,39,41</sup>

Estas dos drogas estimulantes, tenidas por muchos años como simples hábitos encubiertos en su legalidad y acompañando a los alimentos, están actualmente, por su trascendencia clínica y psicosocial, incluidas en la categoría de adicciones.<sup>10,15,57,58</sup> Pero cabe señalar que ello se debe no tanto a su afectación general a la salud derivada de su comorbilidad cardiopulmonar, oncológica, etc., como en el caso del tabaquismo, cuya razón *per se* es genuina y válida, sino por ser psicotrópicos altamente adictivos que afectan la neuroquímica cerebral, se relacionan con el consumo de otras drogas, inducen y complican un estado adictivo preexistente o bien “abren la puerta”, en ciertas poblaciones de edad juvenil, al abuso de nuevas sustancias de abuso.<sup>46</sup>

La nicotina, por ejemplo, muestra claramente en el proceso de adicción la vinculación con los *efectos del reforzamiento*, que son especialmente importantes al inicio de su autoadministración,<sup>38,58,59</sup> promoviendo además liberación de catecolaminas, acetilcolina, beta endorfina, glucocorticoides y otras hormonas.<sup>47</sup> Por otro lado, *la tolerancia* que produce permite gradualmente la génesis de efectos reforzadores positivos de nicotina a causa de su reiterada autoadministración, y asimismo evidencia *el anhelo imperioso de consumo* que deriva de su abstinencia. Además, sus procesos condicionados vinculan los efectos del psicotrópico al ecosis-

tema y el refuerzo mnésico producido por la acción reforzadora de cada sustancia<sup>39,56</sup> independientemente de la *dependencia*, que tanto para dichos refuerzos como para los síntomas de su privación ubica su asiento en el sistema de recompensa,<sup>18,28,29,38,43</sup> y cuya conexión entre amígdala y núcleo *accumbens* asocia los efectos nicotínicos a los estímulos externos.<sup>38,39</sup> Por ello, debido a que los circuitos neuronales involucrados en la memoria participan en la producción del anhelo y su correspondiente recaída, se recomienda como apoyo sustantivo de la terapéutica un apropiado manejo combinado: farmacológico-psicoterapéutico y, en su caso, de rehabilitación psicosocial.<sup>6,8,13,32,47,60</sup>

En cuanto a la cafeína, cabe destacar que se investiga actualmente acerca de su uso crónico, en particular el vínculo del uso combinado con otras drogas. Por ello se enfatiza la presencia de su síndrome abstinento, que aparece descrito en los manuales internacionales y se caracteriza por cefalea, cansancio marcado o somnolencia, ansiedad marcada o depresión, náusea o vómito, y cuyo diagnóstico se establece cuando existe cefalea y por lo menos uno de los tres síntomas mencionados.<sup>15,41,57</sup>

Como puede colegirse, en la terapéutica actual ya no es razonable apelar, con base en la fuerza de voluntad del sujeto, a la discontinuación de la dependencia.<sup>46,47</sup> Se requiere específicamente ayuda concreta y nuevos paradigmas sustentados en el conocimiento de la investigación clínica aplicada, basados en la formación de personal especializado y la difusión que realizan, además de una adecuada profesionalización de la óptica clínica, terapéutica y rehabilitatoria con abordajes funcionales e integrativos.<sup>10,13,20,46,60</sup>

Desde el punto de vista anatómico y neurofisiológico, el sistema límbico representa un grupo de estructuras y funciones cerebrales íntimamente relacionadas que proveen de sustrato biológico a las emociones y motivan la conducta, incluidas las respuestas al estrés y los eventos gratificantes.<sup>2,12,29,43</sup> Este sistema se halla intrincadamente involucrado en las adicciones, tanto desde el efecto de placer de las drogas, el cual se asocia con su exposición aguda y simultáneamente sirve para explicar el modelo etiopatogénico de la adicción en términos de un anhelo vehemente, como de la disforia que sigue a la discontinuación de su uso,<sup>23,28,36,47</sup> por lo que la dilucidación de las respuestas neuroadaptativas del sistema límbico a la exposición crónica y su adecuado conocimiento por el personal terapéutico facilitarán la elección de estrategias racionales para el manejo antiadictivo.<sup>10,13,47,48</sup> En consecuencia, en el contexto señalado, el comportamiento del etanol como ejemplo de psicotrópico vinculado con la producción del citado anhelo (que se describe a continuación) ofrece un ejemplo

o visión general acerca de la importancia de su participación en el proceso adictivo.<sup>1,23,33</sup> Debe señalarse, en primera instancia, que las drogas en general se consideran sustitutos de los reforzadores convencionales, como la comida y el sexo.<sup>31,43,46</sup> Las hipótesis neurobiológicas, neuropsicológicas y clínicas sugieren que el anhelo producido por la abstinencia de etanol incluye la presencia de pensamiento obsesivo sobre la sustancia y conductas compulsivas de búsqueda,<sup>11,47,49</sup> ambas susceptibles de cuantificarse y ser comprendidas a través del uso de instrumentos diseñados *ad hoc*, que algunas clínicas de la especialidad utilizan para la evaluación terapéutica de la adicción ética.<sup>11,46,60</sup>

El alcohol étílico, al igual que otras drogas, activa los sistemas neuronales de transmisión central dopaminérgicos, opioides y GABAérgicos. La activación de dopamina mesolímbica y el sistema opioide endógeno son el sustrato de las denominadas propiedades motivadoras de recompensa ética (excitación, euforia, desinhibición, estimulación motora, etc.), que permiten vía reforzamiento la autoadministración crónica del psicotrópico.<sup>12,31,43</sup> La estimulación del sistema GABAérgico, por su parte, media los efectos sedantes y la reducción de impulsos que propicia su ingestión.<sup>18,23</sup> Los sistemas dopaminérgicos y opioides ampliamente vinculados entre sí permiten el bloqueo endógeno del sistema opioide vía receptores antagonistas *mu o delta*, el cual previene la activación ética del sistema dopaminérgico y consecuentemente tiende a reducir el consumo.<sup>31,47</sup>

Por otra parte, la prevención de la recaída implica una parte importante de la detección temprana del problema,<sup>30,55,59</sup> factible a través de entrevistas especializadas y evaluaciones biopsicológicas que analizan el patrón de consumo,<sup>46,61</sup> así como el uso de distintos instrumentos codificados de autodiagnóstico como CAGE, AUDIT, MAST,<sup>33,46,60,61</sup> que refuerzan en el individuo el conocimiento acerca de su patrón de consumo, le proveen la clarificación necesaria para la posible aceptación de su adicción y el subsecuente comportamiento deseable a favor de su salud.<sup>8,13,44,60</sup>

Respecto de los motivos y factores que impulsan el inicio y la terminación de recaídas de consumo étílico de pacientes en tratamiento, se sabe que los varones muestran dos factores involucrados al inicio de la recaída:

- a. Anhelo intenso que impulsa el nuevo consumo.
- b. Deseo de dejar de sentirse mal.  
En las mujeres se presentan igualmente dos factores, aunque un tanto distintos:
- c. Anhelo de consumo.
- d. Pérdida de la autovigilancia en favor de la abstinencia, debido a la sensación de decaimiento y

otros factores relacionados con la dinámica conyugal.<sup>44,62</sup>

Y entre los factores vinculados a la terminación de la recaída están el deseo de cesar el episodio en los hombres, y en las mujeres, el sentirse mal psicológicamente por el consumo. De este modo, entre los métodos más recientemente identificados para el logro y mantenimiento de la abstinencia destacan el deseo de eliminar del entorno social a personas y lugares riesgosos que presionan a continuar el consumo —especialmente en hombres—, y el ingreso o permanencia de la militancia en grupos de ayuda mutua.<sup>33,46,60</sup>

Por su parte, los adolescentes abusadores étlicos, quienes representan un problema particularmente grave y extendido en la mayor parte de los países, muestran complicaciones psicosociales de suyo relevantes, como los accidentes que son causa de muerte de un número significativamente alto de personas en esta edad.<sup>4,63</sup> A ello se agrega un grupo de razones descollantes, como la afectación del sistema reproductivo, osteoporosis, decremento osteomuscular, anemia, disfunción del sistema inmunitario, involución prostática y déficit reproductivo.<sup>1,4</sup> Debido a ello, se vuelve decisiva la conjunción de actividades educativas y la promoción de estrategias que combatan las graves consecuencias del consumo de drogas en esta población.<sup>26,30,40</sup>

En años recientes, la categoría “alcoholismo” en la literatura se ha convertido en algo más descriptivo que diagnóstico.<sup>64,65</sup> Empieza a clarificarse el vocablo, que no hace mucho se usaba de modo indiscriminado para todo lo relacionado con la ingestión étlica,<sup>33,46</sup> habiéndose establecido en la actualidad varios subtipos de esta enfermedad como conceptos nosográficos indispensables para su manejo.<sup>33,64</sup> Los adictos a esta sustancia —propriadamente alcohólicos— pueden clasificarse por el tipo de afectación de sus distintas dimensiones, según sean los principales disturbios biológicos, sociológicos y psicológicos,<sup>46,49,65,66</sup> y en los catálogos internacionales, la patología alcohólica tiende a apreciarse cada día más.<sup>15,46,57</sup> Así, en forma complementaria, los marcadores biológicos permiten reconocer las características de los subtipos al indicar la predisposición a la sustancia, o bien al reflejar el estado actual del consumo (recaída o prerrecaída), permitiendo el monitoreo de la condición del anhelo y facilitando la asignación a la dimensión biológica del trastorno a una mayor profundidad.<sup>33,50</sup> Los resultados de experimentación animal con GABA, por ejemplo, señalan una eficaz reducción en la ingestión étlica voluntaria.<sup>28</sup> Su rápida actuación y efecto ansiolítico apoyan la hipótesis de que éste podría controlar el anhelo y su consecuente consumo a causa

de la sustitución de reforzadores.<sup>18,23,24,31</sup> Por lo tanto, se espera que la farmacoterapia sea más rica y efectiva al formar parte de un plan general de manejo,<sup>10,13,50</sup> reforzada por actividades de información y orientación educativa básica y terapéutica psicológica acorde a las necesidades de cada paciente, en consonancia con las distintas modalidades e indicaciones, pero, más especialmente, con el efectivo apoyo a la reinserción social.<sup>33,46,60</sup>

El avance psicofarmacológico ha consolidado nuevos paradigmas farmacoterapéuticos en la actualidad, en un abanico de posibilidades:

- a. Descubrimiento de fármacos que bloquean el anhelo imperioso de consumo.
- b. Reducción (eliminación) de la nueva ingestión.
- c. Inducción de aversión.
- d. Formalización de estrategia terapéutica contra el síndrome de abstinencia.
- e. Disminución del consumo del (los) psicotrópico(s) a través del manejo de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva.
- f. Inducción rápida de la sobriedad del paciente intoxicado.<sup>6,9,13,18,32,46</sup>

A continuación se presenta una breve descripción de los principales recursos farmacológicos actuales. El advenimiento de fármacos de acción neuroespecífica sobre los sistemas dopaminérgicos,<sup>44,65</sup> serotoninérgicos<sup>42,67,68</sup> y glutamatérgicos, así como el bloqueo de los receptores opioides,<sup>31,56</sup> define la medicación *anticraving*, que se inició hace pocos años (1994) en varios países europeos (acamprosato) y EUA (naltrexona). El primero es un agente modulador específico del sistema glutamatérgico que interactúa con los receptores neuronales de la NMDA en los canales de calcio<sup>19,22,69,70</sup> e inhibe los síntomas de la privación étlica.<sup>1,12,66,71-73</sup> El segundo es un antagonista que interfiere con el refuerzo producido por el etanol al bloquear los receptores opiáceos, pero puede a su vez precipitar un síndrome de abstinencia e incluso producir hepatotoxicidad en los casos donde ocurre sobredosificación.<sup>1,6,27</sup> Asimismo, el GABA y el etanol por sí mismos reducen el anhelo de consumo, al restablecer la actividad dopaminérgica de las neuronas mesolímbicas, sustrato neural del estado disfórico que acompaña la privación étlica.<sup>18,32,46</sup> La amperozida, antagonista de los receptores 5-HT<sub>2</sub>, tiene propiedades de liberación dopaminérgica.<sup>46,47</sup>

La lisurida, agonista-d<sub>2</sub> dopaminérgico y antagonista d<sub>1</sub> con propiedades serotoninérgicas, favorece la abstinencia hasta en 85% después de 90 días y en 47% después de 180 días.<sup>12,44</sup> La memantina, receptor antagonista de los receptores NMDA, causa reducción sig-

nificativa de los síntomas de la cesación ética sin producir efectos colaterales estimulantes.<sup>74</sup> El disulfiram tiene un potente efecto simpaticomimético que reacciona con el acetaldehído produciendo una sintomatología aversiva al etanol.<sup>32,33,46</sup> Y dado que la incapacidad para continuar la abstinencia se relaciona con la hipofunción de los neurotransmisores, los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, dopamina y norepinefrina cerebral, al favorecer la biodisponibilidad de los receptores se hacen fármacos de utilidad terapéutica.<sup>32,44,47</sup>

Otros antidepresivos atípicos, como la trazodona, en dosis bajas reducen el anhelo de consumo, los síntomas depresivos y la ansiedad asociada tras un lapso de tres meses.<sup>24</sup> El carbonato de litio promueve la estabilidad del talante y el ion magnesio, usado en situaciones derivadas de su deficiencia tisular, es útil en la enfermedad isquémica y el asma comórbida de la adicción en ancianos y desnutridos.<sup>33,47</sup> La carbamazepina, químicamente semejante a los antidepresivos, es potente como anti-convulsivo, moderada como sedante y leve como estabilizador del ánimo.<sup>47,70</sup> Y si bien las benzodiazepinas proveen un seguro y efectivo manejo terapéutico en los síndromes adictivos, la investigación se enfoca sobre otras posibles drogas con menor capacidad adictiva para impedir la dependencia consecutiva a su uso.<sup>1,47</sup> El clonazepam es eficaz contra la ansiedad, y al combinarse con betabloqueadores, clonidina o neurolépticos funciona aún mejor.<sup>6,32,45,69</sup> Los valproatos con su posible acción GABAérgica favorecen la disminución del anhelo de consumo.<sup>18,43,44,68</sup> Por último, la metadoxina y otras sustancias similares, usadas experimentalmente, revierten los efectos tóxicos de la intoxicación ética.<sup>46,60,68</sup> Lamentablemente, todavía no se encuentran disponibles para el suministro cotidiano, pues no forman parte del cuadro básico de medicamentos que componen la terapéutica de las unidades de salud del país.<sup>10,26,44</sup>

En la terapéutica contemporánea, las intervenciones clínicas se prefieren breves; se basan en juicios de ponderación farmacológica riesgo-utilidad y costo-efectividad, que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias. En el caso de los trastornos adictivos, la meta inicial es la *reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados*, para luego fomentar la eliminación de la reincidencia con la inclusión de factores de crecimiento y la adquisición de nuevas habilidades autoafirmativas para la vida.<sup>33,46,60</sup> Pero en la práctica, el éxito terapéutico alcanzado por la oferta de servicios asistenciales contra las adicciones no ha sido suficiente hasta ahora, pues realmente son pocos aún los beneficiados desde esta óptica integral si se comparan con la demanda real

de tratamiento, dado el tardío ingreso a los programas terapéuticos (más de cinco años) del reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, y especialmente se complica aún más por la insuficiente e inadecuada preparación profesional y la pobre cobertura asistencial oficial ofrecida,<sup>46,60,61</sup> entre otros importantes problemas por considerar.

Además, cabe señalar que, si bien el número de agentes farmacológicos *anticraving* se ha incrementado, su selección clínica ha de proceder con base en las características de cada caso y la dimensión prioritariamente afectada.<sup>1,32,43,50,64,69,71</sup> De modo que la terapia farmacológica establece, refuerza, mantiene y produce mejores resultados cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares, y la participación de los grupos de ayuda mutua, que dan contención emocional al abusador/adicto y favorecen su reinserción social, especialmente cuando se abusa de varios psicotrópicos a la vez, lo que en el panorama adictivo nacional es una regla. Y dado que los pacientes son en su gran mayoría poliusuarios, rara vez permiten enfrentar retos únicos de manejo.<sup>33,43,46,60</sup>

Las soluciones prácticas al problema se apoyan en el incremento cualitativo de los cuidados que reciban los adictos. *En ello la educación, la calidad de la asistencia y seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica se vuelven fundamentales.*<sup>6,13,32,61,68</sup> Los pilares del avance científico —formación de recursos humanos e investigación—, al enfocarse a la dimensión patológica del hombre, podrán desarrollar las anheladas “nuevas estrategias para viejos problemas”.<sup>33,46,60</sup> La óptica de adecuación personal del tratamiento *no sólo es urgente, sino indispensable, y la decisión de someter a todos los pacientes por igual a un mismo régimen o considerar que la adicción no guarda diferencias entre sustancias y patrones de consumo es un error probado.*<sup>13,33,44,46,60</sup> La insurgencia de la terapia *anticraving* es incomparable a su alta deserción. Para el manejo de los síndromes agudos de intoxicación y abstinencia no resulta útil ni está indicada, salvo excepciones, en el manejo a largo plazo de la condición adictiva,<sup>46,56,68,69,75</sup> a la que han de agregarse indefectiblemente otras importantes medidas complementarias por espacio de dos años como mínimo, y que habitualmente se extienden más allá de los cinco.<sup>10,13,15,46,57</sup>

El diseño y el desarrollo de programas integrales han de incluir el fomento de la captación de pacientes y la promoción de motivación terapéutica desde el abordaje inicial del caso, y más especialmente a lo largo de la rehabilitación. Ello implica el manejo de los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia —y, en su caso, el paso perentorio de una droga fuerte a otra más leve—,



independientemente del mantenimiento de la abstinencia con la incorporación del apoyo de la familia,<sup>8,75</sup> enfatizando la resocialización<sup>10,46,60</sup> en el marco siempre incluso de una auténtica *psiquiatría de las adicciones* que profesionaliza la terapéutica antiadictiva a través de la integración de la ciencia a la terapéutica vía investigación.<sup>33,46,60</sup> Un tratamiento eficaz es aquel que ofrece beneficios continuos a largo plazo y asume procedimientos éticos indispensables.<sup>10,60,76</sup> Pero las combinaciones disponibles deben ser parte fundamental de la estrategia y no del azar, por lo cual es preciso desarrollar una adecuada visión de la estrategia antiadictiva fundada en la tolerancia y el respeto a cada paciente.<sup>33,46</sup> Descrito en forma breve, un modelo terapéutico integral:

- a. Se basa en el conocimiento disponible más avanzado.

- b. Ubica funcionalmente cada uno de los esfuerzos asignados en el lugar de su óptima aplicación.
- c. Realiza su función conjunta y armónicamente en los planos intraprofesional, interprofesional y transprofesional.
- d. Jerarquiza la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad, porque si bien todas las acciones son importantes, éstas han de ser concertadas y dosificadas por criterios operacionales.
- e. Realiza una adecuada evaluación del procedimiento empleado, en espera de que las modificaciones pertinentes optimicen el proceso de crecimiento hacia su consolidación, con base en la utilidad social de un modelo diseñado *ex profeso*.<sup>46,60</sup>

## REFERENCIAS

1. **Spanagel R, Zieglgansberger W:** Anticraving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci* 1997;18(2):54-59.
2. **Childress A, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M et al.:** Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am J Psychiatry* 1999;156(1):11-18.
3. **Galanter M:** Network therapy for the office practitioner. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Cap. 17. Washington, American Psychiatric Press, 1994:332-334.
4. **Gans E, Alexander B, Chu C, Elster B:** The cost of comprehensive preventive medical services for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(11):1226-1234.
5. **Strang P:** Palliative medicine. A new research field with specific demands. *Lakartidningen* 1999;6,96(1-2):26-29.
6. **Mann K:** The pharmacological treatment of alcohol dependence: needs and possibilities. *Alcohol Suppl* 1996;1:55-58.
7. **Rothman B, Gorelick A, Baumann H, Guo Y, Herming I et al.:** Lack of evidence for context-dependent cocaine-induced sensitization in humans: preliminary studies. *Pharmacol Biochem Behav* 1994;49(3):583-588.
8. **Silvers P:** A psychotherapeutic approach to substance abuse: preliminary observations. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993;19(1):51-64.
9. **Bordnick S, Schmitz M:** Cocaine craving: an evaluation across treatment phases. *J Subst Abuse* 1998;10(1):9-17.
10. World Health Organization (WHO): *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, 1993:27-31.
11. **Chignon M, Jacquesy L, Mennad M et al.:** Self-assessment questionnaire of alcoholic craving (Obsessive-Compulsive Drinking Scale). *Encephale* 1998;24 (5):426-434.
12. **Diana M, Pistis M, Muntoni A, Gessa G:** Mesolimbic dopaminergic reduction outlasts ethanol withdrawal syndrome: evidence of protracted abstinence. *Neuroscience* 1996;71(2):411-415.
13. **Schuckit M:** Goals of treatment. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;1:3-10.
14. **Duncan S:** Negative reaction to drug users by emergency room personnel. *J Psychodelic Drugs* 1977;9: 103-105.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Forma, 1993.
16. **Blondell D, Frierson L, Lippmann B:** Alcoholism. Taking a preventive, public health approach. *Postgrad Med* 1996;100(1):8-80.
17. National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Inhalant abuse*. Capsules, 1-3. Washington, 1996.
18. **Agabio R, Colombo G, Loche A, Lobina C, Pani M et al.:** Gamma-hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism. *Alcohol* 1998;33(5):465-474.
19. **Al Qatari M, Bouchenafa O, Littleton J:** Mechanism of action of acamprosate. Part II. Ethanol dependence modifies effects of acamprosate on NMDA receptor binding in membranes from rat cerebral cortex. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(4):810-814.
20. American Psychiatric Association (APA): Work group on substance use disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiat* 1995;152(suppl 2-59):3-5.
21. National Institute of Drug Abuse (NIDA): Therapy manual for drug addiction. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction. *Monographic Series* 1998;8:15-24.
22. **Holter SM, Landgraf R et al.:** Time course of acamprosate action on operant ethanol self-administration after ethanol deprivation. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21(5):862-868.
23. **Singleton EG, Gorelick DA:** Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. *Recent Dev Alcohol* 1998;14:177-195.

24. **Janiri L, Hadjichristos A, Buonanno A, Rago R, Mannelli P et al.:** Adjuvant trazodone in the treatment of alcoholism: an open study. *Alcohol* 1998;33(4):362-365.
25. **Chick J, Erickson CK:** Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. *Alcohol Clin Exp Res Apr* 1996;20(2):391-402.
26. **Schwartz R:** Adolescent heroin use: a review. *Pediatrics* 1998;102(6):1461-1466.
27. **Chow L, Sellers M, Tomkins M:** Effect of naltrexone and its derivatives, nalmeferne and naltrindole, on conditioned anticipatory behavior and saccharin intake in rats. *Behav Pharmacol* 1997;8(8):725-735.
28. **Topple A, Hunt G, McGregor I:** Possible neural substrates of beer-craving in rats. *Neurosci Lett* 1998;14;252(2):99-102.
29. **Rodríguez de Fonseca F, Navarro M:** Role of the limbic system in dependence on drugs. *Ann Med* 1998;30(4):397-405.
30. **Marlatt A, Barret K:** Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Cap. 20. Washington, American Psychiatric Press, 1994:285-287.
31. **Di Chiara G, Acquas E, Tanda G:** Ethanol as a neurochemical surrogate of conventional reinforcers: the dopamine-opioid link. *Alcohol* 1996;13(1):13-17.
32. **Gatch B, Lal H:** Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22(6):917-944.
33. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;2;5(1):12-19.
34. **Karler R, Calder D, Chaudhry A, Turkanis A:** Blockade of "reverse tolerance" to cocaine and amphetamine by MK-801. *Life Sci* 1989;45:599-606.
35. **Halladay AK, Fisher H, Wagner GC:** Interaction of phentermine plus fenfluramine: neurochemical and neurotoxic effects. *Neurotoxicology* 1998;19(2):177-183.
36. **Volkow N, Wang G, Fowler J, Hitzemann R, Angrist B et al.:** Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *Am J Psychiatry* 1999;156(1):19-26.
37. **Wickelgren I:** Drug may suppress the craving for nicotine. *Science* 1998;4,282(5395):1797.
38. **Miyata H, Yanagita T:** Mechanism of nicotine dependence. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 1998;33(5):557-573.
39. **Kendler KS, Prescott CA:** Consume, tolerance and abstinence of caffeine in women: a population study with twins. *Am J Psychiatry* 1999;156:223-228.
40. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD): *Informe final de la primera reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Buenos Aires, CICAD-Organización de Estados Americanos, OEA, 29 de julio a 1 de agosto de 1997.
41. **Fontana DJ, Post RM, Pert A:** Conditioned increases in mesolimbic dopamine overflow by stimuli associated with cocaine. *Brain Res* 1993;26;629(1):31-39.
42. **Mandell W:** *Substance abuse treatment and management techniques*. Department of Mental Health, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, nov. de 1991.
43. **Kaplan H, Sadock B:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Williams & Wilkins, 1994.
44. **Blundell JE, Lawton CL, Hill AJ:** Mechanisms of appetite control and their abnormalities in obese patients. *Horm Res* 1993;39(Suppl 3):72-76.
45. **Velasco FR:** *Alcoholismo: visión integral*. 2ª reimp. México, Trillas, 1997.
46. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
47. **Volkow N, Fowler A, Wang J, Fowler J, Hitzemann F et al.:** Enhanced sensitivity to benzodiazepines in active cocaine-abusing subjects: A PET study. *Am J Psychiat* 1998;155:2.
48. **Terenius L:** Rational treatment of addiction. *Curr Opin Chem Biol* 1998;2(4):541-547.
49. **Cloninger CR:** Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.
50. **Lesch OM, Walter H:** New "state" markers for the detection of alcoholism. *Alcohol Suppl* 1996;1:59-62.
51. **Freud S:** *Obras completas*. Londres, Biblioteca Nueva, 1981;1:675-678.
52. **Weinstein A, Lingford HA, Martinez RJ, Marshall J:** What makes alcohol-dependent individuals early in abstinence crave for alcohol: exposure to the drink, images of drinking, or remembrance of drinks past? *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(6):376-381.
53. **Weinstein A, Lingford HA, Martinez RJ, Marshall J:** What makes alcohol-dependent individuals early in abstinence crave for alcohol: exposure to the drink, images of drinking, or remembrance of drinks past? *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(6):76-381.
54. **Cuadrado CP:** Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. 1. Epidemiología e implicaciones etiopatogénicas. Act. Luso-Esp. *Neurol Psiquiat* 1996;24(5):231-244.
55. **O'Malley SS:** Opioid antagonists in the treatment of alcohol dependence: clinical efficacy and prevention of relapse. *Alcohol Suppl* 1966;1:77-81.
56. **De Vries TJ, Schoffelmeer AN, Binnekade R, Mulder AH, Vanderschuren LJ:** Drug-induced reinstatement of heroin- and cocaine-seeking behaviour following long-term extinction is associated with expression of behavioral sensitization. *Eur J Neurosci* 1998;10(11):3565-3571.
57. American Psychiatric Association: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4ª ed. Washington, 1995.
58. **Wolf ME:** The role of excitatory amino acids in behavioral sensitization to psychomotor stimulants. *Prog Neurobiol* 1998;54(6):679-720.
59. **Self DW:** Neural substrates of drug craving and relapse in drug addiction. *Ann Med* 1998;30(4):379-389.
60. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la ciudad de México*. FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998:8-12.
61. **Schottenfeld RS:** Assessment of the patient. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Cap. 3. Washington, American Psychiatric Press, 1994:25-28.
62. **Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH:** Male and female alcoholics' attributions regarding the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence. *J Subst Abuse* 1998;10(1):27-42.

63. **Werner MJ, Adger H:** Early identification, screening, and brief intervention for adolescent alcohol use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(11):1241-1248.
64. **Lesch OM, Walter H:** Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol Suppl* 1996;1:63-67.
65. **Ellenhorn MJ:** Ethanol toxicity in a critical care center. En: Hall JB *et al.* (eds.): *Principles of critical care*. Nueva York, McGraw-Hill, 1992.
66. **Ciraulo AM, Alpert N, Franko KJ:** Naltrexone for the treatment of alcoholism. *Am Fam Physician* 1997;1,56(3):803-806.
67. **De Vry J:** 5-HT<sub>1A</sub> receptor agonists: recent developments and controversial issues. *Psychopharmacology Berl* 1995;121(1):1-26.
68. **Schmidt LG, Dufeu P, Kuhn S, Rommelspacher H:** Relapse prevention in alcoholics with an anticraving drug treatment: first results of the Berlin Study. *Pharmacopsychiatry* 1994;27(suppl 1):21-23.
69. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* 1998;7(3):205-209.
70. **Kratzer U, Schmidt WJ:** The anticraving drug acamprosate inhibits the conditioned place aversion induced by naloxone-precipitated morphine withdrawal in rats. *Neurosci Lett* 1998;7;252(1):53-56.
71. **Naassila M, Hammoumi S, Legrand E, Durbin P, Daoust M:** Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(4):802-809.
72. **Spanagel R, Holter SM, Allingham K, Landgraf R, Zieglgansberger W:** Acamprosate and alcohol: I. Effects on alcohol intake following alcohol deprivation in the rat. *Eur J Pharmacol* 1996;305(1-3):39-44.
73. **Holter SM, Danysz W, Spanagel R:** Evidence for alcohol anti-craving properties of memantine. *Eur J Pharmacol* 1996;31;314(3):1-2.
74. **Myers RD:** New drugs for the treatment of experimental alcoholism. *Alcohol* 1994;11(6):439-451.
75. **Kaufman E:** Family therapy. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;23:332-334.
76. **Asociación Mundial de Psiquiatría: Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos.** Buenos Aires, 1998:43-44.

## La dependencia alcohólica en México\*

El uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias adictivas ha sido y es, desde hace varias décadas, un severo y creciente problema de salud pública en México, de acuerdo con la opinión científica vertida en innumerables revistas y textos.<sup>1-3</sup> Por ejemplo, véase que tan sólo los problemas asociados al consumo del alcohol afectan de 5 a 10% de la población mundial.<sup>4</sup> La ingestión moderada de alcohol, definida como el consumo de hasta dos copas al día en personas menores de 65 años de edad y una copa para hombres mayores de 65 años y todas las mujeres de los grupos rurales y urbanos, es una medida práctica para el reconocimiento del problema —desde la óptica de la investigación aplicada— en la mayoría de las personas.<sup>5</sup> Sin embargo, se sabe que quien por su forma irrestricta de beber se convierte en bebedor problema incumple a menudo esta moderación;<sup>6</sup> de ahí que al desarrollar tolerancia hepática por el consumo del psicotrópico, el individuo aumente su dosis regular, curse intoxicaciones frecuentes y posteriormente sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia (adicción) al etanol.<sup>7</sup>

La variedad de problemas que produce esta diseminada dependencia, que suele ser crónica y durar incluso muchos años en actividad, es extensa entre la población, y según los indicadores epidemiológicos continúa en aumento.<sup>8</sup> De modo que los bebedores en riesgo, para cuidar más de su salud, deberían ser más proclives a sospechar y buscar pronto indicios de su trastorno, o bien acudir oportunamente a las unidades de salud para ser pertinentemente diagnosticados con miras a su manejo.<sup>8,9</sup> Considérese, por ejemplo, que los varones que be-

ben más de cuatro tragos por ocasión o más de 14 de ellos en total por semana, y las mujeres que beben más de tres copas por ocasión o más de siete en el lapso de una semana, forman parte de la categoría de enfermedad adictiva.<sup>5</sup>

La identificación de estos bebedores se puede hacer de forma masiva o grupal a través del uso de pruebas de tamizaje, como AUDIT, CAGE u otros, pero la revisión clínica, por ser más fina y precisa, es lo recomendable frente a casos individuales, pues permite el establecimiento definitivo de un diagnóstico autorizado.<sup>4,10</sup> Recuérdese que, en psiquiatría, al autodiagnóstico de cualquier entidad nosológica no se le reconoce validez.<sup>11</sup> En consecuencia, se espera que sea el profesional quien lo haga siguiendo los lineamientos diseñados al efecto, que en la actualidad recomiendan investigar los problemas de alcoholismo en todas las personas en condiciones clínicas como parte del examen regular,<sup>12</sup> y más especialmente en aquellas que se encuentren bajo las condiciones referidas de consumo regular, pues los datos que permiten discriminar y tipificar la condición mórbida de los pacientes son muy fáciles de falsear, negar, subestimar, etc., especialmente cuando la persona, por distintas razones de índole consciente o inconsciente, no reconoce su consumo y busca enmascarar sus consecuencias, lo cual es muy frecuente en esta población.<sup>11</sup>

De acuerdo con tal intencionalidad correctiva, se hace imprescindible la utilización de un modelo terapéutico profesional de abordaje inclusivo e integral que dé cuenta del problema: desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada, es decir, más de cinco años;<sup>13</sup> que permita ubicar funcionalmente cada uno de los es-

\* Conferencia magistral. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, ISSSTE. 2003. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: La dependencia alcohólica en México. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(4):356-364.

fuerzas profesionales y paraprofesionales complementarios de los que se dispone en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo con base en la historia natural de la enfermedad, en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad. Por ello, dicho abordaje busca su consolidación en la complementariedad que ofrecen las actividades preventivas, tal como lo establecen las Normas Oficiales Mexicanas.<sup>14-17</sup> Así, por ejemplo, la relativa al expediente clínico pretende “establecer y uniformar los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas”, e incluye, entre otras acciones, las dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico, que en su carácter obligatorio se constituye en una herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>16</sup>

Existen en México 32 315 760 personas de entre 12 y 65 años de edad que consumen alcohol, y cerca de 13 millones más (12 938 679) que consumieron alcohol en el pasado, aunque no en los últimos 12 meses previos a la Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 L cuando se considera a la población de entre 12 y 65 años de edad, y aumentó a 3.4 L en población urbana de entre 18 y 65 años de edad, y a 7.1 L cuando se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per capita* se estimó en 2.7 L. En los varones que habitan áreas urbanas, el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y los 39 años de edad, y es de 8.3 L, en tanto que entre las mujeres que viven en las ciudades, el mayor consumo reportado fue en el grupo de 40 a 49 años de edad. En la población rural de uno y otro sexo, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad.<sup>6</sup> En el grupo de adolescentes con edades entre los 12 y los 17 años, más de tres millones y medio (3 522 427) consumieron una copa completa de bebidas alcohólicas el año previo al estudio, lo cual representa 25.7% de la población de este grupo. El consumo de alcohol en la población urbana alcanza 35% (1 726 518) de la población masculina y 25% (1 252 712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por 1 mujer. En la población rural, el índice de consumo es menor: 14.4% (543, 197), es decir, 18.0% (357 775) en los varones y 9.9% (185 422) en las mujeres, con proporción de 1.8 varones por 1 mujer. Cabe señalar que sólo 281 907 adolescentes, es decir, 2.1% de la población rural y urbana, cumplieron con los criterios clínicos para la dependencia (adicción) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la

Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV-TR, y que el mayor índice se observó entre los varones de áreas rurales, con 4.1%<sup>6</sup> (cuadros 22-1 y 22-2).

Ahora bien, tratándose de la población adulta, entre las personas que viven en las áreas urbanas hay 13 581 107 varones (72% de la población urbana masculina) y 10 314 325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio. En la población rural hay 543 197 bebedores más, 357 775 (18.9%) varones y 185 422 (9.9%) mujeres. De modo que 44% de la población urbana y 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios (definido, para fines de la investigación, como aquellos que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio), en proporción de dos mujeres por un varón. Así, 20.7% de la población urbana y 10.3% de la población rural reportaron ser ex bebedores. Del total de abstemios, 5 de cada 100 hombres y 4 de cada 100 mujeres que habitan zonas urbanas, y 10 de cada 100 hombres y 5 de cada 100 mujeres de zonas rurales, reportaron no haber bebido por miedo a padecer un problema; asimismo, 6% reportaron no beber por motivos relacionados con su religión.

La cantidad modal de consumo para las mujeres es de 1 o 2 copas por ocasión de consumo, y para los varones urbanos es de 3 a 4, mientras que para los que habitan áreas rurales es de 5 a 7.<sup>6</sup> En la citada encuesta se señala que los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual de 5 o más copas por ocasión), con el 16.9% de esta población, y el consuetudinario (cinco copas o más al menos una vez por semana), con 12.4%, en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe señalar que el segundo patrón encontrado fue el moderado alto, con 2.7% de las mujeres adultas urbanas. De los datos mencionados, lo importante por señalar es que los índices de dependencia lo ocupan los varones rurales con 10.5%, y en segundo lugar de gravedad, los hombres urbanos, con 9.3%. Los índices femeninos resultaron inferiores: 0.7% entre las urbanas y 0.4% entre las rurales. Por lo tanto, reporta la ENA 2002 que hay un incremento en el consumo alcohólico entre la población adolescente: de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18 a 25% entre las mujeres.<sup>6</sup> Entre los varones se incrementó también el número de personas que beben mensualmente cinco copas o más: de 6.3 a 7.8%. Pero el incremento más notable fue el número de menores que mostraron en el último año al menos tres de los síntomas referidos para diagnosticar la dependencia (DSM-IV-TR, APA), con un total de 2% de los adolescentes participantes en la encuesta.<sup>6</sup>

**Cuadro 22-1. Criterios del DSM-IV-TR, de la APA, para la dependencia de sustancias. Parte I\***

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella

1. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia
2. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias (excepto cafeína)
3. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer
4. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (*craving*) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias
5. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses
  1. Tolerancia. Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado con las mismas dosis
    - El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia
    - Los sujetos que consumen grandes dosis (opiáceos y estimulantes) pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia
    - La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas
    - Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar
    - La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias
    - En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio: altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia
    - Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar incoordinación motora y lenguaje farfullante

\* American Psychiatric Association (APA): *Diagnóstica y manual de trastornos mentales, DSM-IV*. 4ª ed. APA, 1994.

Entre los adultos, el número de bebedoras consuetudinarias y mujeres que cumplieron el criterio de dependencia se mantuvo: de 45% de la población en 1998 a 43% en 2002.

En los varones disminuyó un poco el índice de bebedores: de 77 a 72% en este periodo. Se observa, asimismo, disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios, pero el número de personas que cumplieron los criterios de dependencia permanece estable, con 9.6 y 9.3%, respectivamente, lo cual no significa por fuerza que haya igual número de problemas psicosociales y comorbilidad asociada, ya que en general éstos tienden a aumentar, no tanto por la cuantía de la ingestión, que es de suyo un criterio decisivo —en otros países incluso se bebe más que en México, en promedio, *per capita*—, sino a expensas del patrón abusivo por ocasión.<sup>6</sup>

Como puede apreciarse, para confrontar adecuadamente los problemas derivados del consumo de psicotrópicos y sus consecuencias psicofamiliares y sociales, se requiere una estrategia complementaria e integrativa, que incida al mismo tiempo en la reducción de su disponibilidad social y en su demanda de consumo, momen-

tos decisivos ambos de la reverberante trama de este multifacético conflicto sociomédico.<sup>18</sup>

La vena adicción, responsable indirecta de conductas sexuales de alto riesgo y graves problemas derivados, contribuye decisivamente a la dispersión del VIH/SIDA, y es comórbida de la ya de por sí debilitada condición de poblaciones minoritarias y discriminadas, como las formadas por niños de y en la calle, individuos discapacitados, mujeres y ancianos, entre otros.<sup>19</sup> De modo que la complejidad alcanzada por la suma de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica en tales pacientes es, a criterio de los expertos, aspecto relevante de magnitud y alcances máximos.<sup>20</sup> En México, la relación entre el abuso de sustancias y la hepatitis, las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, la cirrosis, las enfermedades sexualmente transmisibles, los embarazos no deseados, los accidentes, el ausentismo laboral, la multifacética violencia y el suicidio, entre muchos otros problemas, se asocian frecuentemente al consumo irrestricto de alcohol y otras adicciones, que son, por cierto, urdimbre de las primeras causas de muerte.<sup>4</sup>

En México, desde que se iniciaron los esfuerzos de investigación y enseñanza del tema al inicio de la déca-

**Cuadro 22-2. Criterios del DSM-IV-TR, de la APA, para la dependencia de sustancias. Parte II\***

- II. Abstinencia. Cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia
1. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta
  2. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Se presentan signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia (de alcohol, opioides y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos)
  3. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes (anfetaminas, cocaína y nicotina) se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar
  4. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos (psicodislépticos). La abstinencia en el caso de la fenilciclidina pcp y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales)
  5. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos, por ejemplo, los que tienen dependencia de la marihuana, presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo
  6. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia
  7. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias:
    - 7.1. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido. Por ejemplo, el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida
    - 7.2. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia
    - 7.3. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia
    - 7.4. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos
    - 7.5. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia
    - 7.6. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o las distracciones favoritas con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, por ejemplo, graves síntomas de depresión o lesiones de órganos, la persona continúe consumiendo la sustancia
    - 7.7. El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa
    - 7.8. La tolerancia y la abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia:
      - A. Con dependencia fisiológica: se cumple cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia.
      - B. Sin dependencia fisiológica: se cumple cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos, la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo, es decir, al menos tres de los criterios referidos<sup>10</sup>

\* American Psychiatric Association (APA): *Diagnóstica and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. 4ª ed. APA, 1994.

da de 1970, diversos grupos han realizado capacitación en servicio de otros sectores educativos y de justicia, y en diversas instituciones públicas y privadas, incorporando diversas modalidades sobre temas médicos y psiquiátricos.<sup>21</sup> Sin embargo, dichas actividades se destinaron esencialmente a la prevención primaria a través de actividades de promoción de la salud, pero sin conformar propiamente un programa de educación para la

salud mental de alcance nacional.<sup>22</sup> Por lo tanto, la labor clínica y diagnóstica llevada a cabo, su comorbilidad y variaciones factibles de manejo en los diversos grupos étnicos, así como las maniobras de rehabilitación y reinserción social de los pacientes, sólo se han abordado en el ámbito informativo, y poco se sabe de su éxito como realidad evaluable en los distintos grupos de trabajo, ya sean institucionales, públicos o privados.<sup>23</sup>

El trabajo antiadictivo realizado hasta ahora en el país muestra que las acciones emprendidas no logran tener esperanzas de un éxito a corto plazo, ni siquiera respecto de los procedimientos empleados para combatir, *grosso modo*, las cada vez más crecientes necesidades de contención de los problemas adictivos y la importante comorbilidad que implican para el individuo y su familia.<sup>20</sup> De modo que una eficaz coordinación socio-médica en el sector habrá de realizar múltiples esfuerzos, de entre los que podrían destacar:

1. La aglutinación apropiada de recursos.
2. La priorización de necesidades con base en estudios de corte nacional e internacional.
3. El ordenamiento y la sistematización de las acciones de demostrada eficacia para su aplicación.
4. La siempre necesaria evaluación de los procedimientos que servirán a la reorientación de las políticas empleadas y el acatamiento a la legalización correspondiente de las acciones, que autorice y establezca el fundamento práctico de los objetivos por operar, actividades con las cuales se esperaría llevar a cabo los planes educativos por perfil profesional o laboral<sup>24</sup> que permitan enfrentar organizadamente y con mejores posibilidades las acciones destinadas a elevar la eficiencia y eficacia de los programas antidrogas.<sup>13</sup>

De este modo, la obvia pertinencia, cada vez más relevante, de una nueva visión socioprofesional que atienda el problema se enfrenta con una organización más funcional, la magnitud desproporcionada del fenómeno, que rebasa ampliamente las posibilidades para su contención por otros medios.<sup>25</sup> Así, por ejemplo, diversos núcleos demográficos que aglutinan poblaciones amplias, como la ciudad de México, experimentan un aumento en el consumo de sustancias de matices epidémicos, por lo que crece la demanda de atención terapéutica especializada frente a casos de consumo múltiple, cuyas características clínicas las más de las veces reúnen los criterios de abuso y adicción de psicotrópicos y, por lo tanto, no pueden —éticamente consideradas— soslayarse más.<sup>21</sup> Dichos conflictos desestabilizan la organización familiar y social, afectan la productividad y generan lastres por demás inhumanos. Por tal motivo, el consumo abusivo y la adicción a psicotrópicos y otras drogas adictivas como el alcohol, aun siendo una droga legal, son un grave problema de salud pública que amerita atención inmediata en los tres niveles de la prevención. Ello exige, entre otras cosas, la preparación adecuada del personal para brindar un óptimo funcionamiento de las unidades de salud.<sup>26</sup>

Impulsadas por la trascendencia de los factores señalados se han desarrollado múltiples investigaciones en materia de abuso y adicción a sustancias, así como avances en muchas áreas: desde las psicosociales hasta las biomédicas. Hoy se cuenta con estudios epidemiológicos, sobre genética e influencia medioambiental, neurociencias, psicoimmunología, nosología comparativa, psicopatología y psicodinamia, nuevos enfoques psicoterapéuticos y avances psicofarmacológicos en el tratamiento de las adicciones. Y aunque todas ellas elevan el *status* académico del campo profesional de las adicciones y coadyuvan a su valoración social por otros campos especializados, el conocimiento y la actualización no se dispersan aún entre todos los participantes de los equipos terapéuticos, ni logran que éstos se enriquezcan con tales avances.<sup>21</sup> Asimismo, cobra un importante interés social y profesional la relación entre venoadicción y la expansión mundial del VIH/SIDA, que deriva, como se sabe, de conductas sexuales de riesgo que han dejado al planeta 40 millones de casos de seropositividad a la fecha.<sup>4,19,20</sup>

Como en otras alteraciones de salud, en los trastornos derivados del consumo de psicotrópicos y su comorbilidad, mientras más temprano se diagnostiquen y más oportunamente se traten, menores serán los índices de recaída manifiestos en los distintos tipos de consumo, y el pronóstico para una vida digna y con mayor calidad resultará proporcionalmente más elevado.<sup>27</sup> De ello se deriva la necesidad de contar con personal mejor capacitado y con mayor sensibilidad para la atención de este tipo de padecimientos, que en otro tiempo se percibían como debilidades de carácter o simples problemas de la moral.<sup>26</sup> De igual modo, la conducta ambivalente de los grupos sociales, expresada en promoción-represión del uso y abuso de sustancias, ocurre no sólo como manifestación sociocultural, sino psicopatológica, es decir, de la formación reactiva contra los consumidores y sus supuestos responsables. Por ello es conveniente conocer y valorar el origen y producción de los fenómenos psicosociales —en este caso, la etiopatogenia adictiva— antes de emitir juicios hacia un polo u otro de la situación.<sup>24</sup> Obsérvese, por ejemplo, que la multifactorialidad etiológica a la que se alude hace patente, por un lado, la complejidad de origen del problema de las adicciones y, al mismo tiempo, el grado de dificultad existente para su abordaje y erradicación. Pero independientemente de ello, la comunidad científica es hoy en día numéricamente insuficiente; no se encuentra adecuadamente preparada ni tiene la experiencia necesaria para enfrentar un conflicto de tal magnitud.<sup>26</sup> E incluso en algunos casos, el propio personal de salud es consumidor regular o abusivo, y hasta adicto a psicotrópicos.



La problemática de drogas como el alcohol, como puede apreciarse, presenta varios problemas a la vez, que se han de modificar para lograr el incremento esperado en la calidad de vida; esto es, la disponibilidad social de sustancias y la demanda de consumo.<sup>21</sup> Una parte fundamental para ello es modificar la insuficiencia numérica profesional para así afectar el alcance de sus deficiencias pragmáticas, como la iatrogenia y la estigmatización, amén de homogeneizar los criterios destinados al abordaje terapéutico y práctico en esta parte organizada de la respuesta social institucional. Esta patología psicosocial debe ser apropiadamente atendida a corto y largo plazo, y cuando se requiera, prescrita con la medicación que el caso amerite; indicada oportunamente; administrada bajo esquemas de dosificación validados y sólo por el tiempo necesario.<sup>28</sup> Es decir, como en cualquier otro caso de atención médica, pero sin descartar el tratamiento posterior que pueda y deba recibir el paciente para su consumo nocivo o dependencia, en términos de:

1. El análisis psicológico de las motivaciones que impulsan el consumo y el manejo apropiado de los significados, tanto reales como simbólicos, que muestran en su calidad de síntomas y expresión de conflicto intrapsíquico o extrapsíquico.
2. La corrección de las conductas compulsivas de uso de sustancias.
3. El desarrollo de pautas y conductas saludables, de autoafirmación y beneficio personal, familiar y social.<sup>28</sup>

De ahí que entre las prioridades más descollantes que se deban considerar puedan estar:

1. La adecuada preparación y actualización del personal institucional dedicado a las adicciones y la correspondiente actualización de los documentos clínicos.
2. El regreso a la propeuéutica y la utilización adecuada de la historia clínica como pilar de la actividad medicopsicológica y psiquiátrica, indispensable para el manejo terapéutico-rehabilitatorio que facilita el pronóstico favorable de los casos.
3. La optimización de los procedimientos de recolección de información para su logística y clasificación nosológica que sirvan a la actividad clínica, en especial a la investigación aplicada de los casos.
4. La revisión de los preceptos que guían el trabajo, para dar cabida a la actualización e incorporación de criterios de validez comparativa internacional,

como el uso rutinario de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, en su calidad de formato oficial para todos aquellos documentos institucionales, ya que sólo el conocimiento veraz y la promoción de la investigación clínica aplicada que vigoricen una adecuada enseñanza profesional en el campo de las adicciones podrán reorientar adecuadamente las políticas de servicio en esta porción de la actividad profesional.<sup>21</sup>

En aras de mantener un óptimo nivel de calidad competitiva de la actuación del personal institucional, es conveniente:

1. Homogeneizar los criterios de estructuración y funcionamiento profesional, supervisando permanentemente su actuación y rendimiento.
2. Dar capacitación continua al personal en cursos diseñados *ex profeso*.
3. Participar en la producción de material educativo dirigido a los tres niveles de la prevención.
4. Realizar evaluación clínica comparativa permanente de los métodos nosopropedéuticos que llevan al diagnóstico, permiten terapéutica adecuada y hacen posible una rehabilitación razonable de estos pacientes, y así aspirar a participar en la cooperación nacional e internacional para la formación de personal de alto nivel.<sup>21</sup>

En el área de investigación de las adicciones, al priorizarse las actividades terapéuticas se requiere:

1. Explorar la utilidad y alcances, costo de los programas, métodos y procedimientos más eficaces, para las distintas poblaciones beneficiadas por la cobertura institucional.
2. Optimizar las facilidades que brindan los proyectos institucionales en el fomento de la contribución profesional en todas las fases del proceso, del abordaje a la rehabilitación.
3. Conocer la demanda real de tratamiento de consumidores y no consumidores de psicotrópicos y otras sustancias de abuso y sus principales características, con base en auténticas políticas de asistencia social.
4. Dada la condición *sui generis* de los pacientes, conocer las variedades clínicas relativas al diagnóstico, modalidades terapéuticas empleadas, gravedad y cronicidad de los casos, tipos de psicotrópicos empleados, combinaciones más útiles, etc.
5. Explorar los factores que propician asistencia e inasistencia de los pacientes a las unidades de tra-

tamiento, y su permanencia productiva en los esquemas de mantenimiento a largo plazo en las distintas modalidades de psicoterapia.

6. Analizar la participación efectiva de personal, el papel que tiene el síndrome de exhaustión terapéutico y su frecuencia y modalidades, y el papel de la contratransferencia en la eficacia relacional humana, y especialmente en el manejo de tales problemas.

Tal formación de recursos ha de apoyarse deseablemente en una pedagogía moderna que ofrezca la creación de videos educativos y presentación de programas televisivos, radiofónicos y talleres, seminarios y cursos relacionados con el problema terapéutico asistencial y preventivo de las adicciones.<sup>21</sup>

Un personal así, capaz de prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar, investigar y evaluar programas contra las adicciones, requiere además cierta dosis de objetividad, realismo y responsabilidad en el pleno de la congruencia vivencial, porque sólo ello traduce un poder natural de sensibilización de los pacientes a su cargo, veraz, persuasivo y contundente.<sup>21,26</sup>

Ahora, por cuanto toca a la problemática de la adicción alcohólica, ésta obliga a brindar tratamiento y educación formativa, lo cual implica afinar la detección de casos y los procedimientos nosopedagógicos que contemplen la comorbilidad adictiva y psiquiátrica. Dar tratamiento en adicciones es:

1. Detectar las principales áreas de conflicto e indicar los recursos disponibles, juzgados con el valor de la experiencia clínica.
2. Vigilar al paciente por lapsos prolongados que exigen continuidad y en ocasiones permanencia.
3. Adiestrar acerca del desarrollo de una liga intensa y cercana con un individuo que no sabe bien cómo ha caído en el problema, que no sabe del todo si quiere salir de ello, y que no atina a organizar sus recursos personales y sociales sin la ayuda correspondiente.
4. Orientar y optimizar los recursos para hacerlos efectivos contra la reiteración compulsiva de la droga en aras de la eliminación de su consumo.
5. Favorecer las acciones responsables de mantener la abstinencia e iniciar por vez primera el crecimiento de sí mismo a través del desarrollo de sus potencialidades.
6. Además, aprender a tolerar la reivindicación patógena característica del trastorno.
7. Entender su carácter compulsivo, que hace fallar sistemáticamente al paciente en términos de cu-

ración *ad integrum*, ridiculizando los esfuerzos profesionales de cada recaída.

8. Promover la reflexión sobre el trastorno sin tener muchas veces el control cabal de los resultados.
9. Coordinar pacientemente las indicaciones para el cuidado de las conductas de riesgo, eliminando, en la medida de lo posible, la diseminación a personas cercanas que siempre salen lastimadas, como la esposa y los hijos.
10. De ahí la importancia de la congruencia que evitaría en cierta forma el hacerse cómplice del problema de otros. Y a la postre, aprender a digerir toda la frustración compartida que esta adicción es capaz de suscitar, para disponerlo en beneficio de todos.<sup>4,13,28</sup>

Hoy en día se estima preferible que las acciones terapéuticas y formativas se dirijan a conocer los juicios de ponderación farmacológica de riesgo-utilidad y costo-efectividad, que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias, cuya meta es —a un lado de las actividades contra el narcotráfico realizadas por las autoridades policiales— la reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados, para luego fomentar la eliminación de la reincidencia, con la inclusión de factores de crecimiento.<sup>29,30</sup> Y en íntimo contacto con la elevación de la calidad de vida está el mantenimiento de la abstinencia, que como parte del programa de prevención de las recaídas es una labor capital del manejo, del que, por cierto, depende que se pueda o no dar continuación al tratamiento. Debido a ello se recomienda enfatizar en todo plan antiadictivo:

1. La inclusión pronta de los pacientes, ya que suelen llegar después de cinco años en promedio.
2. Vigilar la permanencia mediante una relación médico-paciente adecuada.
3. Sensibilizar el manejo y todo aquello en lo que no lo estén los adictos y sus familiares.
4. Reforzar la adherencia terapéutica.
5. Promover lo más claramente posible la idea de que el manejo de cualquier adicción, especialmente cuando es múltiple, es *a fortiori* a largo plazo.<sup>13,22</sup>

La evidencia documental del manejo farmacológico de las adicciones se ha tornado realidad, pero hablar de terapéutica integral para un psicotrópico como el alcohol requiere una estrategia verídicamente unitaria y global, donde todas las acciones son importantes.<sup>11,29,31</sup>

En síntesis, a la condición existente corresponde una solución proporcional, de igual fuerza y sentido contra-

rio. México, país que padece graves problemas por el consumo de alcohol y otros psicotrópicos, precisa contar con modelos terapéuticos —residenciales y ambulatorios según sea el caso—, que den atención oportuna y de alta calidad, que estimulen la motivación que mantenga abstinencias prolongadas y, asimismo, ofrecer atención para aquellos problemas físicos y psicosocia-

les concomitantes y asociados al consumo de psicotrópicos.

Es importante generar una reflexión acerca de las “nuevas estrategias para los viejos problemas”, en espera de su reconocimiento cabal y oportuna participación por parte de todas las personas que desarrollan acciones de salud comunitaria.<sup>13,22</sup>

## REFERENCIAS

- Souza y Machorro M, Turull TF, Cárdenas AJ:** Los enfoques sociomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol. *Rev Fac Med Mex* 1984;27(11):11-17.
- Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1985.
- Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;17(4):291-307.
- Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000. Reseñado en: *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):57.
- Saitz R, Vaillant GE, Wolf D;** Alcoholismo: diagnóstico y tratamiento. *Atención Médica* 1999;46-58.
- SSA: *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 2003.
- Souza y Machorro M:** *Aspectos sociomédicos y clínico terapéuticos del alcoholismo*. Memorias del Seminario Aspectos sociomédicos y clínicoterapéuticos del alcoholismo. Unidad de Educación Continua. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. México, UNAM, 1986.
- Souza y Machorro M:** La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud Mental* 1984;7(2):19-23.
- Souza y Machorro M:** El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33(1):13-27.
- Souza y Machorro M:** El reto de la autentica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990;33:15-26.
- Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
- Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
- Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
- Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. 18 de agosto de 2000.
- Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-psiquiátrica*. 15 de noviembre de 1995.
- Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de diciembre de 1998.
- Diario Oficial: *Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. 16 de marzo de 2000.
- Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
- Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado GA:** Binomio sida-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(3):61-67.
- Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
- Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
- Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
- Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
- Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
- Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones*. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2003. *Rev Mex Neuroci* 2005.
- Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
- Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
- Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
- Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
- Souza y Machorro M:** El personal de salud y el manejo de los síndromes adictivos. *Liber@ddictus* 2000;30:21-23.
- Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *Liber@ddictus* 2003;69:13-16.

## Ambiente, trabajo y adicciones\*

Para la salud pública, tanto la enfermedad como el logro y mantenimiento de la salud dependen de la interacción de tres factores: agente, huésped y ambiente. Este último no sólo se considera escenario contextual de la vida del hombre, ya de modo natural o por su intervención propositiva, sino que representa un agente activo, decisivo en la producción de sus problemas y de sus soluciones.<sup>1-3</sup>

Como agente, el ecosistema es un marco ubicativo y a la vez un elemento de interrelación: símbolo, signifi- cante y significado. No es, pues, un referente aislado, sino el contexto del diseño de las condiciones y circuns- tancias del vivir,<sup>4</sup> de modo que en los procesos de desa- rrollo propios del devenir humano, las diversas barreras sociales, como los prejuicios raciales y las disparidades socioculturales,<sup>5</sup> se complementan con la influencia de los elementos naturales y su diversidad de impacto en igual medida que con los producidos por la mano del hombre.

Al efecto habrá que considerar, por un lado, la parti- cipación de elementos temporoespaciales (el clima, la temperatura, la ventilación, el ruido)<sup>6-8</sup> y otros muchos contaminantes, la disposición sanitaria de la basura y la eliminación de las excretas; por el otro, las condiciones que limitan o favorecen la transportación y movilidad humanas, los accidentes, el desempleo y la salud labo- ral, escolar<sup>9</sup> y, en fin, toda esa compleja dinámica del tejido social y sus efectos,<sup>10</sup> que entre muchos otros factores contribuyen a la producción y transmisión de en- fermedades y diversos estados psicofamiliares y proble- máticas sociales.<sup>11</sup>

Con la participación deliberada del hombre se desa- rrolla en el hábitat natural la proxémica, ciencia dedi- cada al estudio de los conceptos de territorialidad y diseño y uso de los espacios. Implica la toma de pose- sión, uso y dinámica de un territorio, que determinará las condiciones y movilidad para la vida laboral, fami- liar, afectiva, recreativa, deportiva, etc. Cada cultura tiene su forma característica de vivienda, locomoción, alimentación,<sup>12</sup> productividad, vestido, comportamien- to, gesticulación, y cada una tiene sus propias reglas para el aprendizaje, todo lo cual puede traducirse en sa- lud y progreso o en versátiles obstáculos al desarrollo. En consecuencia, y de acuerdo con las características peculiares de cada grupo organizado,<sup>13</sup> los individuos y las comunidades tendrán diferentes necesidades proxé- micas y distintas metas y retos para enfrentarlas.<sup>14-17</sup>

Así, desde el espacio vincular más íntimo hasta el espacio compartido más amplio, las personas participan con su elección, modificación y actividades, haciendo del habitáculo un elemento útil o nocivo a sus requeri- mientos, sin importar que éstos sean reales o creados, fantaseados o inexistentes. Por ejemplo, ocurre en oca- siones que la desorganización en la explotación racional de los recursos, la avaricia, la irresponsabilidad, la igno- rancia, el abuso de poder y su impunidad, etc., diezman las especies naturales y provocan otras acciones deleté- reas del hábitat, como la tala inmoderada de los bos- ques, la contaminación de ríos y mares, su cambio de curso y afluentes, o la devastación de zonas ricas en ya- cimientos, por sólo citar unos cuantos ejemplos.

\* Simposio Las adicciones, freno del desarrollo social. Congreso de Salud Mental y Desarrollo Comunitario. Federación Mexicana de Salud Mental, A. C., Universidad Iberoamericana y Desarrollo de la Comunidad, A. C., 2000. Souza y Machorro M: El impacto de las adicciones en el trabajo. *Psicología Iberoamericana* 2000;8(3-4):73-76. Souza y Machorro M: Enfermedad y salud mental. *Psicología Iberoamericana* 2000;8(3-4):93-96.

De esa interacción entre huésped y ambiente ha dependido y depende el futuro de las comunidades y el desarrollo del hombre. La sociedad contemporánea se basa cada vez más en la creación, el diseño y la utilización de instrumentos, herramientas e implementos, pero éstos no sólo benefician, sino que también tienen un impacto en su ambiente psicosocial y en su entorno natural; de ahí la importancia de destacar la participación de los factores interactuantes y su equilibrio racional, que tiene en el binomio de la tecnificación-deshumanización uno de sus más patentes e indeseables efectos. A nivel individual, por ejemplo, la interacción huésped-ambiente se observa en la postura corporal, cuya disposición centrípeta y cálida hace que el toque, la mirada, así como la intensidad y modulación de la voz, participen positivamente en la comunicación, haciendo de ésta un elemento atrayente que influye favorablemente en la interacción humana,<sup>14</sup> tal como lo hacen el estrés,<sup>18-20</sup> la inseguridad, la intolerancia, la manipulación de los medios de información, los prejuicios y el malestar psicofamiliar y social, en sentido contrario.<sup>21</sup>

Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en ciudades. Se estima que para el año 2025 tal población será del doble.<sup>22</sup> El rápido crecimiento involucra a las poblaciones de menores recursos; en ellas, estiman los expertos, de 30 a 60% de la población mundial vive en condiciones dañinas, es decir, con una marcada falta de servicios básicos. El contraste en las ciudades ocurre merced a diversos factores: la influencia del comercio, la ubicación de los desarrollos habitacionales y centros financieros, la producción de actividades culturales pero, sobre todo, las inequitativas oportunidades de progreso, el poco o nulo acceso a los servicios elementales y todo aquello que favorece la pobreza,<sup>23</sup> la violencia como estilo de vida y lo que nutre y respalda la desintegración social.<sup>22,24</sup>

Así, la industrialización, por ejemplo y en especial la tendencia a la globalización mercantil, también atraen, desde el punto de vista sociodemográfico y antropológico, una mayor división y desfase de las características individuales de los miembros de comunidades entre sí,<sup>25</sup> tema en el cual se entrelazan los intereses de la sociología, la economía, los factores socioambientales y político-administrativos,<sup>16,17,23</sup> lo que redundará en afectación de la salud psicofísica y social de los seres humanos. Tal disparidad afecta la ya de por sí mermada atención de la salud y el desproporcionado cuidado medicosocial, y agrega una preocupación extra a la extensión de la cobertura nacional de tales servicios.<sup>26,27</sup> En México, 12 millones de personas habitan en zonas forestales.

Y si se considera la migración hacia las grandes ciudades y la aculturación como fenómenos activos y en

crecimiento —dada la velocidad de comunicación y transporte actuales—, se apreciará claramente que son un reto a la estabilidad del ambiente urbano y a la adaptación de sus integrantes, que propende hacia una nueva alternativa de sistemas relacionales de símbolos y tradiciones, especialmente para las poblaciones juveniles,<sup>28,29</sup> las marginadas de ancianos,<sup>30</sup> de los que hay cada vez más en el planeta, y las de los indígenas y otras poblaciones minoritarias igualmente marginadas, como los discapacitados y los que viven en la calle (cuadro 18-4).

En materia de salud psicofísica, se estima que para los próximos decenios la depresión y las adicciones serán los dos más grandes retos por vencer,<sup>31,32</sup> y unidos al incremento de las personas sin hogar,<sup>33</sup> la ansiedad, los síndromes de estrés postraumático y las altas tasas prevalentes de suicidio, junto con la violencia social y la intrafamiliar<sup>34</sup> y el uso de la fuerza, son perniciosos factores potencializados de destructividad<sup>35</sup> cuya presencia es un llamado que apela a la cordura y la reestructuración de planes, programas y metas de desarrollo sustentable, organizado y racional, que obre en la forma plurifactorial que el problema amerita.

Hay que confiar en la equidad y el buen uso de los criterios para la confrontación de este reto colosal, que ninguna sociedad contemporánea, por cierto, ha podido aún eliminar.<sup>36</sup> Preservar y mejorar el ambiente natural y humano es entender cómo se entrelaza la dinámica de los factores socioculturales con la adaptabilidad de las personas.<sup>37,38</sup> Es una actividad prioritaria de responsabilidad compartida, que apoya la tarea preventiva que toda sociedad requiere. Es, como afirma Ortega y Gasset: entender “al hombre y sus circunstancias”.

El universo de las adicciones es amplio y variado,<sup>39</sup> acepta todas las modalidades de consumo, diferentes personalidades y todos los pretextos.<sup>40</sup> En este problema de salud ocurre que la gente, a menudo, no tiene la información apropiada para prevenir o manejar su situación. Y quienes la obtienen no siempre la usan para tales fines, sino incluso para reforzar su consumo (cuadro 10-1). Es decir, la información preventiva *per se* no es suficiente para generar conocimientos, actitudes y conductas saludables. Aún falta modificar los elementos cognoscitivos y afectivos involucrados en las causas del consumo de sustancias, que son por cierto múltiples, para realmente habilitar a los consumidores y la población en general a defender su vida y sus intereses con dicha información.<sup>41</sup> Este asunto se observa, incluso con cierta claridad, en el personal de salud que atiende estos problemas a distintos niveles.<sup>42</sup> En consecuencia, el impacto del proceso de uso, abuso y adicción de psicotrópicos es tan versátil que abarca prácticamente cualquier

área del comportamiento humano, edad o condición.<sup>12,15</sup> Por ello, es indispensable producir y diseminar información veraz y actualizada, a efecto de prevenir, tratar, rehabilitar, educar e investigar apropiadamente esta enfermedad.<sup>41,42</sup>

Pero he aquí que las causas se funden con las consecuencias: la conducta reactiva y el escapismo de las personas pueden desear compensarse a través de una adicción que afecta el plano laboral, sexual o cualquier otra área de la vida. En tal caso, su carácter no volitivo e irracional es lo que hace que las adicciones sean actividades autómatas, desvitalizadas e improductivas. En consecuencia, la jornada compulsiva con o sin drogas, así como la ejecución sexual compulsiva, resultan insatisfactorias e infelices, toda vez que su falta de coherencia y congruencia con su protagonista hacen a éste caer en el vacío de la degradación, frente a sí mismo y los demás.<sup>43</sup> Todos los organismos oficiales del mundo han dedicado esfuerzos para detener el impacto de las adicciones, especialmente en el trabajo, dado que éste se realiza en las más variadas condiciones, horarios y formas.<sup>44-51</sup> Han dedicado, asimismo, materiales informativos, educativos y de divulgación, considerando que la vía más efectiva, aunque también más larga, es la educación en salud de la población y su respectiva capacitación.

Las sustancias consumidas durante la jornada y las que pueden ingerirse, aplicarse o inhalarse antes o después de ésta representan un mundo de posibles combinaciones (cuadro 7-3). Sin embargo, existe preferencia social de los grupos por algunas de ellas,<sup>51</sup> dado que su costo, transporte, facilidad de consumo, ocultamiento, etc., es necesario para permitir un uso y abuso regular, y una actitud y conducta mínimamente funcionales para evitar ser descubiertos y sancionados.<sup>52</sup> No obstante, tarde o temprano afectará la capacidad y desempeño de las personas,<sup>53</sup> aunque ello también depende de múltiples factores e interacciones, como el sexo, el peso, la etnicidad y otros factores culturales que regulan las diferentes ocupaciones.<sup>48</sup> En las mujeres, por ejemplo, el consumo abusivo no produce el mismo impacto si se es parte de la industria manufacturera que si se participa en labores agropecuarias.<sup>54</sup>

Además, el alcohol es uno de los psicotrópicos más consumidos durante la jornada, y tanto su intoxicación como su abstinencia son capaces de producir riesgos, alteraciones, accidentes y problemas.<sup>55</sup> Tanto la intoxicación como la abstinencia no siempre las reconocen los consumidores o los secundariamente afectados, ni se exige intervención profesional, ya que ello depende del tipo y cuantía de la tolerancia social. Por ejemplo, en ciertas áreas, la tolerancia es cero durante las horas la-

borables, como en la aviación,<sup>56</sup> a pesar de que se sabe que el personal —de tierra y aire— consume grandes cantidades y tipos de sustancias por periodos de muchos años, bajo una observancia tolerante. Esta tolerancia varía en los distintos países y costumbres, por lo que las personas que abusan de las sustancias muestran distintas consecuencias según sus contextos. Tal es el caso de las mujeres, que alcanzan mayores niveles de alcohol en sangre frente a igual dosis de consumo masculino, debido a circunstancias fisiológicas evidenciadas a través de los estudios poblacionales realizados.<sup>57</sup>

Tratándose de tabaco, las encuestas nacionales en ámbitos laborales señalan que la identificación temprana de sus patrones de consumo por los fumadores ayuda a disminuirlo si se sensibiliza apropiadamente frente a los daños que ocasiona al individuo y a su jornada laboral.<sup>44,58</sup> Ello se refuerza con datos estadísticos complementarios según los cuales los hombres jóvenes de bajo nivel socioeconómico, portadores de condiciones de vida semiurbana, son quienes tienen el nivel más alto de afectación, equivalente a 48% en el año previo. El resto, 52%, incluye a personas con menor consumo y que, no obstante, muestran problemáticas relacionadas con el uso y abuso de las sustancias.<sup>44,45,59</sup>

La evidencia documental hasta ahora acepta, en términos generales, que elevados niveles de consumo se asocian con mayores consecuencias sociales,<sup>45</sup> por lo que se estima conveniente desarrollar modelos de control del consumo que reduzcan el impacto de las consecuencias en la fuerza productiva a distintos niveles, desde el más grave de la dependencia, en un menor número de usuarios, hasta el más leve consumo esporádico de mayor número de personas, pasando por el nivel abusivo, que incluye a un número relativamente grave de consecuencias aunque se trate de una modalidad ocasional. La Fundación para la Investigación en Adicciones de Toronto, Canadá, al igual que otros organismos del mundo, considera la existencia de una relación factible entre las características ocupacionales de los trabajadores y las mediciones obtenidas del impacto del consumo investigado en distintos escenarios. Éstos, señalados *grosso modo*, incluyen:

- La regulación para el consumo de bebidas.
- La calidad organizacional del trabajo.
- Los factores del lugar donde se realiza la jornada.
- La subcultura en relación con el beber y las bebidas, las cuales determinan el tipo y cantidad de consumo y por ello sus consecuencias.<sup>60</sup>

Desde hace ya varios años, en distintos países —por recomendación de la OMS y la OIT— se utilizan cuestio-

narios *ad hoc* para determinar el tipo de consumo de la población trabajadora y los riesgos de tal consumo.<sup>41,43</sup> En Finlandia, por ejemplo, un estudio reciente reveló la eficacia del cuestionario de 10 preguntas AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) entre la población bajo estudio, para determinar posteriormente el patrón de consumo y el grado de afectación del personal productivo. Otros cuestionarios, como el MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) en su versión modificada (Mm-MAST) y el CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener drinks*), diseñados para el autorreporte de consumo semanal, se usan en los individuos afectados.<sup>61</sup>

Los tres cuestionarios son sensibles y útiles, y pueden usarse en forma cruzada para corroborar los datos obtenidos de alguno de ellos. Sin embargo, el AUDIT es el preferido por su confiabilidad, especialmente útil para detectar casos incipientes de consumo que no ha producido aún consecuencias graves, y por ello su diseño lo hace un tanto más preventivo.<sup>58,61</sup>

Y para cuando los problemas derivados del consumo abusivo han avanzado ya a un plano de acción negativo, distintos comunicados de la literatura recomiendan medidas más específicas de intervención.<sup>49</sup> Se sabe, por ejemplo, que entre las primeras causas de muerte de trabajadores está la violencia en sus diversas formas, cuyo impacto y costos son a menudo infraestimados, así como la prevalencia de incapacidades resultantes de actos violentos o pérdidas por agresiones físicas, conductas abusivas—ya sean psicofísicas o sexuales— y otras agresiones y abusos no reportados, como el acoso sexual.<sup>49</sup>

De modo que se ha de considerar que el abuso no es sólo un tópico legal, sino que involucra múltiples conductas aberrantes en las que participa regularmente la mezcla de consumo de psicotrópicos y los trastornos mentales,<sup>42</sup> a los cuales se puede acceder por su carácter previsible con el concurso de patrones, empleados y otros profesionales dedicados a la salud ocupacional y especialistas en salud mental, para fomentar y desarro-

llar coordinadamente las referidas estrategias de prevención e intervención.<sup>49</sup> Así se tiene, por ejemplo, que:

- Cuando el trabajar y el trabajo son activos pero no son productivos...
- Cuando no existen las condiciones necesarias ni suficientes para disfrutar la jornada...
- Cuando la condición realizada no permite el libre juego de la inventiva y la imaginación, y se somete el trabajador a una rutina monótona para resolver los problemas intrínsecos de su labor...
- Cuando se está mucho tiempo, por varios turnos, en la línea de producción laborando a destajo...
- Cuando no se permite al trabajador crear y satisfacerse...

...se enfrentan condiciones enfermizas que facilitan el acceso a la intoxicación para liberarse del sufrimiento esclavizante.<sup>47</sup> Tal es el caso de una costurera que gana por hora y depende de hacer de 300 a 400 prendas cada jornada con luz inapropiada, condiciones insalubres, hacinamiento e incomodidad, para lograr satisfacer sus más ínfimas necesidades de subsistencia. Por último, cabe señalar que los rasgos de personalidad particulares hacen que cada trabajador recurra a su individualidad. El compulsivo, el depresivo, el perfeccionista, el inseguro, etc., promueven actitudes, eficacia y rendimientos distintos, y asimismo sus cosmogonías enfrentan diferentes sufrimientos y mecanismos de solución, los cuales pueden tan ineficaces como la alineación y la intoxicación.<sup>45</sup>

Entre las medidas informativo-educativas se puede pensar en generalizar las maniobras para la detección precoz de los problemas, que a la postre siempre caerán en el autodiagnóstico que permita o no la intervención. Pero llegada ésta, es preciso personalizar las actividades. Cualquiera que sea la solución del problema, reclama una participación social más efectiva y sostenida y mejores recursos destinados a actividades más específicas en la orientación de la salud colectiva.<sup>47</sup>

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** Los factores socioambientales de la salud en el trabajo. En: Martínez Cortés (ed.): *La salud en el trabajo*. México, Novum Corporativo, 1986.
2. **Souza y Machorro M:** Ruido, estrés y enfermedad. En: Martínez Cortés (ed.): *La salud en el trabajo*. México, Novum Corporativo, 1986.
3. **Weaver N, Williams JL, Weightman AL, Kitcher HN, Temple JM et al.:** Taking STOX: developing a cross disciplinary methodology for systematic reviews of research on the built environment and the health of the public. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(1):48-55.
4. **Van Os J, Park SB, Jones PB:** Neuroticism, life events and mental health: evidence for person-environment correlation. *Br J Psychiatry Suppl* 2001;40:72-77.
5. **Tsuang MT:** Genes, environment, and mental health wellness. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):489-491.
6. Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. Basic behavioral science research for mental health.

- Sociocultural and environmental processes. *Basic Behavioral Am Psychol* 1996;51(7):722-731.
7. **Sutton M:** Improving patient care. Cultural competence. It's not just political correctness. It's good medicine. *J Am Acad Fam Phys* 2000;7(9):35-44.
  8. **Tearle P:** Noise at work. *Commun Dis Public Health* 1998;1(2):138-140.
  9. **Khosla SR, Dowling DR:** Time-reversing array retrofocusing in noisy environments. *J Acoust Soc Am* 2001;109(2):538-546.
  10. **Miki K, Kawamorita K, Araga Y, Musha T, Sudo A:** Urinary and salivary stress hormone levels while performing arithmetic calculation in a noisy environment. *Ind Health* 1998;36(1):66-69.
  11. **Shek DT:** Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: a pioneer study in a Chinese context. *J Genet Psychol* 1997;158(1):113-128.
  12. **Dalgard OS, Tambs K:** Urban environment and mental health. A longitudinal study. National Institute of Public Health, Oslo. *Br J Psychiatry* 1997;171:530-536.
  13. **Hancock T:** Healthy communities must also be sustainable communities. *Public Health Rep* 2000;115(2-3):151-156.
  14. **Harnois G, Gabriel P:** *Mental health and work, impact, issues and food practices.* Ginebra, World Health Organization, 2000.
  15. **McKay MM, Pennington J, Lynn CJ, McCadam K:** Understanding urban child mental health service use: two studies of child, family, and environmental correlates. *J Behav Health Serv Res* 2001;28(4):475-483.
  16. **Souza y Machorro M:** Los factores psicoambientales de la salud en el trabajo. En: Martínez Cortés F (ed.): *La salud en el trabajo.* México, Novum Corporativo, 1988.
  17. OMS: *Mental health and work: impact issues and good practices.* Ginebra, World Health Organization and International Labor Organization, 2000.
  18. **Mezzich JE:** Epidemiological perspectives on the health of NY City: the city and mental health: interdisciplinary and international perspectives. *Int J Ment Health* 1999-2000;8:41-47.
  19. **Mezzich JE, Caracci G:** Introduction to the city and mental health. The city and mental health: interdisciplinary and international perspectives. *Int J Ment Health* 1999-2000;28:3-8.
  20. **Kessler RC, Sonnega A, Bromet E:** Post traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
  21. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao A:** Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
  22. **Souza y Machorro M:** Ruido, stress y enfermedad. En: Martínez Cortés F (ed.): *La salud en el trabajo.* México, Novum Corporativo, 1988:215-219.
  23. **Dunnagan T, Peterson M, Haynes G:** Mental health issues in the workplace: a case for a new managerial approach. *J Occup Environ Med* 2001;3(12):1-14.
  24. **Caracci G, Mezzich JE:** Culture and urban mental health. *Psychiatric Clin North Am* 2001;24(3):56-67.
  25. **Dohrenwend BP:** Socioeconomic status and psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:41-47.
  26. **Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS:** A 2 year analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psycho* 1997;65:834-847.
  27. **Kirmayer LJ:** Confusion of the senses: implication of ethno-cultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. En: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET (eds.): *Ethno-cultural aspects of post-traumatic stress disorder: issues, research and clinical applications.* Washington, American Psychological Association, 1996:75-84.
  28. **Cohen E, Goode TD:** *Policy brief 1: Rationale for cultural competence in primary health care.* Washington, National Center for Cultural Competence, 1999.
  29. **Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR:** *Towards a culturally competent system of care: Vol. I.* Washington, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Child Development Center, 1989.
  30. **Stiffman AR, Hadley IE, Elze D, Johnson S, Dore P:** Impact of environment on adolescent mental health and behavior: structural equation modeling. *Am J Orthopsychiatry* 1999;69(1):73-78.
  31. **Goebert D, Nahulu L, Hishinuma E, Bell C, Yuen N et al.:** Cumulative effect of family environment on psychiatric symptomatology among multiethnic adolescents. *J Adolesc Health* 2000;27(1):34-42.
  32. **Cohen GD:** Promoting mental health, treating mental illness. Broadening the focus on intervention. *Geriatrics* 2002;57(1):47-48.
  33. **Heath D:** Culture and substance abuse. *Psychiatric Clin North Am* 2001;24(3):37-49.
  34. **De Jong J:** Psychiatric problems related to persecution and refugee status. En: Henn F, Sartorius N, Helmchen H (eds.): *Contemporary psychiatry. Vol. 2. Psychiatry in Special Populations.* Berlin, Springer, 2000:279-298.
  35. **Fisher B, Hovell M, Hofsetter CR:** Risk associated with long-term homelessness among women: battery, rape and HIV infection. *Intl J Health Serv* 1995;25:351-369.
  36. **Glander SS, Moore ML, Michielutte R:** The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol* 1998;91:1002-1006.
  37. **Chaskel RE:** *Rings of poverty: the city around the city.* Presentado en el Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Abstract No. 98D. Chicago, 2000.
  38. **Berry JW:** *Managing the process of acculturation for problem prevention in mental health services for refugees.* Washington, National Institute on Mental Health, 1991:189-204.
  39. **Shek DT:** Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: a pioneer study in a Chinese context. *J Genet Psychol* 1997;158(1):113-128.
  40. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos.* México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
  41. **Souza y Machorro M:** Investigación y enseñanza en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
  42. **Solís RL:** *Perfil de actitudes del personal.* Reporte interno. Mecanograma. FINCA, México, 2000.
  43. **Souza y Machorro M:** *Sociedad y enajenación: adicciones.* Simposio Reflexiones sobre las Adicciones. II Congreso de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental. Oaxaca, 1997.



44. **Henderson M, Hutcheson G, Davies J:** Alcohol and the workplace. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1996;67:1-100.
45. **Jones R:** Drugs and alcohol in the workplace. *Occup Health Lond* 1996;48(11):396-399.
46. **Lennox RD, Steele PD, Zarkin GA, Bray JW:** The differential effects of alcohol consumption and dependence on adverse alcohol-related consequences: implications for the workforce. *Drug Alcohol Depend* 1998;50(3):211-220.
47. **Seppa K, Makela R, Sillanaukee P:** Effectiveness of the alcohol use disorders identification test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(4):999-1003.
48. **Shaffer HJ, Vanderbilt J, Hall MN:** Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *Am J Ind Med* 1999;36(3):365-378.
49. **Tsukamoto K, Suzuki T:** Measures against problem drinking behavior in companies. *Nippon Rinsho* 1997;55(Suppl):571-576.
50. **Voumard PA, Fiechter C, Bugnard A:** Alcohol, drugs and the workplace. *Rev Med Suisse Romande* 1999;119(7):545-548.
51. **Warshaw LJ, Messite J:** Workplace violence: preventive and interventional strategies. *J Occup Environ Med* 1996;38(10):993-1006.
52. **Verworner H:** Problems with addiction in the work place. *Osterr Krankenpflegez* 1995;48(10):18-20.
53. **Lee TH:** Alcohol drinking and adverse effects. *Harv Heart Lett* 1999;9(8):8.
54. **Ames GM, Grube JW, Moore RS:** The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *J Stud Alcohol* 1997;58(1):37-47.
55. **Ames GM, Rebhun LA:** Women, alcohol and work: interactions of gender, ethnicity and occupational culture. *Soc Sci Med* 1996;43(11):1649-1663.
56. **Cook CC:** Alcohol and aviation. *Addiction* 1997;92(5):539-555.
57. **French MT, Zarkin GA, Hartwell TD, Bray JW:** Prevalence and consequences of smoking, alcohol use, and illicit drug use at five worksites. *Public Health Rep* 1995;110(5):593-599.
58. **Gómez GR, Grimaldi CA:** Smoking in health personnel: study in a hospital unit. *Salud Pùb Mex* 1998;40(1):53-57.
59. **Gutiérrez PAM, Díez MJF, Peña MC, García UE:** Alcohol-related problems in Cantabria. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995;23(1):20-24.
60. **Kreek MJ:** Opiates, opioids and addiction. *Mol Psychiatry* 1996;1(3):232-254.
61. **MacDonald S, Wells S, Wild TC:** Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25(2):351-369.

## Violencia sexual y adicciones: psicodinamia\*

Una de las constantes genéricas mostradas en la atención de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas es la que con mayor frecuencia reportan los pacientes, y se expresa con marcada carga ambivalente. Se trata de un fenómeno nuclear que bordea las conductas de los consumidores y se relaciona con las manifestaciones de la violencia, la cual por sus características se entrelaza con la vida sexual de los pacientes, impactando sus relaciones afectivas y su desarrollo psicosocial.<sup>99,100,103</sup>

El texto describe una serie de situaciones asociadas a las conductas sexuales, elementos que constituyen una tríada, abordada desde la perspectiva de la salud. Asimismo, puntualiza la vertiente psicológica que acerca al lector a la comprensión dinámica de las adicciones, las conductas violentas y las manifestaciones de la sexualidad de los pacientes, con el propósito informativo-preventivo de ofrecer orientación a las diferentes alternativas de atención de dichos trastornos y sus implicaciones comórbidas.<sup>102-105</sup>

Desde la perspectiva del abordaje presentado se configura una descripción de la violencia como: “*El uso de la fuerza de una de las partes, o de ambas, en la resolución de un conflicto*. Ello implica la destructividad resultante de la agresión física, verbal y psicológica ligada a una emoción. Comportamiento que puede ejercerse contra personas, animales o entorno ambiental.”<sup>46,101,107</sup>

Pero la violencia no sólo implica un conflicto y un dominio en contra del otro, también presenta ciertas

modalidades que están relacionadas con las conductas sexuales, las cuales serán descritas en sus diferentes manifestaciones, ya que han repercutido en diferentes campos de la personalidad.<sup>77,80,119</sup> Estudios nacionales<sup>4,34,36,49-52,83-85,91,117</sup> e internacionales<sup>1-3,8,19,121</sup> confirman que entre los problemas asociados a las conductas de consumo abusivo o adicción a psicotrópicos —ya sea comórbidos o derivados de ésta— destaca la violencia sexual como un fenómeno de multifacético origen y variadas consecuencias<sup>13,66,102</sup> esencialmente caracterizado por su destructividad.<sup>46,67,72,73</sup> A pesar de que la violencia sexual constituye una grave patología psicosocial de intrincado abordaje y difícil solución, y que representa, por su extensión epidemiológica y severas repercusiones, un problema de salud pública,<sup>91,98,105,106,109</sup> en la actualidad su alarmante presencia aún no logra movilizar organizadamente a los profesionales de la salud ni a la sociedad misma, para rebasar el estado atónico de la contemplación de su impacto y constituir una estrategia de acciones en su contra. Dicha condición amerita todos los esfuerzos y recursos de la sociedad y de modo especial del personal de salud, para comprender su naturaleza e implementar acciones efectivas en su detección, terapéutica y rehabilitación, y especialmente, debido a sus alcances psíquicos imprecendibles, en su prevención.<sup>34,91,103,104</sup>

El abuso sexual en la infancia o en la adolescencia es un antecedente mórbido frecuente, susceptible de recogerse por anamnesis en cualquier servicio asistencial en

\* A la memoria del Dr. Mario Augusto Reyes. Reunión Conmemorativa del natalicio del Dr. Erich Fromm. Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 1998, y Jornadas Conmemorativas del XVI Aniversario del Hospital Regional de Psiquiatría San Fernando, IMSS, 1998. Souza y Machorro M, Rochin GG: Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría* 1999;15(2):28-33, Martínez MJ, Souza y Machorro M: Violencia sexual y psicotrópicos. Aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría 2ª Época* 2002;18(1):44-56.

pacientes abusadores o adictos,<sup>22,32,42</sup> experiencia que, a su vez, los torna proclives a la “reedición” del evento violento, ya sea como agresores o víctimas en la etapa adulta.<sup>15,21,59,65</sup> Se estima que más de 50% de las mujeres que padecen adicción etílica refieren haber sufrido abuso sexual en su infancia.<sup>25,32,59,61,64,67,92</sup> Dichos hallazgos, sumados a la regularidad de la presencia del consumo de psicotrópicos —en el agresor, la víctima o ambos— en el momento de cometer o sufrir el ataque sexual, indican la necesidad de una mayor profundidad en el conocimiento de los factores participantes en el suceso.<sup>54,64,81,108</sup>

Los primeros postulados psicoanalíticos en relación con las adicciones subrayaron la participación de las pulsiones en los rasgos primitivos de carácter, que facilitan una estructura oral pasiva correlacionada con el consumo de psicotrópicos. Posteriormente se estimó que la mayoría de las disfunciones psicológicas observadas, más que representar el origen del problema, podrían ser resultado del abuso o adicción a sustancias y el comportamiento asociado. No obstante, las consecuencias de dicho consumo sobre la organización de la personalidad hacen que algunos autores destaquen la participación de factores que contribuyen a una adaptación *negativa*, viéndose así afectada la experiencia y regulación de los afectos, las relaciones interpersonales, la autoestima, el juicio, el comportamiento y la capacidad para enfrentar el estrés.

Tal perspectiva señala una vulnerabilidad caracterológica que subyace en el consumo de psicotrópicos, vista como incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, al anticiparse al peligro o para utilizar las señales afectivas para activar los mecanismos de defensa. Esta mórbida condición refiere a la par una escasa autoestima con una fuerte protección narcisista, aunada a una igualmente escasa introyección de imágenes objetales. Por otro lado, muestra alteraciones de pensamiento y juicio, que sugieren inmadurez de la personalidad, lo que facilita el uso de mecanismos de adaptación y defensa esencialmente rígidos, conducentes a una deficiente capacidad para el autocuidado.<sup>5,55</sup> Además, tal condición explica que la administración de psicotrópicos en tanto *objeto fetiche* se inicie a menudo durante una crisis severa, en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas en tanto aumenta la vulnerabilidad narcisista.

Pero si el usuario interpreta la condición mórbida de su consumo como una ventaja o “beneficio adaptativo”, podrá entonces caer en un consumo continuo, a pesar de que tal beneficio derive en realidad en una trampa: círculo vicioso de consumo-efecto-consumo que atrapa al usuario en sí mismo y por su propia mano. La dependen-

cia puede presentarse como una manifestación regresiva dentro de un aparente “funcionamiento normal”, una vez que se ha perdido la dimensión del problema por la asunción de una falsa realidad que elimina el estado referencial de la salud y lo saludable.<sup>109</sup>

En este contexto se podría aceptar con cautela la generalización que afirma que los adictos son personas que utilizan su adicción como “instrumento para contener con afectos primitivos, indiferenciados, preverbales y abrumadores”. No obstante, no se podría decir que todos ellos son por igual personas temerosas e incapaces de experimentar los efectos intensos provenientes de sus emociones (o, en caso de serlo, lo serán de modo variable), habida cuenta de que tales temores llevan a la necesidad de suprimir la manifestación emotiva normal y ello los convierte teóricamente en alexitímicos.<sup>35</sup>

Investigaciones realizadas entre ofensores sexuales procesados han mostrado sistemáticamente que el alcohol y otros psicotrópicos solos o en combinación muestran una conexión consistente con los patrones de abuso sexual. Y si bien tal consumo no puede considerarse una regla general, ni es elemento de ocurrencia indispensable, dado lo versátil del fenómeno<sup>68,78,80,99</sup> puede suponerse que sea un factor facilitador de violencia y no sólo una concomitancia, pues podría contribuir a su presencia y variedad de formas. Así, por ejemplo, el estudio del entorno familiar aporta hallazgos significativos que vinculan la violencia al consumo etílico, especialmente en el incesto padre-hija,<sup>16,124</sup> circunstancia en la que se encuentran documentados diversos grados de incapacidad para el ejercicio del rol parental por parte de la madre.<sup>40,55,57,76</sup>

El abuso sexual se relaciona además con un porcentaje elevado de consumidores de sustancias que fueron victimados en la infancia, estableciéndose así la reiteración de la heteroautoagresividad que perpetúa la circularidad de la violencia.<sup>23,24,56,79,114,115</sup> Otra evidencia de la relación entre adicciones y violencia sexual es el frecuente reporte de ésta en los antecedentes heredofamiliares de los pacientes adictos, lo que describe la característica intergeneracional del problema.<sup>81,82</sup>

Comorbilidad. De entre las consecuencias inmediatas a la experiencia traumática, las más comunes son el miedo al daño y la muerte, ansiedad y depresión. A largo plazo, por lo menos una quinta parte de las víctimas de abuso sexual exhiben somatización, desajustes sexuales, baja autoestima, depresión, abuso/adicción de psicotrópicos, confusión de la identidad sexual<sup>14,28,77</sup> y contagio por VIH<sup>39,111,125</sup> (cuadro 24-1).

En algunas mujeres se reporta trastorno por estrés postraumático, ideación e intentos suicidas, dependencia etílica y a otras sustancias, revictimación sexual y

### Cuadro 24-1. Aspectos terapéuticos de violencia sexual\*

Atención inmediata al daño físico, asesoría y terapia para mitigar y corregir el trauma/traumatismo  
 Prevención de enfermedades transmitidas sexualmente (VIH/SIDA)  
 Prevención del embarazo  
 Adecuado examen médico-legal  
 No compete al médico decidir si la víctima "realmente" ha sido violada o no  
 El hecho esencial es que la víctima se percibe a sí misma ultrajada  
 El tratamiento hospitalario debe ser facilitado por un equipo de tratamiento (médico, enfermera y terapeuta)

\* Modificado de Hampton HL: Care of the woman who has been raped. *N Engl J Med* 1995;332(4):234-237. Adehesad G: Psychological trauma and its influence on genuine and false complaints of sexual assault. *Med Sci Law* 1996;36(2):95.99.

### Cuadro 24-2. Manejo psicológico de las víctimas\*

Reorganizar la estructura y control de los límites yóicos  
 Recuperar el control de los límites corporales  
 Reorganizar la autoimagen  
 Disminuir la afectación sufrida en el autoconcepto  
 Disminuir la culpabilidad sentida  
 Favorecer la recuperación y el mantenimiento funcional del entorno familiar  
 Adecuado uso de la red social  
 Orientación médica apropiada  
 Orientación jurídica necesaria

\* Modificado de: González SR, Rosas BAL: Violencia sexual. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM. 1997.

maltrato por parte de la pareja,<sup>65,70,75,110</sup> miedo al éxito y restricción de las habilidades sociales.<sup>42,118</sup> Entre las víctimas femeninas de incesto, las alcohólicas muestran que existían malas relaciones entre sus padres, dificultades sexuales, sentimientos de culpa e inicio en el consumo de alcohol a edad muy temprana.<sup>93</sup> Por ello se estima que dicho antecedente se relaciona con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo a la salud, poca capacidad para discriminar las señales de peligro, e incluso dificultad para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso, con base en la debilidad personal y relacional creada a partir de la experiencia traumática. De modo que los abusos sexuales pueden llevar al alcoholismo y a otras adicciones, como mecanismo para confrontar el suceso.<sup>9,43,63,69,71,74,93,119</sup> Por eso el consumo de psicotrópicos debe considerarse a la vez antecedente y consecuencia. Otras secuelas involucran riesgos a la salud sexual, como las tendencias a realizar prácticas sexuales sin protección y a la revictimación —expresada como agresión/ira del victimario— en la etapa adulta, así como un mayor riesgo de involucrarse en prácticas prostitucionales<sup>93,97,116,122</sup> y otras conductas antisociales, las cuales constituyen un predictor significativo de deterioro de la salud mental durante las etapas de adolescencia y adultez<sup>6,10,66,98</sup> (cuadro 24-2).

## CONSIDERACIONES PSICODINÁMICAS

En la concomitancia de problemas de abuso de psicotrópicos y violencia sexual se presenta como denominador

común la manifestación de impulsos agresivos dirigidos hacia la integridad yóica en el primer caso, y hacia la del Yo del otro en el segundo,<sup>106,108,109</sup> lo que induce a reflexionar en el papel de la agresión en la producción de tales conductas, vinculadas a la psicogénesis del impulso agresivo.<sup>106,109</sup>

Desde la perspectiva psicoanalítica, tales conductas derivan del instinto de muerte, una parte del cual se orienta hacia el interior del individuo buscando su desintegración, mientras que la otra se dirige contra el mundo externo, manifestándose como impulso destructivo.<sup>45</sup> Este concepto abarca la existencia simultánea de conductas auto/heteroagresivas, complementada con la del *instinto de vida* en contraposición con el *de muerte*, fenómenos que representan la antagónica interacción de ambos instintos. De modo que el instinto de muerte puesto al servicio de la vida se manifiesta cuando el ser vivo destruye algo exterior (animado o inanimado) en vez de destruirse a sí mismo.<sup>45</sup> En respuesta a ello aparece la dialéctica complementariedad que domina la vida emocional del hombre: *odio y amor*.<sup>45,101</sup> Pero como el origen de estos sentimientos es diferente, la existencia del odio —previa a la aparición del amor— se constituye como reacción de repulsa del Yo narcisista al mundo exterior, por su carácter de emisor de estímulos displacenteros, y posteriormente hacia los objetos internos que han sido fuentes de frustración, expulsándose al exterior a través de mecanismos proyectivos...<sup>45</sup> ese oscuro objeto de deseo.

El amor, en cambio, procede de la capacidad del Yo de satisfacerse autoeróticamente a través del placer orgánico, que siendo originariamente narcisista pasa a los objetos considerados gratificantes una vez incorporados al Yo y se enlaza íntimamente a la actividad de los instintos sexuales ulteriores, de manera que realizada la síntesis de ambos instintos coincide con la totalidad del

instinto sexual.<sup>5</sup> De este modo, si el narcisismo perdura y domina la actividad relacional, se tiene, dice Fromm, al “único enemigo frontal del amor”.<sup>47</sup>

Ahora bien, a pesar de su diferente origen, no es raro encontrarlos en forma enfermiza orientados simultáneamente hacia un mismo objeto, constituyendo así el mejor ejemplo de ambivalencia, la cual suele ser expresada ontogénicamente en las relaciones de objeto y luego con otros objetos de amor.<sup>45,101</sup> En consecuencia, aparece *la transformación de un instinto en su contrario*, es decir, “la conversión del amor en odio y viceversa”, relación antitética siempre presente en la vida sexual.<sup>45</sup>

Hasta aquí, aunque puede deducirse que la explicación psicodinámica de las conductas de auto/heteroagresión es primacía del instinto de muerte y el odio, falta aún articularlos en el desarrollo de la psicosexualidad, previo al establecimiento de la etapa hegemónica de la genitalidad.

De ello procede un cuestionamiento: si el amor surge como resultado de la síntesis de los impulsos sexuales orientados hacia los objetos que han sido fuentes de placer, ¿cómo pueden darse entonces actuaciones sexuales cargadas de impulsos destructivos, constatables por la experiencia clínica en el manejo de los problemas de violencia sexual?

El primer intento de respuesta está dado en virtud de la persistencia de la ambivalencia, con predominio del odio, en el establecimiento de las relaciones objetales. Otra explicación aunada a ésta plantea la existencia de una fase preliminar en el desarrollo último del amor, correspondiente a la del impulso de dominio del objeto en la fase superior de la organización pregenital sádico-anal, en la cual es indiferente el daño o la destrucción del objeto, y que de no superarse durante el desarrollo de una etapa superior encontrará su expresión más clara en el adulto, en la tendencia a establecer vínculos sadomasoquistas y manifestar variadas conductas patógenas. Por ello, el sadomasoquismo se convierte en *amalgama patológica particularmente sólida entre el impulso amoroso, el placer sexual y la destrucción*.<sup>45,109</sup>

La agresión maligna, para Fromm, considera la crueldad y la destructividad, pero centra al sadismo en el carácter destructivo. El asesinato —dice— es la consecuencia extrema, aunque lógica, de un esfuerzo por “penetrar definitivamente a otra persona hasta la misma esencia de su existencia, y borrar cualquier sentimiento de exclusión de ella”.

Si ésta fuera la característica psíquica primordial del Sujeto frente al objeto de amor, hablaría de una estructuración defectuosa tipificada como *agresión maligna*, cuyo *modus operandi* (el sadismo) se dirige a alcanzar la destructividad total en la aniquilación.<sup>48,95</sup>

En circunstancias menos extremas, la dimensión de la perversidad, como el reclutamiento del amor al servicio de la agresión,<sup>73,112</sup> transforma lo profundo de la intimidad sexual en sexo mecanizado, dimanado de la devaluación radical de la personalidad del otro. Por ello, la necrofilia, descrita tanto en el terreno sexual donde se originó como en el relacional, se define como *la atracción apasionada por todo lo muerto, corrupto, pútrido y enfermizo; la pasión de transformar lo viviente en algo no vivo, de destruir por destruir y el interés exclusivo por todo lo puramente mecánico. La pasión de destruir las estructuras vivas*.<sup>46,124</sup>

Por otro lado, dentro de los mecanismos intrapsíquicos que contribuyen a evitar el predominio del odio y la destrucción, participa también la transformación de la angustia social vivida ante el temor de la pérdida del amor familiar durante los primeros años del desarrollo humano, condición en la que existe una intensa dependencia.

En esta etapa no importa si se ha cometido el acto que pone en riesgo la pérdida del amor, lo importante es que éste pueda ser descubierto por la autoridad, situación que se verá modificada de modo radical al ser introyectada dicha autoridad a la personalidad en forma de supervisión moral, de la que se deriva una parte que integra el sentimiento de culpa, desapareciendo con ello la diferencia entre la comisión o no del acto,<sup>44</sup> dando una dimensión de “realidad psíquica” al comportamiento. Establecidas así algunas de las premisas psíquicas que ayudan a entender la psicodinamia para el despliegue de los impulsos agresivos en cualquiera de sus formas, y aplicadas a los problemas de abuso sexual o al consumo de sustancias, se establecen las siguientes hipótesis:

1. El paciente abusador/adicto a psicotrópicos presenta un conflicto en el que el instinto tanático tiene primacía sobre el erótico, estableciendo un proceso de autodestrucción a través de la mitificación de un objeto parcial investido de intensos afectos ambivalentes y depositados en las sustancias de abuso,<sup>55,64,80,99</sup> a un lado de la vertiente simbólica que ello representa.
2. El abusador/adicto que incurre en conductas de abuso sexual despliega el impulso agresivo contra sí mismo y el mundo externo, y podría además manifestar la existencia de una fijación libidinal en la etapa sádico-anal, en la cual la destrucción de la integridad yóica del otro no importa frente al impulso de dominio del objeto,<sup>45,99</sup> lo que es especialmente frecuente en casos de quienes a su vez han sido víctimas de abuso sexual infantil, y que conforma antecedentes patológicos tanto en vícti-

mas y victimarios como en abusadores y adictos a psicotrópicos.<sup>68</sup>

En consecuencia, es factible esperar que existan defectos en la estructura superyóica de los pacientes adictos y ofensores sexuales que favorezcan un funcionamiento yóico débil, manifiesto en actuaciones depresivas y sociopáticas que inducen a su vez al desarrollo de trastornos adictivos o a la aparición de conductas de abuso sexual.<sup>105,106,108,109</sup>

Desde esta perspectiva se estima que el paciente adicto aparece atrapado por su mundo interno inundado de conflictos derivados de la ambivalencia y la antítesis placer-displacer, conflictos que se expresan, por una parte, en la relación que establece con la sustancia adictiva, y por la otra, en la búsqueda de placer narcisístico que termina por generar su propia destrucción desde la primacía del instinto tanático, el cual puede, asimismo, manifestarse en las relaciones con el mundo exterior (Objeto), en forma de una aparente búsqueda de “gratificación sexual” a través de la irrupción en los espacios yóicos más íntimos del otro, en los casos de violencia sexual, expresando así una profunda incapacidad de establecer vínculos interpersonales maduros, dado que ambas condiciones traducen una relación especular entre la auto/heteroagresividad.<sup>22,54,57</sup>

Por otra parte, merece atención especial la revictimación de los pacientes y la reincidencia en la comisión de los abusos, pues la fatalidad no es factor suficiente para explicar la reiteración victimaria, especialmente cuando la teoría victimológica ha documentado con distintos propósitos la eficaz participación de tendencias psíquicas inconscientes entre víctima y victimario. En torno de ello han de analizarse varias cuestiones: ¿qué papel desempeñan los impulsos autoagresivos? y ¿cómo operan en los casos de víctimas que han padecido en varias ocasiones el trauma del abuso físico o sexual, o ambos?

Se sabe que algunas pacientes viven el evento de varias maneras, y hasta 3.2 veces en promedio, en el curso de su vida.<sup>97,116,122</sup> Y considerando la participación —en distintos niveles— de la víctima en su tragedia como esencial para explicar dicha reiteración, se inquiere: ¿qué mecanismo opera en los perpetradores que, habiendo sido víctimas infantiles de abuso pero habiendo vivido la experiencia de repudio social o encarcelamiento (o ambos), repiten su conducta delictiva como venganza sobre otros?

En las personas involucradas en la revictimación ya sea como agresores o como víctimas —que para el caso de la expresión de tendencias autodestructivas y venganza inconsciente podrían formar una única y misma categoría—, es pertinente considerar un posible vínculo

entre la experiencia de abuso y el estilo de vida, expresado este último en la tendencia, no siempre clara para el sujeto, de exponerse a circunstancias que constituyen factores de riesgo para su seguridad y bienestar personal, como en el caso del abuso o adicción a psicotrópicos. Esta peculiar y frecuente condición, que reúne ambas circunstancias, refiere la expresión de malestar personal de impulsos autoheterodestructivos, cuya ambivalencia mostrada en actuaciones agresivas señala la condición recíproca entre los participantes.<sup>22,54,101,108,109</sup>

Véase primero la condición de la víctima. La opinión de que la mujer tiene participación en su abuso sexual —por delimitarse— y, en consecuencia, alguna responsabilidad, parte del conocimiento profesional respecto a la aparición frecuente de fantasías de violación en la memoria onírica que los sueños repetidos proveen, versión multivariada de uno de los sueños más citados de la literatura sexual, asociado generalmente con forcejeo, intimidación o por lo menos imposibilidad de evitar las maniobras copulatorias del ofensor. En dichos sueños, el contenido suele incluso desagradar a quien sueña, si bien también puede cursar con cierto grado de aceptación por parte de quien lo experimenta en tanto una “realidad” poco modificable durante el sueño<sup>35,66</sup> (cuadro 24-3).

Esta opinión se asocia también con las fantasías masturbatorias regulares y las experiencias que las personas provocan voluntariamente, ya sea para su excitación individual o para el goce con su pareja.<sup>101</sup> *Sin embargo, y no obstante lo dicho, la verdadera violación siempre será distinta de una fantasía.* Psicodinámicamente no es difícil entender que una persona se sienta culpable de haber tenido en algún momento fantasías de hostigamiento o abuso sexual, y pueda llegar incluso a autoacu-

### Cuadro 24-3. Prevención del embarazo\*

Uso de píldora anticonceptiva poscoital  
 Legrado uterino en las primeras 2 (máximo 4) semanas del episodio, de no aparecer el sangrado menstrual  
 Aborto terapéutico (comité hospitalario)  
 Aplicación de dispositivo intrauterino  
 Difosfato de dietilestilbestrol (50 mg stat VO 5 días; 25 mg 2 veces/día 5 días)  
 Etilnilestradiol (0.05 mg) combinado con norgestrel (0.5 mg) 2 tabs. stat más 2 tabs. tras 12 h del incidente  
 Monitoreo de posible infección VIH/SIDA

\* Modificado de: Hayman CR, Lanza A: Sexual assault on women and girls. *Am J Obstet Gynecol* 1991;109:408-486. Hampton HL: Care of the woman who has been raped. *N Engl J Med* 1995;332(4):234-237. Adshad G: Psychological trauma and its influence on genuine and false complaints of sexual assault. *Med Sci Law* 1996; 36(2):95-99.

**Cuadro 24-4. Consideraciones para el manejo de casos\***

Nunca examinar pacientes sin su voluntad  
 Realizar todo examen en presencia de una persona del sexo femenino  
 Indispensables las labores de enlace, para el manejo a largo plazo  
 La exploración ginecológica, aunque imprescindible, es delicada, pues la víctima puede percibirla como una segunda violación; en consecuencia, el manejo debe ser cuidadoso, comprensivo y de confianza  
 Restringido uso de sedantes-ansiolíticos, a víctimas extremadamente alteradas  
 Consulta obligada de seguimiento (3 a 6 semanas)  
 Cultivo cervical, antibióticos, prueba de embarazo  
 Sugerir denuncia y protección (especialmente en menores de edad)  
 Notificar a centros de protección  
 La atención a corto y a largo plazo influyen en el pronóstico  
 Es difícil predecir necesidades de la víctima; sin embargo, la atención a la seguridad personal de forma inmediata es fundamental  
 Promover la expresión de sentimientos  
 Evitar todo tipo de coerción y descalificación ante la negativa a reportar el delito  
 Exista o no denuncia, el personal debe recolectar evidencias y recabar información  
 Terapia de intervención en crisis, debido al impacto del suceso en todas las esferas de la vida del paciente  
 Meta terapéutica: favorecer el nivel previo de funcionamiento yóico

\* Modificado de: Hayman CR, Lanza A: Sexual assault on women and girls. *Am J Obstet Gynecol* 1991;109:408-486. Hampton HL: Care of the woman who has been raped. *N Engl J Med* 1995;332(4):234-237. Adshad G: Psychological trauma and its influence on genuine and false complaints of sexual assault. *Med Sci Law* 1996;36(2):95-99.

sarse, distorsionando inconscientemente el suceso y complicando el análisis del caso,<sup>19,29,82</sup> especialmente cuando durante éste llegara a sentir excitación gratificante y por ello derivara algún sentimiento ambivalente acerca del acto. Entonces cabe preguntarse: ¿tal participación—variable en cada caso—y su ambivalencia darían responsabilidad? Y en tal caso, ¿cuál sería ésta? (cuadro 24-4).

Otras secuelas de la violencia sexual producidas a corto plazo son la insatisfacción sexual, la promiscuidad, experiencias homosexuales y, en particular, un incrementado riesgo para la revictimación. Asimismo, la depresión y la ideación suicida aparecen más frecuentemente entre la población abusada sexualmente que entre la población de pacientes psiquiátricos que no han tenido tal experiencia. La frecuencia y duración del abuso, la existencia o no de penetración, la presencia de fuerza y la cercanía con el victimario aparecen en estudios mundiales como los elementos que pueden dañar más a las víctimas.<sup>56,66,118</sup>

A largo plazo suele presentarse revictimación, independientemente de las disfunciones sexuales, depresión y trastornos como la ansiedad y el temor a la relación interpersonal. Ello podría interpretarse como un trastorno en la relación de pareja motivado por la presencia de una autoestima deficiente, y la toma de riesgos innecesarios, como una autodestructividad vengativa, amén de otras conductas relativas a la no aceptación de sí mismo y la búsqueda de placer en el consumo indiscriminado de psicotrópicos para mitigar los malestares de la

depresión y la ansiedad concomitantes al cuadro post-traumático, como se observa en el manejo psiquiátrico y psicodinámico de los casos (cuadro 24-5).

**TRATAMIENTO**

En el terreno terapéutico es capital realizar un apropiado manejo de la condición a través de una actividad profesional breve, intensa y eficaz, que se divide en dos tiempos:

1. Formulación de arreglos para la protección inmediata.
2. Protección posterior de las víctimas.

Algunos casos suelen iniciarse a través de intervenciones certeras y apropiadas según el esquema de atención psicoterapéutica del denominado modelo *Intervención en crisis*, cuya flexibilidad y cobertura es lo suficientemente amplia y adecuada para alcanzar simultáneamente las metas del manejo psicofísico inmediato, a través de la asignación de contención, comprensión y empatía a las víctimas—lo cual es determinante para la canalización posterior a otros ambientes protectores, como casas de medio camino u hospitales de día o equivalentes—, para continuar el manejo psicoterapéutico por indicación a largo plazo<sup>35,58,86-88,92,113</sup> bajo la cober-

**Cuadro 24-5. Consideraciones de manejo: fase inmediata\***

Atender cuestiones médico-forenses y administrativas

Conocer la naturaleza del ataque y la respuesta de la víctima

Establecer la relación de la víctima con el agresor

Dar curso a los asuntos legales, incluyendo la decisión de presentar cargos

Contener la reactividad de víctima, familiares y amigos

Cuidar de la seguridad física al regresar a casa

Principales postulados terapéuticos en víctimas de violencia sexual:

- Intervención en crisis para facilitar la resolución del trauma y disminuir el riesgo de consecuencias patológicas más graves
- Apoyo emocional a la víctima por aquellas personas con las que se relacione durante la crisis
- La violación es una crisis para familiares y amigos, por lo que pueden llegar a necesitar apoyo especializado
- En la evaluación inicial de la víctima se deberá establecer su capacidad previa al ajuste, tolerancia al estrés y recursos adaptativos
- Tratar de involucrar a las personas a quienes la víctima considere de ayuda
- Indagar sobre traumas anteriores y las respuestas a éstos, ya que la víctima puede desplazar su ira hacia quienes traten de ayudarla, y quienes se preocupan por ella deberán *comprender que tal patrón de reacción no se trata de una respuesta personalizada*
- Las víctimas pueden necesitar relatar repetitivamente su historia descargando así su malestar, por lo que podrían necesitar un terapeuta disponible para una atención frecuente y continua

\* Modificado de: Hayman CR, Lanza A: Sexual assault on women and girls. *Am J Obstet Gynecol* 1991;109:408-486. Hampton HL: Care of the woman who has been raped. *N Engl J Med* 1995;332(4):234-237. Adshead G: Psychological trauma and its influence on genuine and false complaints of sexual assault. *Med. Sci. Law* 1996;36(2):95-99.

tura institucional o privada, según los recursos de las víctimas (cuadro 24-6).

Al respecto, cabe indicar que la metodología para dilucidar los casos es compleja, y el logro de los resultados satisfactorios e inmediatos es difícil, pues por un lado se debe saber identificar al ofensor y, por el otro, reconocer si la víctima que se asume como tal está diciendo la verdad, y ninguna de ambas cosas es sencilla.<sup>89</sup> Además, el análisis forense y los cuidados asignados, aunque se apoyan en una filosofía de ayuda que pretende evitar daño y proteger a la víctima, agreden tanto en lo físico como en lo emocional. De ahí que el concepto de retraumatización o *segunda herida* aparezca cuando el paciente relata las condiciones y sentimientos que privaron

frente al hecho que motiva el tratamiento.<sup>17,18,41,120</sup> Tal experiencia, al revivirse, aunque es dolorosa es curativa, y permite la redefinición psíquica del suceso.<sup>11,66</sup> Las metas terapéuticas requieren, por lo tanto, de gran empatía, y se dirigen en primer lugar a la validación personal para el fortalecimiento de la función yóica, para posteriormente clarificar y entender el episodio como un hecho traumático e indeseable, pero real.

La psicoterapia responde a metas concretas y específicas, al margen del objetivo de disolución de los síntomas, que es parte del proceso de superación del trauma.<sup>123</sup> Sus metas a nivel institucional se dirigen a mejorar la adaptación de los pacientes y a profundizar en el logro del autoconocimiento,<sup>123</sup> en el cual los aspectos

**Cuadro 24-6. Consideraciones de manejo: postrauma\***

Pueden darse cambios personales prominentes (cierto grado de impedimento para funcionar en el trabajo, escuela u hogar)

La presencia de trastornos médicos de gravedad, previos o como resultado del ilícito, así como la existencia de conflictos personales severos, puede desencadenar una nueva crisis

Puede aparecer un cuadro depresivo secundario, conductas suicidas, psicosis, síntomas conversivos y con frecuencia un síndrome de estrés postraumático, así como el consumo de psicotrópicos diversos

Cuando la hija(o), novia(o) o esposa(o) de un hombre o una mujer han sido violados, se puede reaccionar equívocamente con sobreprotección, lo que, aunado al punto anterior, fundamenta la necesidad de seguimiento a largo plazo

Considerar la posible ayuda adicional de los programas de ayuda existentes en la comunidad

Las víctimas masculinas no son raras, y requieren atención y manejo igual que otros casos

La prevención de la reincidencia requiere tipificar al victimario en sus posibles alteraciones psiquiátricas, que incluyen el abuso y la adicción a psicotrópicos

\* Modificado de: Amir M: *Patterns of forcible rape*. Chicago, Chicago University Press, 1971. Notman MT: Psychodynamic and life stage considerations in the response to rape. SL MC. Combie (ed.): *The rape crisis intervention handbook*. Plenum Press, 1980. Mezey GC: Rape, victimology and psychiatric aspects. *Brit J Hosp Med* 1985;28:52-158. Hayman CR, Lanza A: Sexual assault on women and girls. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 109:408-486. Hampton HL: Care of the woman who has been raped. *N Engl J Med* 1995;332(4):234-237. Adshead G: Psychological trauma and its influence on genuine and false complaints of sexual assault. *Med Sci Law* 1996;36(2):95-99.



**Cuadro 24-7. Valoración de pretratamiento a ofensores\***

Evaluación clínica médica y psicológica para establecer diagnóstico psiquiátrico y tratamiento en función de que el delito sexual puede ser conceptualizado desde diversos ángulos

Se recomienda nosología internacional: CIE-10 OMS

La experiencia terapéutica categoriza tres tipos de infractores:

- Con personalidad psicopática o que cursan con cuadros psicóticos, responden poco a tratamiento
- Infractores con poco o ningún dominio de impulsos
- Transgresores con suficiente autocontrol pueden ser manejados con tratamiento externo

Realizar exploración física completa de rutina

Se debe dar prioridad a la atención del trastorno psiquiátrico concomitante

La indicación farmacológica debe acompañarse de información sobre los beneficios-efectos secundarios del medicamento

\* Modificado de OMS: *Evaluation of dependence liability and dependence potential of drugs*. Technical Reports Series, No. 577, Report of a WHO Scientific Group, 1975. Rodríguez CR: Delincuentes sexuales. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, 1997.

tos éticos son especialmente relevantes. Ante ello, el especialista deberá evitar el *colapso del espacio terapéutico*, generando en el paciente la habilidad de percibir la transferencia como una porción indispensable de la terapéutica y de hacer crecer en él el espacio analítico, ayudándolo a desarrollar la función reflexiva que lo llevará a la comprensión de sí mismo, al crecimiento de su personalidad y, por lo tanto, a la mejoría clínica y social.<sup>33,40,60,114</sup>

Por otro lado, hay que considerar la existencia de pacientes especiales para los cuales se debe reconocer una maniobra de abordaje diferente,<sup>31,62</sup> como en el caso de las adolescentes venoadictas que han resultado ser madres a una edad de franca impreparación. En ese sentido, la Universidad de Yale estima que es una necesidad prioritaria el preparar a profesionales capacitados para participar en las unidades especializadas. Por su parte, la identificación forense de muestras de laboratorio<sup>7,12,17,94</sup> representa una contribución decisiva a las actividades clínicas especializadas, complementables con pruebas odontológicas, microscopia especializada y otras pruebas, como la electroforesis de proteínas<sup>20,73</sup> (cuadro 24-7).

Respecto de los victimarios, cabe señalar que éstos, estudiados cuando convictos, han mostrado en las baterías psicológicas ser personas portadoras de trastornos de la personalidad<sup>27,30,53,80,93</sup> o estrés postraumático, como ocurre en los veteranos de guerra,<sup>12,26,96</sup> y que cuentan con diferentes antecedentes penales, por lo que puede suponerse que en su calidad de agresores actúen movidos por elementos psicopatológicos que permiten manifestar los más variados impulsos destructivos e imposición. Pero cabe destacar que en tales cuadros entre ofensor y víctima se presenta una vinculación emocional o afectiva, comprensible a la luz de la experiencia traumática según la *teoría de las relaciones objetales*;<sup>38,125</sup> Por ejemplo, un estudio de la Universidad de

California señala que el promedio investigado de incidentes es de 3.2 abusos sufridos por persona.<sup>98</sup>

De modo que los aspectos cognoscitivos y conductuales de víctima y victimario participan en el origen y formación del traumatismo sexual directa e indirectamente, consciente e inconscientemente, lo que hace oportuno mencionar la utilidad aplicativa del pensamiento psicodinámico mediante el cual, aunque no puede afirmarse que el primer incidente facilite, promueva o haga proclive instrumentalmente la producción del segundo, ni existen, al parecer, diferencias notorias entre las víctimas de uno y las de dos o más incidentes posteriores, un análisis psicológico detallado de las víctimas podría descubrir quizá las tendencias autodestructivas y de castigo frente al despliegue de la vida sexual, manifestadas antes del incidente y evidentes malestares ocasionados por la circunstancia vivida, que en forma ambivalente alcanza su gratificación por vía de sus repercusiones<sup>99,108,109</sup> (cuadro 24-8).

El logro de una más cohesiva estructura de personalidad que fuera éxito del tratamiento sólo será posible cuando se alcance la sensación del sentido de integración. Ello implica la resolución de traumas infantiles, la comprensión y aceptación de su efecto sobre la identidad y el desarrollo de la estructura de carácter (cuadro 24-9).

Se recomienda que el clínico cuente con disposición especial para realizar su trabajo, dado que existen requerimientos legales que deben asignarse prioritariamente, como la confidencialidad, el discernimiento entre la acción terapéutica y las funciones forenses, la salvaguarda de la competencia del acto profesional y el establecimiento claro de los criterios y la calidad del desarrollo profesional.

Dadas las elevadas tasas de reincidencia delictiva en el tratamiento de los ofensores sexuales, se han dado cita para la explicación del fenómeno múltiples teorías y los más variados manejos, que van desde la terapia far-

**Cuadro 24-8. Objetivos del manejo psicoterapéutico de los ofensores\***

El tratamiento deberá estar diseñado con el propósito de mejorar la calidad de vida y, además, realizarse bajo el esquema de un trato humano respetuoso y adecuado, que influya en la prevención de la reincidencia delictiva

La terapia funciona mejor cuando es por propia decisión

El manejo de condiciones neuropsiquiátricas es prioritario sobre el proceso psicoterapéutico

La farmacoterapia es eficaz para disminuir deseos y fantasías que potencialmente pudieran conducir a la actuación delictiva, a la par que logra un mejor control de impulsos

Dentro de las aproximaciones más efectivas se encuentra la terapia con técnicas cognitivo-conductuales, en las que se incluye lograr empatía con la víctima

Uso de instrumentos de evaluación clínica y estadística diseñadas *ex profeso* para tales casos

El manejo de transgresores tiene como expectativa social la modificación conductual en pro de la eliminación de la reincidencia

\* Modificado de: Rodríguez CR: Delincuentes sexuales. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM. 1997.

macológica restrictiva hasta el uso del buen humor, en apoyo a la acción psicoterapéutica. Participan también diferentes abordajes quirúrgicos y la “castración” farmacológica de los delincuentes graves, especialmente los reincidentes, como una medida drástica y definitiva enfocada en evitar la reiteración criminal.<sup>28,29,39,70,75,107</sup>

Hoy en día, en los distintos centros de readaptación social se prefieren tratamientos más humanizados y flexibles, y por lo tanto menos punitivos,<sup>86,107</sup> que vigorizan los derechos de las víctimas frente al ofensor. Pero la asociación de violencia sexual a las adicciones complica enormemente el manejo.

En la evaluación de programas terapéuticos existe el propósito de reforzar la prevención a través del conocimiento detallado del *modus operandi* del abusador y, a la vez, de la descripción del comportamiento de la víctima durante el suceso. A ello debe agregarse la formación de un sistema permanente de vigilancia nacional para el cuidado de la salud de las víctimas y, consecuentemente, la educación y formación de cuerpos de asesores que faciliten la promoción de recursos humanos y su adecuada información a la sociedad.

El problema exige la realización sistemática de un registro protocolizado de investigación forense, que tipi-

fique y controle los casos y apoye con ello el esfuerzo de la comunidad en favor de las acciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas. Se trata de un asunto multimodal que demanda la participación de intervenciones profesionales y de la sociedad destinadas a favorecer la toma de conciencia de los grupos sociales organizados en torno de este delicado problema, y con ello mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La relación entre la violencia sexual y el consumo de psicotrópicos comparte una estrecha liga clínico-fenomenológica. Sin embargo, predominan por ahora las interrogantes sobre las respuestas. La hipótesis psicoanalítica para analizar estas patologías, que parte del interés de contar con herramientas de trabajo para su evaluación, clínica y manejo,<sup>124</sup> aun siendo útil en la práctica no aspira, sin embargo, a descifrar cabalmente la complejidad de tales fenómenos. Por lo tanto, surgen las preguntas:

¿Por qué las mujeres repiten menos las conductas de agresión sexual y en cambio son más proclives a ser victimadas y revictimadas? ¿Es factible la conjunción de tendencias sádicas masculinas complementarias a las femeninas? Y si así fuera, ¿cómo ocurre este mecanismo? ¿Qué papel tiene el consumo de psicotrópicos en

**Cuadro 24-9. Requisitos para el manejo psicoterapéutico de pacientes (ofensores)\***

Habilidad para socializar y cierta capacidad de tolerancia a la frustración

Una vez establecido un conflicto, favorecer la verbalización para validarlo como experiencia

Investigar factores que inducen o mantienen la reincidencia, para establecer estrategias en pro de la prevención

Identificar distorsiones cognoscitivas para ser sustituidas por otras más funcionales

Promover la empatía con la víctima, que es, por cierto, lo más difícil de lograr en el tratamiento

El uso de métodos psicológicos y psicoterapia personalizada no constituye, a pesar de su conveniencia, una garantía para evitar la recidiva, especialmente en los casos de pacientes sádicos sexuales, que a veces obligan a la utilización de métodos drásticos por parte de las instancias judicial y sanitaria responsables

\* Modificado de: MacCulloch MJ: Sadistic fantasy, sadistic behavior and offending. *Brit J Psychiat* 1983;143:20-29. Quadrio C: Sex and gender and the impaired therapist. *Aust NZ J Psychiatry* 1992;26(3):346-363. Hanson KA, Gidycz CA: Evaluation of a sexual assault prevention program. *J Consult Clin P* 1993;61(6):1046-1052. Hanson RK, Steffy RA, Gauthier R: Longterm recidivism of child molesters. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(4):646-652. Marques J, Nelson C, West MA, Day DM: The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behav Res Ther* 1994;32(5):577-588. Rodríguez CR: Delincuentes sexuales. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, 1997.

la víctima y en el victimario como patologías comórbidas, en el abuso sexual? ¿Qué consecuencias psicodinámicas en las víctimas pueden explicar el desarrollo ulterior de la patología adictiva? Si existen diferencias de género documentadas entre agresión y violencia, ¿qué pueden significar en este tema? ¿Qué participación tienen los rasgos caracterológicos: agresividad y pasividad, en los roles asignados socialmente al hombre y a la mujer? ¿Qué diferencia muestra el binomio sadomasoquista en el impacto al agresor y al agredido?

Dar respuesta a estas preguntas precisa de un largo trabajo de investigación que explore objetiva y contextualizadamente la vida de estos pacientes, así como el establecimiento de una nosología de los trastornos adictivos y su comorbilidad.<sup>100,103</sup>

Se considera que los cuestionamientos y referencias psicodinámicas en torno al abuso o adicción de psicotrópicos y el abuso sexual enriquecen al personal de salud respecto de la trascendencia de las implicaciones inconscientes que constituyen, en parte, el origen, permanencia y evolución de dichas alteraciones.<sup>106,108</sup>

Si existen elementos inconscientes en las víctimas que las hacen serlo de distintas maneras e incluso varias veces, si existen elementos inconscientes en los victimarios que los inducen al delito y a su repetición, ¿no será posible que existan iguales elementos inconscientes en las personas que militan e impulsan a organizaciones en pro de la dignificación de la mujer, haciendo de esa guerrilla un motivo personal? En ocasiones, tal lucha igualitaria—en menoscabo de sus fines—ha tenido tintes de venganza, mostrado perfiles de odio y señalado profundo desprecio al otro género, adulterando así la causa por la equidad y restringiéndola a un solo gremio.

En el marco de una deseable política social democrática y justa, de auténtica igualdad en la diferencia, habría que considerar varias metas: la promoción de la incorporación más activa de la mujer en la sociedad, sí. La proposición de reformas de ley a favor de lo femenino y sus representantes, claro. La promoción equitativa de igualdad de oportunidades, desde luego. Y el impulso al respeto a los derechos humanos y la creación de una cultura de la no-violencia, por supuesto. Pero aceptar la parcialización *chauvinista* de esa lucha social es obstaculizar el libre tránsito hacia la verdad y la armonía vincular entre los seres humanos, en particular para el mejor establecimiento de una pareja humana sana, realista y funcional. Este asunto no es ni debe ser cuestión de bandos. La causa de la dignificación de la mujer es la misma que la dignificación del ser humano en su conjunto, no sólo de lo femenino, porque si así fuera, estaríamos hablando de otra cosa...

Si, de acuerdo con Fromm, *la agresividad es el resultado de una vida no vivida*, entonces la correcta atención de los problemas de salud mental de la población reclama una política humanitaria, solidaria y justa que apoye en la práctica el desarrollo de la vida, haciendo del beneficio común *el imperativo de nuestra más elemental conciencia social*.

De ahí que para su manejo sea necesario un enfoque unitario que considere en todo momento el incidente trágico, y no sólo un acto sexual violento. Tal planteamiento es pieza clave en la atención de casos y permite diseñar la estrategia sociosexual para el abordaje de víctimas y victimarios. Pero para ello el clínico deberá contar con una disposición especial para realizar su trabajo, dado que existen requerimientos que deben asignarse prioritariamente, como la confidencialidad, el discernimiento entre la acción terapéutica convencional en sí misma y la función forense, la salvaguarda de la competencia del acto profesional y el establecimiento de criterios para la calidad y desarrollo del mismo.<sup>126</sup>

En relación con el agresor y para complementar la condición del ilícito, es pertinente destacar que las estadísticas sobre la reincidencia delictiva de problemas sexuales señalan al abusador como un individuo agresivo, peligroso y reiteradamente delictivo.<sup>6</sup> Así, por ejemplo, una investigación realizada a lo largo de 10 años entre 288 ofensores sexuales, a efecto de medir su recidivismo, muestra que los agresores infantiles, mientras más violentos son, tienen en su evolución mayor índice de recidivas<sup>32</sup> que los raptos y ofensores de menor violencia.<sup>129</sup>

La discriminación de los abusadores y sus delitos indica que algunos individuos pueden considerarse “típicos de sadismo sexual”, mientras que otros cometen ilícitos realizables por cualquier ofensor.<sup>130</sup> Por ejemplo, las lesiones requeridas para matar a una persona indican que el sobrepasar sus límites tipifica condiciones exageradas que identifican a los individuos altamente violentos, como ocurre en los casos de algunos crímenes producidos contra personas de orientación homosexual.<sup>131</sup>

De este modo, entre las características de personalidad que facilitan la victimación femenina se destaca *la sumisión* como el factor que permite su explotación y promueve un tipo de relación que incita al ofensor y lo seduce para actuar.<sup>132,163</sup> Así, el estudio de tales casos intenta clarificar y conocer “el perfil psicosocial” del delincuente sexual, para integrarlo a una clasificación diagnóstica, de utilidad terapéutica, rehabilitatoria y preventiva. Sin embargo, aunque se han realizado muchos intentos, no se han podido tipificar a la fecha las características que se responsabilicen prospectivamente de tales conductas. Los estudios realizados hasta ahora

sólo han aglutinado modelos o rasgos gruesos de los ilícitos y sus autores en función de ciertas conductas,<sup>18-20</sup> lo cual no necesariamente posibilita el juicio pronóstico. Asimismo, los indicios detectados por electroencefalografía, tomografía axial computarizada y otros estudios especializados, si bien descubren alteraciones en los agresores violentos, éstas son todavía inespecíficas como para explicar desde el punto de vista de la alteración estructural el psiquismo responsable que caracterice tales conductas.<sup>136</sup>

Paralelamente a todo lo planteado, no debe olvidarse que la violencia es proteiforme y ocurre incluso en el seno de la familia,<sup>137</sup> de modo que en ciertas condiciones es importante considerar el vínculo establecido entre la conducta antisocial y los delitos sexuales,<sup>138</sup> en los que con regular frecuencia coexiste consumo de psicotrópicos, especialmente alcohol,<sup>3,57,139-141</sup> y cuyas víctimas habituales son las personas más desprotegidas de la sociedad.<sup>3,142</sup>

El carácter innegable de la demanda de tratamiento para los ofensores ha crecido considerablemente en los últimos decenios, merced al incremento de sus delitos y las denuncias medicopsicológicas y sociolegales. Los aspectos de manejo de los ofensores requieren una adecuada valoración clínica para su tipificación, ya que no se cuenta con una clasificación nosológica específica, ni existe como tal en los manuales de clasificación (fuera de la paidofilia) el título de “violador” y sus equivalentes conductuales.

Por ello, es imprescindible que las actividades de valoración destinadas al tratamiento se realicen pertinentemente en forma completa. Al efecto se recomienda:

1. Una adecuada apreciación nosológica, para establecer las metas del tratamiento en función de la entidad psiquiátrica del caso, toda vez que el delito sexual puede ser conceptualizado desde diferentes ángulos, y por ello existe una diversa tipificación de delitos ligados a la violencia. En tal sentido, se estima que dicha nosología debe tener carácter internacional, a efecto de realizar comparaciones bioestadísticas.
2. La experiencia de manejo en tales individuos señala que pueden categorizarse en tres tipos de infractores:
  - a. Los que tienen personalidad psicopática o cursan con cuadros psicóticos y de quienes no se espera que respondan completamente al tratamiento.
  - b. Los que muestran poco o ningún dominio de sus impulsos y que, por lo tanto, deben ser tratados como pacientes internos o de custodia.

- c. Los transgresores que muestran suficiente auto-control o que pueden ser controlados por medio de un plan terapéutico como pacientes externos.
3. Cuando se sospeche de alguna enfermedad que requiera tratamiento específico, como los trastornos neurológicos, cardiopáticos, etc., se recomienda que la exploración física completa de rutina se haga más cuidadosamente.
  4. De existir algún trastorno en la exploración psiquiátrica, éste deberá ser atendido con prioridad a la conducta delictiva, parafílica o no, debido a que puede ser su etiología.<sup>143</sup>

Cuando el paciente requiera algún tipo de medicación, se le deberá suministrar información —como a cualquier otro paciente— acerca de los beneficios y efectos secundarios esperables. A efecto de esquematizar *grosso modo* la estrategia de manejo de tales pacientes, hay que considerar que el tratamiento deberá ser diseñado con el propósito de mejorar la calidad de vida, y es imprescindible que se suministre bajo los esquemas de trato humano, respetuoso y adecuado, lo cual influirá decisivamente en la prevención de la reincidencia delictiva. La terapia seleccionada, al ser de elección propia, podrá funcionar más adecuadamente que si es impuesta, sobre todo si se considera que muchos de tales pacientes son portadores de rasgos patógenos en su conducta agresiva.

Lógicamente, el paciente portador de un trastorno neuropsiquiátrico deberá primero recibir el manejo para su padecimiento antes de iniciar un proceso psicoterapéutico. La experiencia señala que el tratamiento farmacológico, cuando está bien indicado, disminuye considerablemente los deseos y fantasías que llevan a la conducta delictiva. Algunas de las aproximaciones más efectivas demostradas hasta ahora se basan en técnicas cognoscitivo-conductuales, en las que se incluye el aumento de empatía con la víctima, el control de los impulsos destructivos y la prevención de la recaída.

Es muy conveniente aplicar instrumentos de evaluación clínica y estadística especialmente diseñados para tales casos, de un modo lo más homogéneo posible, a efecto de realizar comparaciones clínicas prospectivas. El manejo de los pacientes transgresores incluye una expectativa social imperativa de la modificación conductual, que como norma debe enfocar paralelamente la eliminación de la reincidencia delictiva.

Como el tratamiento de la violencia sexual es en muchos de los casos una alternativa contra la persecución judicial,<sup>31</sup> *prioriza en su manejo —especialmente si se trata de los casos más graves y reiterativos— la combinación de medicamentos y terapia psicológica.*<sup>27,144-146</sup>

La Universidad de Texas recomienda como la mejor vía de control el acetato de medroxiprogesterona u otros hormonales, junto con los fármacos correspondientes a la entidad nosológica que exista (antipsicóticos, antidepresivos o anticomiciales) y la psicoterapia grupal o individual (o ambas) a largo plazo. Se usan también abordajes quirúrgicos del tipo de la castración farmacológica<sup>148</sup> y la irradiación unilateral sobre la circunvolución del cíngulo, como medidas correctivas contra la reiteración criminal.<sup>149</sup>

Por lo que toca al manejo psicoterapéutico, no siempre es posible realizarlo debido a las características de los agresores. Pero, en términos generales, sus requisitos son:

1. Habilidad para socializar y contar con cierta capacidad de tolerancia a la frustración.
2. Una vez establecido el conflicto circunscrito, se insta a su verbalización para validarlo a título de “experiencia vivencial”.
3. Se investigan específicamente aquellos factores que pueden inducir o mantener el círculo de la recaída y su consecuente estrategia destinada al manejo preventivo.
4. Se trata también de identificar las distorsiones cognoscitivas para que sean sustituidas por otras más funcionales.
5. Lo más importante del manejo y lo más difícil de lograr, por cierto, es mover al paciente a generar empatía con la víctima. Para ello es importante hacer participar la libertad condicional del convicto como herramienta del manejo, para que mediante ella se aumenten el interés y la participación individual. Lamentablemente, muchos manejos destinados a estos delincuentes no son científicamente conceptuados, y en su diseño no se recurre a instancias profesionales, de ahí que las evaluaciones no sean posibles, y la comparación entre un modelo y otro en los distintos países se vuelve una meta necesaria a corto plazo.<sup>143</sup>

Además, el uso de métodos psicológicos y la asignación de psicoterapia, dadas las características de la distorsión implicadas en el conflicto intrapsíquico de estas personas, tampoco debe considerarse como una herramienta que garantice la eliminación de su reincidencia,<sup>150</sup> pues si bien estos individuos llegan a producir cierto cambio en la orientación de la personalidad, no logran eso mismo en el ámbito de su estructura caracterológica.<sup>151, 152</sup>

Por último, es importante señalar que en la actualidad muchos estudios coinciden en asociar la violencia sexual a las adicciones,<sup>153-156</sup> de modo que la situación se hace más compleja y se multiplica, ya que los efectos producidos sobre la experiencia subjetiva en el consumidor se ligan íntimamente con la motivación del consumo, y a la vez es mecanismo reforzador de la permanencia adictiva<sup>157</sup> y origen de su comorbilidad.<sup>158-160</sup> De modo que, por ejemplo, las barreras a la educación y en contra de una adecuada prevención de las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH, en las víctimas de violencia sexual infantil, están dadas precisamente por los síntomas que derivan de su condición traumática, como depresión crónica, consumo de psicotrópicos, venganza consciente o inconsciente, compulsividad sexual y *revictimación*.<sup>6</sup>

En conclusión, mientras la sociedad no cuente con una actitud realista y positiva para la enseñanza de la sexualidad sana y patológica, y los modelos para su abordaje continúen mostrando tan amplias contradicciones, la violencia sexual, que representa el punto de confluencia de la psicopatología, la ignorancia que rige la interpretación subjetiva de los fenómenos psicosexuales y los mitos en torno a ella, seguirá ejerciendo en la comunidad su trágica presencia. Este delicado tema en el concierto preventivo de las naciones interesadas en alcanzar la salud y su óptimo mantenimiento reclama, además de su correcta atención, el diseño formal de los más adecuados planes educativos a distintos niveles, destinados a contener su contundente y demoledor impacto, por lo que no cabe la más mínima espera en asignar una labor de mayor atingencia si se pretende dar cabida a los mínimos estándares de protección a los que la comunidad aspira por derecho para su salud y estabilidad.<sup>165</sup> Nunca ha sido más cierta la afirmación de Martin Luther King: *The choice today is no longer between violence and nonviolence. It's either nonviolence or nonexistence.*

De acuerdo con la opinión de los profesionales del campo dedicados al manejo de estos problemas, lo único no recomendable es callar. Una interesante paradoja se refleja en el hecho de que en cada nueva víctima se produce una tragedia individual y un ultraje a los valores sociales, pero en cada víctima salvada se reivindica moralmente la humanidad.<sup>166</sup>

Tener conciencia de ello es asumir el deseo de su erradicación en la salvaguarda de nuestra niñez y en espera de un futuro mejor.

## REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Adolescence: Sexual assault and the adolescent. *Pediatrics* 1997;94(5):761-765.
2. American College of Emergency Physician (ACEP): Management of the patient with the complaint of sexual assault. *Ann Emerg Med* 1992;21(6):732.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACO&G), Committee on Quality Assessment: Medical care of an alleged sexual assault victim. *J Gynaecol Obstet* 1996; 52(1):103-104.
4. **Alvarado M, Moysen S, Martínez. S:** *Predominio de la violencia doméstica en la ciudad de Durango*. Instituto de Investigación Científica, Universidad Juárez del Estado de Durango. *Salud Públ Méx* 1998.
5. **Alpert JL:** Analytic reconstruction in the treatment of an incest survivor. *Psychoanal Rev* 1994;81(2):217-235.
6. **Allers CT, Benjack KJ, White J, Rousey JT:** HIV vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993;17(2):291-298.
7. **Armstrong KA, Stover MA, Smart:** START: an option for adolescents to delay the pelvic examination and blood work in family planning clinics. *J Adol Health* 1994;15(5):389-395.
8. **Arbuckle J, Olson L, Howard M, Brillman J, Anctil C et al.:** Safe at home? Domestic violence and other homicides among women in New Mexico. *Ann Emerg Med* 1996; 27(2):210-215.
9. **Astin MC, Ogland HSM, Coleman EM, Foy DS:** Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(2):308-312.
10. **Bagley C, Wood M, Young L:** Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 1994; 18(8):683-697.
11. **Bear E, Dimock P:** Adults molested as children: a survivor's manual for woman and men. *Fay Honey Koop* Vermont, 1988.
12. **Beebe DK, Gullede KM, Lee CM, Replogle W:** Prevalence of sexual assault among women patients seen in family practice clinics. *Fam Pract Res J* 1994;14(3):223-228.
13. **Becker JV, Kaplan MS, Tenke CE, Tartaglino A:** The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. *Child Abuse Negl* 1991;15(4):531-536.
14. **Berliner L:** Commentary on "Incest revisited: delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children". *Child Abuse Negl* 1995;19(10): 1311-1312.
15. **Bethea L:** *Prevención primaria del abuso infantil*. Columbia, Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur, 1998.
16. **Blume S:** *Secret survivors*. EUA, John Wiley and Sons, 1990.
17. **Bohn K, Holz A:** Sequelae of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape. *J Nurse Midwifery* 1996;41(6):442-456.
18. **Boney MCS, Finkelhor D:** Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(5):726-736.
19. **Browne A:** Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes, and policy implications. *Am Psychol* 1993;48(10):1077-1087.
20. **Butler DJ, Qualheim K, Turkal N, Wissing M:** Men sexually abused in childhood. Sequelae and implications for the family physician. *Arch Fam Med* 1993;2(1):29-33.
21. **Bourne G:** *A treatment manual for acute drug abuse emergencies*. U. S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service Alcohol. Drug Abuse and Mental Health Administration, 1996.
22. **Burgess W, Hartman CR, Grant CA, Clover CL, Snyder W et al.:** Drawing a connection from victim to victimizer. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1991;29(12):9-14.
23. **Casco M:** Historia de abuso y alcoholismo en un grupo de mujeres. *Psicol Social Méx* 1992; IV:167-171.
24. **Casco M, Natera G:** Comparación de las características psicosociales entre un grupo de mujeres y hombres alcohólicos. *Psicol Social Méx* 1990;III:195-199.
25. **Casco M, Natera G:** El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental* 1993;16(1):24-29.
26. **Conway T, Hu TC, Kim P, Bullon A:** Prevalence of violence victimization among patients seen in an urban public hospital walk-in clinic. *J Gen Intern Med* 1994;9(8):430-435.
27. **Cooke DJ:** Treatment as an alternative to prosecution: offenders diverted for treatment. *Br J Psychiatry* 1991;158:785-791.
28. **Cole W:** Incest perpetrators. Their assessment and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(3):689-701.
29. **Cole CM, Cory DL, McKenzie CA, May E, Meyer WJ:** Policy development for the control of sex-offending behavior. *Tex Med* 1997;93(3):65-69.
30. **Cunningham RM, Stiffman AR, Dore P, Earls F:** The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: implications for public health. *Child Abuse Negl* 1994;18(3):233-245.
31. **Curran SL, Sherman JJ, Cunningham LL, Okeson JP, Reid KI et al.:** Physical and sexual abuse among orofacial pain patients: linkages with pain and psychologic distress. *J Orofac Pain* 1995;9(4):340-346.
32. **Dalton CA, Keller M:** Child abuse: past, present, future. *J Med Assoc Gac* 1996;85(3):149-151.
33. **Del Bosque J:** Abuso sexual infantil. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, 1997.
34. **De la Garza, Aguilar. J, Díaz ME:** Elements for the study of rape. *Salud Pública* 1997;39(6):539-545.
35. **Deutsch H:** *Psychoanalysis of the sexual functions of women*. Roazen P (ed.): Karnac Books-Brunner/Mazel, 1991.
36. **Díaz ME, De la Garza J, Jiménez E:** *Violación. Perfil de la víctima, agresor y sitio en que se desarrolla*. Facultad de Medicina, UNAM. En: Memorias del I Congreso Nacional de la Federación de Sociedades Pro Salud Mental, A. C. CMN. México, IMSS, 1993.
37. **Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy Byrne PP:** A profile of medically serious suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 1996;57(12):567-571.
38. **Elliott M, Browne K, Kilcoyne J:** Child sexual abuse pre-

- vention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl* 1995;19(5):579-594.
39. **Fine P, Carnevale M:** Network aspects of treatment for incestuously abused children. En: Gordon L, O'Keefe P: *The normality of incest*. En: Burgess AW (ed.): *Rape and sexual assault*. Londres, Garland Pubs., 1985;6:70-96.
  40. **Finkelhor D:** *Abuso sexual al menor*. México, Pax, 1980.
  41. **Finkelhor D, Dzuiba LJ:** Victimization of children. *Am Psychologist* 1994;49(3):73-183.
  42. **Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA:** Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997;21(1):1-9.
  43. **Follette VM, Polusny MA, Bechtle AE, Naugle AE:** Cumulative trauma: the impact of child abuse, adult sexual assault and exposure abuse. *J Trauma Stress* 1966;9(1):25-35.
  44. **Freud S:** El malestar en la cultura. Caps. VI y VII. *Obras completas*. Freud Total. Nueva Hólade, 1996.
  45. **Freud S:** Los instintos y sus destinos. *Obras completas*. Freud Total. Nueva Hólade, 1996.
  46. **Fromm E:** *Anatomía de la destructividad humana*. 13ª ed. México, Siglo XXI, 1989.
  47. **Fromm E:** *El arte de amar*. 2ª reimp. México, Paidós, 1980.
  48. **Fromm E:** *Del tener al ser. Caminos y extravíos de la conciencia*. 1ª reimp. México, Paidós, 1992.
  49. **González G, Azaola E, Duarte MP, Lemus R:** *El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México*. UAM; UNICEF; COVAC, 1993.
  50. **González R:** *Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia*. Boletín del Colegio de México, México, 1995.
  51. **González R, Rosas L, Meléndez Z:** *Incesto*. Memorias del Congreso Nacional de Familias. Hermosillo, 1997.
  52. **González R, Rosas L:** Violencia sexual. En: Díaz Martínez J, Rubio Aurióles E: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, 1997.
  53. **Graff IS, Gjervig T, Lund Larsen PG, Hjemmen A, Dalgard OS et al.:** Social network, alcohol drinking habits and injuries caused by violence among women and men in the county of Akershus. Results from anonymous questionnaires among persons aged 40-42 years. 1990-91. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;112(28):3579-3583.
  54. **Green AH:** Comparing victims and adult survivors; clues to the pathogenesis of child sexual abuse. *J Am Acad Psychoanal* 1995;23(4):655-670.
  55. **Green AH:** Impact of sexual trauma on gender identity and sexual object choice. *J Am Acad Psychoanal* 1994;22(2):283-297.
  56. **Green AH, Kaplan MS:** Psychiatric impairment and childhood victimization experiences in female child molesters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(7):954-961.
  57. **Harvey EM, Rawson RA, Obert JL:** History of sexual assault and the treatment of substance abuse disorders. *J Psychoactive Drugs* 1994;26(4):361-367.
  58. **Hillman R, O'Mara N, Tomlinson D, Harris JR:** Adult male victims of sexual assault: an underdiagnosed condition. *Int J STD AIDS*. 1991;2(1):22-24.
  59. **Hoff LA:** *Violence issues: an interdisciplinary curriculum guide for health professionals*. Canada, Health Canada, 1994.
  60. **Horowitz AN:** *The clinical detective. Technics in the evaluation of sexual abuse*. W. W. Norton, 1992.
  61. **Huerta L:** *Comorbilidad en trastornos psiquiátricos en pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia*. Tesina para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría. Delegación Norte 2. Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. México, 1998.
  62. **Hutchings PS, Dutton MA:** Sexual assault history in a community mental health center clinical population. *Community Ment Health J* 1993;29(1):59-63.
  63. **Irwin C, Falsetti SA, Lydiard RB, Ballenger JC, Brock CD et al.:** Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Clin Psychiatry* 1996;57(12):576-578.
  64. **Jarvis TJ, Copeland J:** El abuso sexual como un predictor de comorbilidad psiquiátrica y sus implicaciones para el tratamiento de las adicciones y el alcoholismo. *Drug Alcohol Depend Ireland* 1997;1(59):117-121.
  65. **De Scaaf K, McCanne A:** *La relación entre el abuso en la infancia, de tipo sexual y físico, y la combinación de ambos, con la victimación en la adultez y el desorden de estrés post-traumático*. Londres, Price, 1998.
  66. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. William & Wilkins, 1994.
  67. **Kermani J, Castaneda R:** Psychoactive substance use in forensic psychiatry. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996;22(1):1-27.
  68. **Lane RC, Hull JW, Foerhrenchbach LM:** The addiction to negativity. *Psychoanal Rev* 1991;78(3):391-410.
  69. **Lisak D, Hopper J, Song P:** Factors in the cycle of violence: gender rigidity and emotional constriction. *J Trauma Stress* 1996;9(4):721-743.
  70. **Luthar SS, Walsh KG:** Treatment needs of drug-addicted mothers. Integrated parenting psychotherapy interventions. *J Subst Abuse Treat* 1995;12(5):341-348.
  71. **Lyman J, Gidycz A Lynn J:** Unacknowledged versus acknowledged rape victims: situational factors and posttraumatic stress. *J Abnorm Psychol* 1996;105(1):124-131.
  72. **Mazza D, Dennerstein L:** Psychotropic drug use by women: could violence account for the gender difference? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17(4):229-234.
  73. **Mazza D, Dennerstein L, Ryan V:** Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust* 1996;164(1):14-17.
  74. **McCartney R, Severson K:** Sexual violence, post-traumatic stress disorder and dementia. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(1):76-78.
  75. **Messer K, Clark KA, Martin SL:** Characteristics associated with pregnant women's utilization of substance abuse treatment services. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996;22(3):403-422.
  76. **Miller A, Maguin E, Downs R:** Alcohol, drugs, and violence in children's lives. *Recent Dev Alcohol* 1997;13:357-385.
  77. **Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP:** The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994;165:35-47.
  78. **Ornduff SR, Freedendfeld RN, Kelsey RM, Critelli JW:** Object relations of sexually abused female subjects: a TAT analysis. *J Pers Assess* 1994;63(2):223-238.
  79. **Padgett K, Struening L:** Victimization and traumatic injuries among the homeless: associations with alcohol, drug, and mental problems. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(4):525-534.

80. **Parlavecchio L, Gattoni T:** Antisocial personality disturbance and sex offense. Psychodynamic, clinical and psychiatric-forensic considerations in a clinical case. *Minerva Psych* 1993;34(4):259-270.
81. **Peters KR, Maltzman I, Viollene K:** Abuso infantil en padres de adolescentes que abusan del alcohol y otras sustancias. *Int J Addict* 1996;3(7):125-128.
82. **Price M:** The impact of incest on identity formation in women. *J Am Acad Psychoanal* 1993;21(2):213-228.
83. **Ramos L:** *Las adicciones más que un problema de salud pública.* Trabajo presentado en el Panel Foro: Impacto Social de las Adicciones I. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, 1997.
84. **Ramos L, Saldívar G, Medina MME, Rojas E, Villatoro V:** *Prevalencia del abuso sexual en estudiantes y su relación con el abuso de drogas.* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. México, IMP, 1998.
85. **Ramos L, Saldívar HG, Medina MME, Rojas GE, Villatoro VJ:** Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas y malestar depresivo. *Salud Pública de México* 1998.
86. **Rentoul L, Appleboom N:** Understanding the psychological impact of rape and serious sexual assault of men: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997;4(4):267-274.
87. **Rice R:** Child/adult abuse. *Home Health Nurse* 1994;12(5):69.
88. **Souza y Machorro M:** *Educación en salud sexual para personal de salud.* Programa de Actualización Continua. México, Asociación Psiquiatría Mexicana, 2001.
89. **Rodríguez N, Ryan SW, vande Kemp H, Foy DW:** Post-traumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):53-59.
90. **Roesler TA:** Reactions to disclosure of childhood sexual abuse. The effect on adult symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(11):618-624.
91. **Romero M, Gómez C, Ramiro M, Díaz A:** Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud Mental* 1997;20(2):38-46.
92. **Romero MMP, Gómez C, Medina MME:** *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social.* Ponencia presentada en: El impacto del abuso de las drogas en la mujer y la familia. Reunión de grupo de Consulta. Montevideo, 1996.
93. **Rojas VM:** *Asociaciones entre consumo de sustancias psicoactivas en mujeres y la conducta de prostitución.* Cuadernos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1999.
94. **Savin WRC:** Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay males, and bisexual youths: associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(2):261-269.
95. **Sege R, Stigol C, Perry C, Goldstein R, Spivak H:** Intentional injury surveillance in a primary care pediatric setting. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(3):277-283.
96. **Simkin RJ:** Women's health: time for a redefinition. *Can Med Assoc J* 1995;152(4):477-479.
97. **Sloan LM:** Revictimization by polygraph: the practice of polygraphing survivors of sexual assault. *Med Law* 1995;14(4):255-267.
98. **Sorenson SB, Saftlas AF:** Violence and women's health. The role of epidemiology. *Ann Epidemiol* 1994;4(2):140-145.
99. **Souza y Machorro M:** *Aspectos psicodinámicos del recidivismo de la violencia sexual y los agresores sexuales. Generalidades para su manejo.* Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 1977-1999. México, 1999.
100. **Souza y Machorro M:** Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina. *Rev Fac Med UNAM* 1988;31;3:61-68.
101. **Souza y Machorro M:** *Dinámica y evolución de la vida en pareja.* México, El Manual Moderno, 1996.
102. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría* 1998;2;14(3):100-106.
103. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
104. **Souza y Machorro M:** *Educación en salud sexual para personal de salud.* Programa de Actualización Continua. México, Asociación Psiquiatría Mexicana, A. C., 2001.
105. **Souza y Machorro M:** *Memorias del seminario Aspectos psicosociales de la sexualidad.* Palacio de la Antigua Escuela de Medicina. México, Facultad de Medicina, UNAM, 1986.
106. **Souza y Machorro M:** *Realidad clínica de la violencia sexual.* Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 1977-1999. México, 1999.
107. **Souza y Machorro M:** Sociedad y enajenación: adicciones. En Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos.* México, Ciencia y Cultura Latinoamericana, 2000.
108. **Souza y Machorro M, Rochín GG:** Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría* 1999;5(2):28-33.
109. **Souza y Machorro M:** *Violencia sexual y psicotrópicos.* Subdirección de Investigación y Enseñanza en Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones. FINCA. México, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, 1999.
110. **Stein JA, Newcomb MD, Bentler PM:** Psychosocial correlates and predictors of AIDS risk behaviors, abortion, and drug use among a community sample of young adult women. *Health Psychol* 1994;13(4):308-318.
111. **Steinhausen HC:** Children of alcoholic parents. A review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995;4(3):143-152.
112. **Stoller RJ:** *Perversion and near perversions in clinical practice.* New psychoanalytic perspectives. New Haven, Yale University Press, 1991.
113. **Stuart I, Gree J:** *Victims of sexual aggression: treatment of children, women and men.* Van Nostrand Reinhold, 1984;5:75-90.
114. **Teets M:** The incidence and experience of rape among chemically dependent women. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(4):331-336.
115. **Theido K:** Taking a hit: pregnant drugs users and violence. *Contemp Drug Problems* 1995;22:663-686.
116. **Urquiza AJ, Goolin JBL:** Child sexual abuse and adult revictimization with women of color. *Violence Vict* 1994;9(3):223-232.
117. **Vidrio M:** *Un estudio descriptivo del abuso sexual en Guadalajara. Violación, incesto, atentado al pudor y estupro.* Universidad de Guadalajara, 1991.
118. **Warden DL, Labbate LA, Salazar AM, Nelson R, Sheley E et al.:** Posttraumatic stress disorder in patients with trau-



- matic brain injury and amnesia for the event. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997;9(1):18-22.
119. **Weaver TL, Clum GA:** Interpersonal violence: expanding the search for long-term sequelae within a sample of battered women. *J Trauma Stress* 1996;9(4):783-803.
  120. **Widom S, Kuhns B:** Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. *Am J Public Health* 1996;86(11):1607-1612.
  121. **Wilt S, Olson S:** Prevalence of domestic violence in the United States. *J Am Med Women's Assoc* 1996;51(3):77-82.
  122. **Wyatt GE, Guthrie D, Notgrass CM:** Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J Consult Clin Psychol* 1999;60(2):167-173.
  123. **Yellowlees PM, Kaushik AV:** A case-control study of the sequelae of childhood sexual assault in adult psychiatric patients. *Med J Aust* 1994;160(7):408-411.
  124. **Zalce M:** *Violación*. En: *Memorias de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana*. México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 1980.
  125. **Zierler S, Feingold L, Laufer D et al.:** Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health* 1991;81(5):572-575.
  126. **Nesvold H:** When a clinician becomes a medical examiner. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994;114(11):1309-1313.
  127. **Price M:** The impact of incest on identity formation in women. *J Am Acad Psychoanal* 1993;21(2) 213-228.
  128. **Hoon EF, Hoon PW:** Styles of sexual expression in women: clinical implications of multivariate analyses. *Arch Sex Behav* 1978;7(2):105-116.
  129. **Rice ME, Harris GT:** Cross-validation and extension of the violence risk appraisal guide for child molesters and rapists. *Law Hum Behav* 1997;21(2):231-241.
  130. **Gratzer T, Bradford JM:** Offender and offense characteristics of sexual sadists: a comparative study. *J Forens Sci* 1995;40(3):450-455.
  131. **Bell MD, Vila RI:** Homicide in homosexual victims: a study of 67 cases from the Broward County, Florida, Medical Examiner's office (1982-1992) with special emphasis on "overkill". *Am J Forensic Med Pathol* 1996;17(1):65-69.
  132. **Richards L, Rollerson B, Phillips J:** Perceptions of submissiveness: implications for victimization. *J Psychol* 1991;125(4):407-411.
  133. **Eckert WG, Katchis S, Donovan W:** The pathology and medicolegal aspects of sexual activity. *Am J Forensic Med Pathol* 1991;12(1):3-15.
  134. **Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF:** Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med* 1992;21(6):727-731.
  135. **Bryant WG, Panico S:** Physicians' legal responsibilities to victims of domestic violence. *NC Med J* 1994;55(9):418-421.
  136. **Wong MT, Lumsden J, Fenton. GW, Fenwick PB:** Electroencephalography, computed tomography and violence ratings of male patients in a maximum-security mental hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(2):97-101.
  137. **Ter Braak EM:** Sexual violence observed in family practice. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136(50):2467-2471.
  138. **Shaw JA, Campo Bowen AE, Applegate B, Pérez D, Antoine LB et al.:** Young boys who commit serious sexual offenses: demographics, psychometrics, and phenomenology. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993;21(4):399-408.
  139. **Goodman LA, Dutton MA, Harris M:** Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(4):468-478.
  140. **Ranieri CS:** Alcohol-related sexual assault. *Trends Health Care Law Ethics* 1995;10(3):37-40,16.
  141. **Beckman LJ, Ackerman KT:** Women, alcohol, and sexuality. *Recent Dev Alcohol* 1995;12:267-285.
  142. **Andreev VV, Bykhovskaia OA, Bogdanova LE, Kossovoi AL:** Sex crimes committed by family members against children and adolescents. *Sud Med Ekspert* 1995;38(1):13-14.
  143. **Rodríguez CR:** Delinquentes sexuales. En: Díaz Martínez J, Rubio AE: *Manejo clínico de la problemática sexual*. Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3. México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, 1997.
  144. **Ahrens R:** Androcur (cyproterone acetate) in sex offenses follow-up of psychiatric admissions. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991;142(2):171-188.
  145. **Menghini P, Ernst K:** Anti-androgen treatment in a retrospective evaluation of 19 sex offenders. *Nervenarzt* 1991;62(5):303-307.
  146. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994.
  147. **Meyer WJ, Cole C, Emory E:** Deprovera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992;20(3):249-259.
  148. **Alexander M, Gunn J, Cook DA, Taylor PJ, Finch J:** Controversies in treatment: should a sexual offender be allowed castration? *BMJ* 1993;307(6907):790-793.
  149. **Brown DW:** Felonious sex crime: the possibility of unilateral cerebral irradiation for the offenders. *Med Hypotheses* 1995;45(4):383-385.
  150. **Quadrio C:** Sex and gender and the impaired therapist. *Aust NZJ Psychiatry* 1992;26(3):346-363.
  151. **Hanson KA, Gidycz CA:** Evaluation of a sexual assault prevention program. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(6):1046-1052.
  152. **Hanson RK, Steffy. RA, Gauthier R:** Longterm recidivism of child molesters. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(4):646-652.
  153. **Moncrieff J:** Association between sexual and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994;164(6):847.
  154. **Miller NS, Gold MS:** Criminal activity and crack addiction. *Int J Addict* 1994;29(8):1069-1078.
  155. **Miller BA, Maguin E, Downs WR:** Alcohol, drugs, and violence in children's lives. *Recent Dev Alcohol* 1997;13:357-385.
  156. **Vereen D:** *Comunicación personal*. Sesión de Trabajo con el Dr. Donald Vereen del National Institute of Drug Abuse en la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de Centros de Integración Juvenil, A. C. 28 de mayo de 1997.
  157. **Newlin DB:** A behavior-genetic approach to multiple chemical sensitivity. *Environ Health Perspect* 1997;105(Suppl 2):505-508.
  158. **Brady KT, Lydiard RB:** Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(1):17-22.
  159. **Brady KT, Casto S** Substance abuse in a inpatient psychiatric sample. *A J Drug Alcohol Abuse* 1991;17: 389-397.
  160. **Brady KT:** *Substance abuse and bipolar disorder*. Mental Health Forum. Medscape. Online coverage from 9<sup>th</sup> Annual U. S. Psychiatric Mental Health Congress, 1997.

161. **Burgess AW:** Adaptative strategies of recovery from rape. *Am J Psych* 1979;136:1282.
162. **Hayman CR, Lanza A:** Sexual assault on women and girls. *Am J Obstet Gynecol* 1991;109:408-486.
163. **Nadelson C:** *Crisis intervention for rape victims. Manual of psychiatric therapeutics.* Shader RI (ed.), 1994.
164. **Mezey GC:** Rape, victimology and psychiatric aspects. *Brit J Hosp Med* 1985;28:52-158.
165. **Souza y Machorro M:** *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina.* México, Trillas, 2000.
166. **Souza y Machorro M:** *Dinámica y evolución de la vida en pareja.* México, El Manual Moderno, 1996.



## **Mass media y psicopatología: violencia, sexo y drogas\***

Existe una clara aunque volátil confluencia entre información social, cultura y psicopatología que no suele ser identificada por la mayoría de las personas. Pero, de observarse, tal confluencia es reconocible como proveniente de todos los vectores de socialización, no sólo de la escuela, la familia o las amistades en forma aislada, sino de su conjunto.<sup>1</sup>

Participan en ello muy especialmente los medios masivos de información, equívocamente llamados de comunicación; pues para serlo, de acuerdo con la *teoría de la comunicación humana*, de Watzlawick, han de cumplir con la condición que la define: la circularidad entre emisor y receptor —vía canal—, misma que no se establece con la sola emisión de un mensaje, como suponen quienes así la denominan. Comoquiera que sea, la indeseable confusión de los contenidos de los mensajes (llamados actualmente “infomerciales”) diverge en muchos casos de la verdad y deviene un serio obstáculo para detener el desarrollo de procesos mórbidos que impactan indistintamente en el desarrollo personal, el familiar y el social.<sup>2</sup>

Debido a las nuevas y cambiantes situaciones cotidianas que viven las grandes urbes y todos aquellos conjuntos gregarios donde fluye la información —particularmente en un mundo cada vez más globalizado—, se requiere una selección adecuada, por parte de padres y educadores, de la información que reciben las personas, y a la vez, disponer de una guía familiar que permita convenientemente el enriquecimiento cultural de la población infantojuvenil en la materia, bajo la premisa de informar o simplemente entretener —lo cual no riñe con educar—, sin afectar su salud mental.<sup>3</sup>

A partir de la preocupación de mejorar los contenidos de la información comunitaria a través de los medios y transformarla en acción social educativa y eficaz dirigida a la salud mental —y de modo más especial, a la sexualidad—, entre las personas en crecimiento se han desarrollado en muchas partes del mundo diversas actividades que determinan el grado de validez y conveniencia de los mensajes en relación con las distintas materias, lo cual incluye la enseñanza saludable de las poblaciones escolarizadas. Así, por ejemplo, los grupos científicos y sus representaciones sociales han mostrado su presencia en cursos, foros, talleres y todo tipo de actividades destinadas a comunicar contenidos especialmente diseñados para promover y mantener la educación para la salud, diseminando ciertos contenidos escogidos de sus materias, como los psicosociales, los biológicos y los sociolegales en torno de la salud sexual, contra la violencia en todas sus manifestaciones, y a favor de la familia y su insustituible papel formativo-cohesivo de la trama social.<sup>4</sup> Los profesores participantes han llegado a múltiples conclusiones, entre las cuales destaca la necesidad de profundizar y mantener el contacto con los grupos especializados, toda vez que se considera que los grupos sociales tienen muy distintos niveles de conocimiento de la ciencia y su enfoque de los problemas individuales-colectivos.<sup>3</sup>

Al respecto, se señala la existencia de una especie de analfabetismo científico que predomina en la mayor parte de las comunidades, las cuales, impulsadas por la información promovida por los *mass media*, si bien se enteran de ciertos descubrimientos y noticias relevantes de la actividad científica, ignoran el contenido y orien-

\* Reunión internacional “Globalización, enajenación y carácter”. Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C. IMPAC. México, 2005.

tación que da cuerpo a tales trabajos y, por lo tanto, su correcta aplicación. Tal chabacanería, como afirma Carlos Fuentes al referirse a cierta difusión noticiosa responsable de la “banalización de la cultura”, deriva del incompleto e incorrecto manejo del conocimiento a manos de los comentaristas y conductores de los medios, salvo algunas honrosas excepciones. Ello se muestra, por ejemplo, en la forma como se habla del genoma humano, que tan a menudo y fuera de contexto se asocia al fenómeno de la clonación como algo que puede *per se* incidir en afectar la vida de las personas, y obviando sus aspectos preventivos y terapéuticos, se quiere colegir como “una seria amenaza a la estabilidad de pueblos y países”... En esa dirección, los científicos se han pronunciado en contra de considerar que la noticia, especialmente la científica, sea sólo “una noticia” sin aplicación ni beneficio, dado el mal manejo —no tan infrecuente— que se le propina, lo cual refleja insuficiente conocimiento y asesoría respecto de los temas que se divulgan, amén de la incorrecta forma en como se lanzan “al aire” sus mensajes. Nótese, por ejemplo, que muchos de los comunicadores distorsionan el lenguaje con extranjerismos, o presentan con imprecisiones y defectos gramaticales la información noticiosa (empleo de adjetivos en lugar de verbos, uso inapropiado de las preposiciones o conjugación de los verbos sólo en presente y en pasado, entre otras muchas pifias). De modo que la insustituible labor de “puente” entre la información científica y su apropiada diseminación a la comunidad es una tarea aún por consolidar que reclama un periodismo científico de mejor presencia y calidad.

De ahí, por ejemplo, que algunos escritores e investigadores participen periódicamente en la labor informativa y, por otra parte, se desarrollen en la literatura mundial diversos trabajos de investigación dirigidos a revisar el impacto de los *mass media* en las poblaciones vulnerables.<sup>3</sup>

Los distintos grupos de trabajo aludidos también han mostrado interés en ubicar y describir los esfuerzos educativos, las políticas que los dirigen y los contenidos científicos que los integran, para hacer de las “cápsulas informativas” o de los programas adecuados mensajes de utilidad instructiva. Dicha literatura, además de proveer el contexto histórico comparativo en el que se enmarcan las acciones, ha logrado categorizar, para su mejor abordaje, las distintas investigaciones por las fuentes que representan, como son televisión y cine, música y videos de rock, publicidad, juegos de video y de computadora e Internet, todos ellos en su carácter de elementos integrantes de la dieta diaria de la población infantojuvenil de casi todos los países de cierto nivel socioeconómico, como México.<sup>3</sup> Así, desde el punto de vista histó-

rico, cabe enfatizar que la revisión del tema ha sido del interés de los profesionales de la salud mental en distintos países.<sup>5,6</sup> Las investigaciones realizadas a lo largo de 20 años<sup>7</sup> han mostrado los múltiples efectos de la TV sobre la cognición y conducta de los jóvenes, que abarca un amplio espectro: desde tópicos como el desarrollo cognoscitivo y la obesidad hasta la conducta agresiva y la violencia, el uso de drogas, el suicidio, la actividad sexual y la promoción de estereotipos, entre muchos otros.

Desde este enfoque, la investigación se ha orientado hacia la TV y el cine, básicamente a través del análisis de sus contenidos y patrones, con la premisa de una amplia aceptación social promovida por el interés comercial de ellos respecto de la cual afirman: “los niños se benefician de su observación, pues ganan conocimiento, aprenden conductas y sistemas de valores, altamente significativos, debido a tal exposición”. Sin embargo, conviene destacar que tales sistemas axiológicos ajenos a los mexicanos no necesariamente adaptables a esta condición idiosincrásica, ni mejores que los nacionales, los hace por de pronto cuestionables. Considérese, a guisa de ejemplo, acerca del impacto de los medios sobre la población beneficiaria de ciertos mensajes, que en 1996 la Asociación Americana de Médicos produjo la *Guía médica para la violencia en los medios*,<sup>8</sup> en la que se planteó el correlato entre exposición a los *mass media* y el desarrollo de conductas violentas, y que llevó a los profesionales a desarrollar actividades específicas, dirigidas a instruir tanto a los pacientes como a sus familiares, respecto de cómo manejar los contenidos provocadores que tan menudo observan, con miras a disminuir los brotes epidémicos de violencia.<sup>8</sup> Más tarde, al evaluarse el impacto creciente de tal fenómeno, se ha podido entender y clarificar merced a varias acuciosas revisiones<sup>9</sup> que detallan las investigaciones, artículos populares, publicaciones gubernamentales y los sondeos y encuestas sociales disponibles. De modo que la aglutinación de los datos permite conocer *grosso modo* el papel que desempeñan los familiares, los profesionales de la salud y la educación, y el del personal que labora en los medios, así como las posibles soluciones que sugieren las autoridades involucradas en el problema. En esa dirección, la Academia Americana de Pediatría publicó las políticas y recomendaciones que consideró pertinentes en relación con las investigaciones realizadas, el efecto educativo de los medios sobre niños y jóvenes, el impacto de la música y los grupos de rock, los videos y demás materiales, la sexualidad normal, la importancia de la anticoncepción juvenil, y la TV y la publicidad destinada a grupos infantojuveniles.<sup>3</sup>

También se han diseminado otros esfuerzos por parte de otros organismos de salud y educativos a causa de su

preocupación por neutralizar los deletéreos efectos sobre la población menor, que junto con otros países, como Canadá, Gran Bretaña, Australia y algunos de Latinoamérica, han diseñado temas curriculares para ser insertados en la currícula de la educación elemental, así como políticas gubernamentales para informar adecuadamente acerca de este preocupante problema de la desinformación educativa —y en su caso, contraeducación— producida por los medios.<sup>3</sup>

Desde la década de 1990, la aparición de varios textos sobre el tema ha hecho que las distintas sociedades científicas colaboren en la tarea educativa cubriendo varios ángulos,<sup>10</sup> y cuyo debate ha aparecido en las revistas científicas como reflejo de la preocupación de investigadores como D. Zillman,<sup>11</sup> uno de los autores más representativos de la sociedad estadounidense de los últimos años, quien ha extendido sus estudios y comentarios a los efectos eróticos y pornográficos que muestran los materiales regularmente exhibidos en los medios. En el mismo tenor, dice J. Gimón: “existe una indefinición conceptual entre los términos erotismo, lascivia, obscenidad y pornografía, por lo que es preciso señalar la confusión entre lo psicopatológico y lo ideológico a la hora de evaluar los posibles perjuicios de la pornografía sobre los jóvenes y sobre la dignidad de la mujer”.<sup>12</sup> De ahí que se torne altamente recomendable que los profesionales de la salud, en sus distintos niveles de actuación, colaboren lealmente con los sistemas asistenciales al enfrentarse a estos fenómenos, siempre que los programas en que intervienen no choquen con sus concepciones éticas. Y como es muy frecuente asociar la pornografía a la violencia sexual y a toda clase de delitos, los padres, educadores y profesionales de la salud se ven indecisos a la hora de adoptar posturas más o menos tolerantes o represivas ante este fenómeno, impulsados por una presión social desmedida. Luego entonces, la dificultad deriva de una indefinición conceptual, de una confusión entre lo psicopatológico y lo ideológico, y de una reticencia de los estudiosos del tema a adoptar posturas moralistas en nuestras sociedades, que se pretenden laicas, democráticas y permisivas. Comoquiera que sea, existen datos sobre la posible nocividad de la pornografía que, aunque no son definitivos científicamente, hacen recomendable que en este tema, y quizá en otros similares, los profesionales adopten una postura de prudente reserva.<sup>12</sup>

En relación con la TV y el cine, dos interesantes revisiones publicadas en la década de 1990<sup>13</sup> examinaron 28 trabajos relacionados con la violencia mostrada por niños y adolescentes vinculados a la exposición de estos medios, y analizados en sus conductas e interacciones sociales posteriores. Los autores concluyeron que la ex-

posición a los materiales violentos que regularmente proyectan aumenta las interacciones violentas con extraños, con los compañeros de clase e incluso con los amigos. De igual forma, el análisis de 217 estudiantes entre 1957 y 1990 enfatiza la participación televisiva en la producción de conductas violentas y antisociales.<sup>1,14</sup> De las personas que participaron —con rangos de edad entre los 3 y los 70 años—, 85% de ellas se ubicaron entre los 6 y los 21 años, y su análisis reveló una significativa correlación entre la exposición al material violento y la producción de conductas agresivas sin importar la edad, aunque se mostraba menos violento el personal cuanto menor era su edad, tal como ocurrió entre niños preescolares. Así se corroboró la presunción de que el efecto sobre los varones se torna casi siempre ligeramente más pronunciado que en las mujeres. Los efectos erótico y erótico y violento combinado fueron mayores que lo apreciado en los programas, con la notoria consecuencia de producir conductas sexuales indiscriminadas y de riesgo, que se asumen *ipso facto* en la vida actual y que permanecen aún en la vida futura.<sup>15,16</sup>

Por su parte, las investigaciones en torno a la TV se justifican ampliamente con tan sólo señalar que son los niños los que más tiempo gastan en ello —más de 21 h por semana—, y que este medio alcanza a las poblaciones de menor edad de la comunidad.<sup>17</sup> Además, la rápida proliferación en el mercado tecnológico de los últimos años de la videograbadora, la expansión de la TV por cable y los canales de películas incrementaron dramáticamente la diversidad de las audiencias juveniles y sus familias, lo que ha colaborado a la pérdida de la distinción entre TV y cine,<sup>18</sup> incorporando así ambas en un solo elemento indistinguible, la audiovisual experiencia (grabada o filmica) en sustitución parcial o total de la realidad, lo cual —he aquí lo grave del asunto— es un subestimado aunque insidioso y constante factor patológico de gran influencia en la vida cotidiana de esas audiencias. Este psicopatológico fenómeno colectivo, aunque se ha menospreciado a lo largo de los años en muchos grupos socioculturales como el nuestro (por falta de apropiada discriminación supeditada a la ignorancia con la que se juzga, y que promueve su conformidad), es tan inadecuado como el concepto de “normalidad” que pretende establecerse con ello, merced a su sola cotidiana presencia. Muchos profesionales de la conducta y educadores disienten patentemente al respecto: normal y saludable en este caso no son sinónimos.<sup>4</sup>

De ello deriva precisamente que en torno de la violencia y la agresividad se hayan realizado investigaciones *ex profeso*. Tal es el caso de un acucioso estudio que examinó más de 10 000 h de programación de una amplia variedad de canales, TV por cable y TV regular a

todas horas del día de tres años consecutivos, de 1994 a 1997, el cual señaló una particular consistencia en los resultados año con año, con una alarmante cantidad de violencia.<sup>19-21</sup> Las estimaciones indican que cada observador que estuviera en tal lapso recibió por lo menos 10 000 impactos de actos de violencia por año. Se señaló que:

- a. El 61% de los programas tienen algún tipo de contenido violento.
- b. El tipo y contexto de violencia fue igualmente consistente cada año.
- c. El 26% de las interacciones violentas ahí exhibidas involucraron armas.
- d. El 38% de los actos violentos fueron cometidos por agresores “atractivos”, es decir, personas cuya apariencia y personalidad prototípica de la cultura los presenta como objetos “ideales para la identificación”.
- e. Más de 50% de los actos violentos no mostraron pena, dolor o molestia asociada a la violencia.
- f. El 75% de los actos violentos exhibieron una flagrante ausencia de pesar, remordimiento, arrepentimiento o crítica por la violencia cometida.
- g. Contrario a lo esperado, 41% de las acciones destructivas se acompañaron de humor o indiferencia por el dolor propiciado a otros.<sup>22</sup>

Las conclusiones del estudio indicaron que la violencia televisiva contribuye en forma determinante a producir conductas antisociales en los observadores, que los tres efectos primarios que aparecen al observar violencia televisiva son: el aprendizaje de las actitudes y conductas agresivas, la desensibilización frente a la violencia, y el miedo a ser victimado en forma violenta por otros. Todo ello, claro está, considerando que no todos los actos de violencia observados son del mismo grado ni representan el mismo riesgo de producir efectos dañinos.<sup>21</sup>

Por otro lado, las consecuencias de la violencia televisiva a lo largo de la vida en los próximos 20 años, calculadas por mediciones estimativas, indican con base en la experiencia acumulada en el manejo de casos que los niños expuestos a ella mostrarán cuando adultos algún recuerdo activo incorporado a su estilo de vida. Véanse, por ejemplo, los estudios que compararon los índices de homicidio en Sudáfrica antes de la llegada de la TV en 1975 y en 1987, respectivamente, que indican que de 25 por 100 000 se incrementaron 130% con cifras de 5.8 por 100 000. A partir de tales resultados, los autores del estudio hipotetizan que, de no haberse introducido la TV en esa comunidad, las cifras de homicidios, violaciones y delitos agresivos ligados al consumo de psicotrópicos

habrían permanecido muy posiblemente en el marco de una prevalencia menor.<sup>22</sup>

Otras consecuencias de la exposición a la TV señaladas en la literatura a través de investigaciones *ad hoc* son respecto de la presencia de pesadillas, alucinaciones, ansiedad generalizada, miedo a estar solo y sentimientos de temor a lo desconocido, sentimientos ansiosos, abandono de amistades y faltas repetidas a la escuela y abandono escolar definitivo, entre otros traumas psíquicos, entre la población infantojuvenil.<sup>23</sup> Las personas que refieren preferencia por programas de acción y peleas son precisamente aquellas que reportan más altos niveles de estrés y presentan, a la vez, una más amplia variedad de conductas violentas. En los adolescentes, por ejemplo, la exposición videofílmica se ha ligado a la presentación de conductas de riesgo contra la salud,<sup>24</sup> referentes tanto al consumo de pornografía y la realización de conductas sexuales sin protección específica como al consumo de psicotrópicos legales (alcohol, tabaco) e ilegales (mariguana, cocaína, etc., y sus combinaciones),<sup>25,26</sup> desafío a la autoridad, robos de diferente índole, abandono escolar, práctica de buceo y deportes extremos, y conducir autos a alta velocidad sin permiso de los padres o dueños, entre otros. De hecho, tales conductas se incrementan estadísticamente en aquellas poblaciones que más frecuentemente escuchan radio y miran programas de TV, usan videojuegos o ven películas televisadas, todo ello sin considerar otros elementos participantes en este fenómeno, como el que no se cuente, o bien se desatienda, la guía educativa de los padres y educadores; el nivel educativo, el género y otras recomendaciones para la selección de los programas.<sup>25,26</sup>

Otro importante asunto relacionado con el tema es la promiscuidad sexual que resulta de la observación continua de la TV, la cual fue señalada atinadamente en distintos trabajos internacionales de los últimos años. Kundel demostró la presencia de algún tipo de contenido sexual en más de 50% de los programas. Y cuando se trata de una programación integrada por los denominados *prime shows*, la cantidad estimada asciende a 66%. De éstos, sólo 9% presentan algún posible riesgo o responsabilidad por la conducta sexual o aluden a la anti-concepción, protección o medida de seguridad para la prevención de embarazos juveniles no deseados. Así, 76% de los jóvenes que observaron el material televisivo en la encuesta de este autor indicaron estar convencidos de que la razón personal para el despliegue de algún tipo de conducta sexual es el modelo por seguir que se propone implícitamente, a causa de la forma y facilidad con que se ve que se hace en la TV y en las películas.<sup>27</sup> Paralelamente, la afectación propinada a las relaciones familiares e interacción también se ha derivado de los

estudios *ad hoc* de quienes ven TV,<sup>28</sup> estudiándose esencialmente el tipo de abordaje para la solución de los problemas interpersonales y su repercusión familiar, y los conflictos (ya sea entre hermanos, entre padres y entre padres e hijos), punto en el que se puede observar claramente otro ángulo del problema, pues se obtiene a través de los sondeos la presencia de celos, envidias, rivalidad familiar y las distintas e inadecuadas formas de solucionar los conflictos. Las investigaciones en tal sentido han venido a mostrar, por ejemplo, que más de 30% de las situaciones de conflicto involucran a padres e hijos, 19% a esposos y 13% a hermanos.

De ahí que las estrategias integrales de salud en la actualidad consideren que la enseñanza de modelos de conducta saludable influye en la forma de abordar y resolver los problemas, prescindiendo propositivamente de los métodos o procedimientos violentos y problemáticos. Asimismo, los investigadores consideran inadecuada para la salud vincular de las personas la existencia de modelos televisivos que aporten conflictiva familiar, celos, posesividad, individualismo, autosatisfacción y falta de respeto por la autoridad familiar, representada por los padres o la persona de más edad en la familia (*Los Simpson* y otros programas), y en cambio muestran una patente tendencia a los procedimientos de solución individualista de los conflictos, como la manera más “adecuada” para el comportamiento familiar y psicosocial. En otros casos, de manera no infrecuente, se promueve abiertamente el uso de la violencia para “terminar con los problemas”<sup>29</sup> en lo que podría llamarse una “solución” adecuada (a la manera de Don Corleone, “El Padrino”).

La respuesta de temor a la violencia fue señalada en la literatura desde la década de 1980.<sup>29-33</sup> Se sabe que la mayor parte de los niños expuestos a películas de terror reaccionan posteriormente de modo negativo al material, aunque una porción de ellos las observa deliberadamente, lo cual podría tomarse como método contrafóbico para “manejar” sus miedos y “entender” con un impacto esperado (conocido), y a la vez, de obtener una experiencia emocional intensa, subestimando o minimizando los efectos a mediano y a largo plazo que les traerá dicha exposición. La experiencia ha permitido documentar que las respuestas al miedo intenso debilitarán en lo sucesivo el aparato emocional de defensa contra los actos violentos, por lo que algunas personas se irán haciendo cada vez más susceptibles de sucumbir al material agresivo intenso debido a la falta de discriminación apropiada entre lo imaginario y lo real, que se funden en una sola vivencia psíquica, trascendente paradójicamente debido a su carácter patógeno.<sup>33,34</sup> Y si tales temores no son removidos apropiadamente —vía

psicoterapia, experiencias neutralizantes satisfactorias, etc.—, se estima que sus efectos pueden ser impercederos y participar negativamente en la estructuración de la vida psíquica de los niños en su momento y después, al crecer.

Por otra parte, la música de rock y los videos musicales son materiales que se han ido convirtiendo apresuradamente en mensaje explícito y directo, tanto en sus reiteradas alusiones y representaciones del uso de drogas como en la obligada relación enfermiza que exhiben con la actividad sexual mediada por la violencia como elemento central de tal excitación anormal, es decir, parafilica.<sup>1,35</sup> En tal sentido, existe evidencia documental acerca de que dichos materiales participan de la exaltación de la violencia y, por lo tanto, de su desensibilización, la promoción de papeles sexuales estereotipados y la aceptación indiscriminada de conductas de alto riesgo para la salud. Además, han promovido la moda de los tatuajes (*tattoo*), las perforaciones en distintas partes del cuerpo (*body piercing*) como orejas, nariz, labios, mentón, mejillas, ombligo, pezones, genitales y otras superficies corporales de tronco y extremidades, y demás acciones que subestiman el respeto al cuerpo humano, exponen ante el uso de agujas compartidas su integridad frente a enfermedades transmisibles (como el VIH/SIDA) y lo agreden, deformándolo caprichosamente, en una inconsciente y alienante forma de autoagresión con el pretexto de su adorno, que resulta en algunos casos perenne, cuando no drástica y aberrante.

En la actualidad son muchas las investigaciones que correlacionan tal preferencia musical con la turbulencia emocional de los jóvenes —que muy lejos de calmarlos, los excita— y con el suicidio y otras conductas destructivas que a menudo —sin ser una regla— se ligan a patrones de consumo abusivo o dependencia de psicotrópicos (o ambos), a la conducción de vehículos a alta velocidad, promiscuidad sexual, robos en tiendas y vandalismo, etc. Los resultados de algunos estudios señalan que la asociación entre los mensajes del movimiento del rock se asocian con conductas activas y destructivas de tipo delincuencial, como la nociva y frecuente portación, por parte de menores,<sup>36-38</sup> de armas de fuego, conceptuada sólo como “búsqueda de sensaciones intensas” frente a situaciones o estados emocionales derivados del vacío existencial, la frustración e insatisfacción vital, la desesperación, enajenación, caos y las tendencias “naturales” al suicidio,<sup>39</sup> que han sido considerados por algunos autores como elementos presentes y constantes en esta subcultura juvenil.

Ahora, en relación con la publicidad televisiva, cinematográfica y editorial de productos como el alcohol y el tabaco, que en forma sistemática —desde su inicio a



mediados del siglo pasado— se ha enviado a las poblaciones juveniles, cabe señalar que se trata de una muy exitosa estrategia que inescrupulosamente ha producido cuantiosos resultados económicos. Baste señalar que tan sólo en EUA, durante 1993 se gastaron 6 billones de dólares en publicidad,<sup>40,41</sup> de lo cual se infiere que tal dispendio promocional debe poder influir en los jóvenes en la compra de los productos que promueve, porque de lo contrario no se explicaría tal intencionalidad de gasto, como en el caso de tabaco y alcohol, que los invita, reta o persuade reiteradamente a consumir.<sup>42-44</sup> En materia de bebidas de contenido alcohólico, desde la década de 1980 se ha documentado ampliamente en la literatura una significativa correlación entre ese tipo de publicidad y la modificación de creencias, actitudes y conductas destinadas a favorecer su consumo.<sup>45-47</sup>

Más tarde, en la década de 1990 se consolidó el conocimiento de los efectos de la publicidad del alcohol sobre los jóvenes,<sup>48,49</sup> dejando por fin sin pretexto a esa industria, que por muchos años se había escudado en “la falta de documentación técnico-científica para modificar sus estrategias de venta”, tanto en relación con las bebidas alcohólicas como con el tabaco. Afortunadamente para la salud pública, en ambos casos la legislación vigente en pro de la salud y el empuje de las organizaciones sociales, las sociedades científicas y demás instituciones involucradas del país han logrado ciertos importantes avances que, sin ser definitivos, van abriendo la indispensable brecha de la regulación de la publicidad sanitaria que reúne a todos aquellos productos y servicios relacionados con la salud.<sup>51</sup> Ese espíritu se recoge en la regulación sanitaria que aporta la Ley General de Salud vigente y las Normas Oficiales Mexicanas en materia de adicciones.

Los estudios aludidos, en su carácter de indicadores indirectos, midieron la cantidad de tiempo gastada mirando TV, la atención puesta en los comerciales de cerveza, marcas y estribillos publicitarios (*slogans*), creencias en torno al consumo étílico (positivas y negativas), la intención de beber cuando fueran adultos, los permisos familiares para hacerlo, las facilidades otorgadas a los jóvenes para beber, el consumo familiar de bebidas, los datos sociodemográficos y otras variables relativas a los antecedentes personales de los encuestados. Los resultados indican que los niños con mayor conocimiento de las bebidas, marcas y estribillos publicitarios muestran una mayor tendencia favorable al consumo, y en mayor número dijeron estar de acuerdo en beber cuando fueran adultos.

Destaca entre los resultados de esos trabajos el que los valores psicosociales positivos, como el romance, la socialización, la relajación y el descanso, se asociaron

indefectiblemente con el consumo de bebidas con alcohol.<sup>50</sup>

Por otro lado, la investigación en esta materia se complementa con la publicidad social hacia el consumo de tabaco a través de un extenso análisis de la publicidad televisiva entre 1990 y 1992, por el estudio de 443.7 h de transmisión que incluyeron 208 comerciales de cerveza de un total de 685 anuncios de bebidas alcohólicas. De éstos, solamente 10% de los comerciales se orientaron a la imagen del producto, el sabor o su calidad; 15% mostraron patentemente el reforzamiento del producto al vincularlo con alguna “celebridad” comunitaria, y 37% de los contenidos publicitarios los relacionaron con actividades particulares interesantes para los jóvenes, como conducir un lujoso automóvil deportivo u otras, tradicionalmente tenidas por “sensuales” y “muy atractivas”, como las de tipo acuático. Tanto las imágenes como los temas no incluyeron las recomendaciones emitidas por los organismos científicos que censuran y amonestan la publicidad de la industria cuando no describe tales actividades como peligrosas, especialmente en el consumo de bebidas de contenido alcohólico, y el reforzar las imágenes con gente conocida y respetada ofrece ostensiblemente un doble mensaje: el falso “beneficio” del consumo unido al ofrecimiento de “ser” como quien lo anuncia... Ello es especialmente cierto en aquellos comerciales que se dirigen a los jóvenes, pues tales imágenes “de prestigio” en la comunidad sirven al proceso natural y saludable de identificación psicosocial de los individuos y, por lo tanto, debe preservarse en el marco del respeto al desarrollo de uno mismo y a los demás.

De modo complementario, en relación con los juegos de video y computadora, baste señalar que, como en el caso de la publicidad televisiva, la industria de estos productos en EUA dedicó 100 millones de dólares en publicidad en 1985, y su gasto en 1994 ascendió a 7 billones.<sup>51,52</sup> Además, es necesario indicar que en promedio la población infantojuvenil pasa 4.22 h por semana viendo TV, aunque sólo 50% de los varones juegan videojuegos en comparación con 20% de las mujeres. Así, es indudable que el contenido de los videojuegos se caracteriza por la violencia, como lo demuestra el hecho de que entre 40 y 47% de los videos más populares son violentos en extremo. De hecho, llama poderosamente la atención el que pocos trabajos de investigación hayan examinado los efectos de la industria al respecto, cuyos billonarios gastos en dólares son tan elevados que indudablemente deben poseer importantes razones para dirigir sus estrategias de impacto a las poblaciones infantojuveniles.<sup>53</sup> En tal sentido, las potenciales negativas consecuencias de los juegos de video ya han sido descri-

tas en su proceso patogénico, caracterizando cinco áreas de impacto:

- a. Implicaciones cardiovasculares.
- b. Producción de convulsiones inducidas por la observación constante del aparato de video.<sup>54</sup>
- c. *Nintendonitis*.
- d. Preocupación patológica por los videojuegos.
- e. Agresión vs. conducta prosocial.<sup>54</sup>

En consecuencia, el argumento ofrecido en la aseveración de que los videojuegos son benéficos para la niñez porque incrementan la velocidad mental, la coordinación y las habilidades vasomotoras, etc., de quienes los usan, sin ser necesariamente falso no elimina ni disminuye su influencia (vía condicionamiento operante) para afectar a éstos psicopatológicamente a causa de la violencia a la que los somete.

De hecho, de entre muchas citas disponibles en la literatura, tal como se describe en el libro de D. Grossman titulado *On killing: the psychological cost of learning to kill in war and society*, de 1996,<sup>55</sup> el uso de los videojuegos en la industria militar para el entrenamiento de los soldados que irán a combate es ni más ni menos el mismo que juegan diariamente millones de niños en el planeta. Junto con ello participa el uso de computadoras y la navegación en Internet, de la que se sabe que es usada por lo menos por 90% de jóvenes con promedios de 61% de internautas, y sólo un pequeño porcentaje (14%) está conformado por quienes afirman que sus padres no los autorizan a usarla.<sup>56</sup> Considérese, al efecto, que en los últimos años se ha señalado en la literatura científica un incremento en el uso de la computadora, especialmente por aquellas personas que la usan como herramienta básica para encontrar nuevas formas de armarse, burlar la ley en alguna forma, producir materiales dañinos (bombas y explosivos) o drogas (a partir de sus precursores) a bajo costo, por lo que este tipo de uso impersonal ha sido calificado de anarquista, egoísta, individual y altamente peligroso.<sup>57</sup> Además, el hecho de que los jóvenes de la presente generación sean más adeptos de la computadoras y el uso de Internet para los más diversos fines incrementa la preocupación de los familiares, educadores y de la propia sociedad por las facilidades de acceso al ciberespacio que tendrá claramente un efecto en su crecimiento y desarrollo de potencialidades. Por ejemplo, la cantidad de materiales pornográficos que se encuentra en la “net” es sencillamente apabullante y puede además demostrarse en cualquier momento. Cualquier persona que teclee la palabra “porno” y dé un “enter” se encontrará con una incalculable cantidad de posibilidades a las cuales acceder: portal,

ventana o miles de páginas a su disposición, cuyos contenidos no disciernen entre sexualidad sana y parafílica. Esta condición, que muy deseablemente debiera en principio neutralizarse profilácticamente a efecto de obtener los mejores resultados educativos, formativos, actitudinales y conductuales, será sin duda determinante del futuro social de las comunidades y, por lo tanto, materia de preocupación, trabajos, análisis y seguimientos posteriores.

En los últimos años se ha podido documentar, por fin, lo que por mucho tiempo se sabía, pero no había corroboración técnica. Al igual que el daño que ocasiona el humo de tabaco del cigarrillo —consumido por los fumadores y los fumadores pasivos de su entorno— y su estrecha vinculación con la causa de cáncer broncogénico, cardiopatías y otros efectos nocivos a la salud, la sociedad conocía la negativa influencia de la violencia asociada a la sexualidad y el uso de drogas, exhibido cotidianamente en los medios, amén de que todo ello va unido a una poderosa influencia pedagógica que recurre a las más diversas técnicas, pero, sobre todo, a sus muy legítimos aunque nocivos objetivos comerciales. Desplorablemente para las comunidades, tales influencias no siempre cumplen los criterios de lo deseable en sentido educativo-formativo, ni tampoco lo que los propios directivos de los medios afirman que es su propósito de influencia: el *entertainment*. En tal sentido, cabe señalar que el acto de entretener no tiene por qué atentar *a fortiori* contra la salud mental de su audiencia. Y, por otra parte, ese noble acto se enriquecería de sólo adicionarle aspectos educativos como los que recomienda la UNESCO, que sin menoscabo de la intención lucrativa (que en ocasiones promueve sin escrúpulos comentarios cínicos: “Televisión para jodidos”, como lo expresó alguna vez el dueño del emporio televisivo mexicano), avalaría una auténtica actividad al servicio de la sociedad. Por lo tanto, es pertinente destacar que la TV, la computadora y sus juegos violentos, la música de rock a la que se hizo referencia y todos los mensajes convergen de alguna manera en la internalización —como fenómeno psíquico universal— que induce y mantiene, directa e indirectamente, la conducta humana.

El vertiginoso avance de la tecnología y el intrínseco movimiento asociado al cambio de siglo prevén, dadas las características observadas, un incremento en la diversificación de los aparatos y herramientas de la “diversión” en sentido competitivo, impersonal, antigregario y hostil, que diferencia y distancia a las personas entre sí, y que lejos de promover la socialización y la vida en pareja del *zoon politikon*, influye en él ahondando el argumento defensivo —de su actitud, discurso y conducta—, individual y subjetivo. Todo ello es reco-

nocido por los estudiosos del comportamiento como elementos contrarios a la salud, toda vez que son hostiles y afectan los procesos de relación y vinculación adecuados de las personas en crecimiento. Asimismo, el uso excesivo, exclusivo o preferencial de los materiales producidos por los medios, con su contenido característicamente violento y estereotipado acerca de los géneros y plagado de material sexual parafilico, insta a las personas a consumir drogas psicotrópicas con fines tóxicos, ligadas inextricablemente a una expresión sexual patológica. Esta particular condición:

- a. Documenta la tragedia humana contemporánea.
- b. Afecta la visión infantojuvenil sana del mundo.
- c. Incrementa la tendencia a tener conductas de alto riesgo para la salud.
- d. Condiciona destructivamente su capacidad para el éxito psicosocial y daña su imagen.
- e. Todo lo cual redundará en relaciones defectuosas, cuya inseguridad y ansiedad inducen el innecesario camino de diselpidia en la ruta de la parantofobia.

Los profesionales de la salud, especialmente los encargados de la salud mental de niños y jóvenes, tienden a

incorporar una revisión del uso de los medios y su influencia en la evaluación de la salud de estas poblaciones como parte de su rutina de vida, para hacer las evaluaciones y recomendaciones correspondientes. Con el incremento de la evidencia acerca de la influencia de la publicidad en los medios informativos sobre la salud de niños y jóvenes como factor de influencia directa se asciende a otro nivel antes no considerado: una deplorable influencia educativa-conductual; por lo tanto, no debe subestimarse más.

La supervisión adulta de los contenidos y programas que miran las poblaciones en desarrollo se convierte hoy en una necesidad imperativa y deja de ser, como en el siglo pasado, una simple y adecuada recomendación de los interesados en la salud mental pública. El costo actual de ignorar el impacto de los medios en la salud mental y física de niños y jóvenes es enorme, no sólo en materia de los recursos materiales y económicos que demanda su contienda, sino por la incalculable condición de todo el sufrimiento y el dolor humano que implica y que debe atenderse con toda atingencia. Afortunadamente, tal condición es susceptible de ser prevenida con la participación activa, responsable y efectiva de todos los que formamos la sociedad.

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México, Trillas, 2000.
2. **Souza y Machorro M:** Desarrollo psicosexual y educación sexual. *Ginecol Obstetr Méx* 2004;72:475-486.
3. **Villani S:** Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(4):17-34.
4. **Souza y Machorro M:** Educación sexual: una mirada retrospectiva. *Ginecol Obstetr Méx* 2003;71:195-205.
5. **Souza y Machorro M:** A propósito de la televisión y la salud mental. *Rev Fac Med UNAM* 1989;32(5):181-256.
6. **Souza y Machorro M:** Estudios actuales sobre pornografía. *Salud Mental* 1981;4(2):33-37.
7. **Dietz WH, Strasburger VC:** Children, adolescents, and television. *Curr Probl Pediatr* 1991;21:8-31.
8. **Walsh D, Goldman IS, Brown R:** *Physician guide to media violence*. Chicago, American Medical Association, 1996.
9. **Strasburger VC, Donnerstein E:** Children, adolescents, and the media: issues and solutions. *Pediatrics* 1999;103:129-13.
10. **Huston AC, Donnerstein E, Fairchild H:** *Big world, small screen: the role of television in American society*. Lincoln, University of Nebraska Press, 1992.
11. **Bryant J, Zillmann D (eds.):** *Media effects: advances in theory and research*. Hillsdale, Erlbaum, 1994.
12. **Wood W, Wong FY, Chachere JG:** Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychol Bull* 1991;109:371-383.
13. **Guimón J:** *Pornografía y salud mental. Avances en salud mental relacional*. Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE. ASMR Revista Internacional *on line* 2004;3:1.
14. **Paik H, Comstock G:** The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Commun Res* 1994;21: 516-546.
15. **Zillman D, Weaver JB:** Pornography and men's sexual callousness toward women. En: Zillman D, Bryant J (eds.): *Pornography: research advances and policy considerations*. Hillsdale, Erlbaum, 1985:95-125.
16. **Mullin CR, Linz D:** Desensitization and resensitization to violence against women: effects of exposure to sexually violent films on judgments of domestic violence victims. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:449-459.
17. **Nielsen MR:** *1998 report on television*. Nueva York, Nielsen Media Research, 1998.
18. **Bryant J (ed.):** *Television and the American family*. Hillsdale, Erlbaum, 1990.
19. **Federman J:** *National television violence study*. I. Thousand Oaks, Sage, 1996.
20. **Federman J:** *National television violence study*. II. Thousand Oaks, Sage, 1997.
21. **Federman J:** *National television violence study*. III. Thousand Oaks, Sage, 1998.
22. **Centerwall BS:** Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *JAMA* 1992; 267:3059-3063.
23. **Joshi PT, Kaschak DG:** Exposure to violence and trauma:

- questionnaire for adolescents. *Int Rev Psychiatry* 1998;10: 208-215.
24. **Klein JD, Brown JD, Childers KW, Oliveri J, Porter C et al.:** Adolescents' risky behavior and mass media use. *Pediatrics* 1993;92:24-31.
  25. **Grube JW:** Alcohol portrayals and alcohol advertising on television: content and effects on children and adolescents. *Alcohol Health Res World* 1993;7:54-60.
  26. **Grube JW, Wallack L:** Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among schoolchildren. *Am J Public Health* 1994; 84:254-259.
  27. **Kunkel D, Cope KM, Farinola WM, Biely R, Rollin E et al.:** *Sex on TV: a biennial report to the Kaiser Family Foundation (#1457)*. Washington, The Henry J Kaiser Family Foundation, 1999.
  28. **Comstock J, Strzyzewski K:** Interpersonal interaction on television: family conflict and jealousy on primetime. *J Broadcasting Electronic Media* 1990;34:263-282.
  29. **Cantor J:** Studying children's emotion reactions to mass media. En: Dervin L, Grossberg B, O'Keefe, Wartella E (eds.): *Paradigm examples. Rethinking communication*. Vol. 2. Newbury Park, Sage, 1989.
  30. **Cantor J:** Fright responses to mass media productions. En: Bryant J, Zillmann D (eds.): *Responding to the screen: reception and reaction processes*. Hillsdale, Erlbaum, 1991:169-197.
  31. **Cantor J, Hoffner C:** Children's fear reactions to a televised film as a function of perceived immediacy of depicted threat. *J Broadcasting Electronics Media* 1990;34:421-442.
  32. **Cantor J, Mares ML, Oliver MD:** Parent's and children's emotional reactions to televised coverage of the Gulf War. En: Greenberg B, Gants W (eds.): *Desert Storm and the mass media*. Cresskill, Hampton Press, 1993.
  33. **Cantor J, Omdahl BL:** Effects of fictional media depictions of realistic threats on children's emotion responses, expectations, worries, and liking for related activities. *Commun Monogr* 1991;58:384-401.
  34. **Wilson BJ, Weiss AJ:** The effects of two reality explanations on children's reactions to a frightening movie scene. *Commun Monogr* 1991;58:307-326.
  35. **Fedler F, Hall J, Tanzi L:** Popular songs emphasizes sex, deemphasize romance. *Mass Commun Rev* 1982;9:10-15.
  36. **Martin G, Clarke M, Pearce C:** Adolescent suicide: music preference as an indicator of vulnerability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:530-535.
  37. **Durant RH, Rome ES, Rich M, Allred E, Emans SJ et al.:** Tobacco and alcohol use behaviors portrayed in music videos: a content analysis. *Am J Public Health* 1997;87:1131-1135.
  38. **Rich M, Woods ER, Goodman E, Emans SJ, Durant RH:** Aggressors or victims: gender and race in music video violence. *Pediatrics* 1998;101:669-674.
  39. **Stack S, Gundlach J:** The heavy metal subculture and suicide. *Suicide Life-Threatening Behav* 1994;24: 15-23.
  40. US Federal Trade Commission: *Report to Congress for 1993 pursuant to the Federal Cigarette Labeling and Advertising Act*. Washington, 1995.
  41. **Sargent JD, Dalton MA, Beach M, Bernhardt A, Pullin D et al.:** Cigarette promotional items in public schools. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:1189-1196.
  42. **Schooler C, Feighery E, Flora JA:** Seventh graders' self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior. *Am J Public Health* 1996;86: 1216-1221.
  43. **Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC:** Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA* 1998;279:511-520.
  44. **Altman DG, Levine DW, Coeytaux R, Slade J, Jaffe R:** Tobacco promotion and susceptibility to tobacco use among adolescents aged 12 through 17 years in a nationally representative sample. *Am J Public Health* 1996;86:1590-1593.
  45. **Atkin C, Block M:** *Content and effects of alcohol advertising (Report PB-82-123142)*. Washington, Bureau of Tobacco, Alcohol, and Firearms, 1981.
  46. **Atkin C, Neurendorf K, McDermott S:** The role of alcohol advertising in excessive and hazardous drinking. *J Drug Educ* 1983;13:313-325.
  47. **Atkin PP, Eadie DR, Leather DS, McNeill REJ, Scott AC:** Television advertisements for alcoholic drinks to reinforce under-age drinking. *Br J Addict* 1988;83:1399-1419.
  48. **Grube JW:** Alcohol portrayals and alcohol advertising on television: content and effects on children and adolescents. *Alcohol Health Res World* 1993;7:54-60.
  49. **Grube JW, Wallack L:** Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among schoolchildren. *Am J Public Health* 1994;84:254-259.
  50. **Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M:** Adicciones, normatividad y terapéutica. En revisión editorial. *Psiquiatría Salud Integral* 2005.
  51. **Provenzo EF:** *Video kids: making sense of Nintendo*. Cambridge, Harvard University Press, 1991.
  52. **Funk JB:** Reevaluating the impact of video games. *Clin Pediatr* 1993;32:86-90.
  53. **Dorman SM:** Video and computer games: effect on children and implications for health education. *J Sch Health* 1997;67: 133-138.
  54. **Ferrie CD, De Marco P, Grunenwald RA, Giannakodimos S, Panyiotopoulos CP:** Videogame induced seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:925-931.
  55. **Grossman D:** *On killing: the psychological cost of learning to kill in war and society*. Nueva York, Little, Brown, 1996.
  56. Princeton Survey Research: *Teens and technology*. Princeton, Princeton Survey Research Associates, 1997.
  57. **McGee J, Debernardo K:** The classroom avenger: behavior profile of school based shooting. *J Am Coll Forensic Examiner* 1999;8:16-20.



## VIH/SIDA-adicciones

La relación entre SIDA y consumo de psicotrópicos es elemento clave para la renovación del interés en el campo de la salud mental, tanto para los trastornos derivados del uso de sustancias como en la infección por VIH. En los umbrales del nuevo milenio, los profesionales del campo se enfrentan a estas dos severas pandemias sinérgicas, cuyo escenario homosexual o heterosexual converge en conductas de alto riesgo para la salud.<sup>1,2</sup> En los últimos años, diversos organismos mundiales de salud han señalado la nociva participación de la promiscuidad en el problema,<sup>3</sup> la necesidad de mejorar la salud sexual social,<sup>4,5</sup> la atención primaria de la infección por VIH<sup>6</sup> y la evitación del embarazo adolescente<sup>7</sup> dada su posible vinculación en pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos, que tan sólo en Suiza ha hecho que sean seropositivos casi 25% de los venoadictos.<sup>8</sup>

En ello cobran una elevada importancia las actividades educativas a los pacientes<sup>9</sup> y las de trabajo comunitario,<sup>10</sup> ya que muchos de los casos juveniles presentan embarazos no deseados<sup>11</sup> en quienes carecen de instrucción sexual apropiada,<sup>12</sup> precisan de orientación profesional<sup>13,14</sup> y, en su casa, de anticoncepción<sup>15-17</sup> y manejo familiar.<sup>18</sup> Sin embargo, el personal para realizar tales actividades aún es reducido si se compara con la magnitud de la población blanco<sup>19,20</sup> y no está adecuadamente preparado. El manejo de la problemática sexual presenta dificultades<sup>21,22</sup> que durante muchos años se han desdeñado prejuiciosamente,<sup>23</sup> y tales actividades,<sup>25,26</sup> especialmente las terapéuticas,<sup>27</sup> responden a variadas causas que van desde la orientación religiosa de los involucrados, como terapeutas, orientadores y pacientes,<sup>28</sup> hasta

la deficiente preparación técnica del personal para definir el campo clínico de la sexología por tratar<sup>29</sup> y realizar anamnesis adecuadas<sup>30,31</sup> de asuntos específicos, como la anticoncepción<sup>32</sup> y las adicciones.<sup>33</sup>

El consumo de psicotrópicos se ha extendido por el mundo en forma considerable. En México se ha incrementado no sólo como práctica de experimentación, sino también en sus modalidades de abuso y adicción, generando un fenómeno sin precedentes que dibuja un “mapa funcional” nuevo, tanto respecto de la oferta como de la demanda de tales sustancias.<sup>1</sup> Hace poco tiempo parecía claro que los países industrializados y de alto ingreso *per capita* eran sociedades que se unían más al consumo de sustancias ilegales, mientras que aquéllos en condiciones más desfavorables o con menor desarrollo se consideraron sólo productores o lugares de tránsito de psicotrópicos comercializables hacia los centros de consumo.<sup>34</sup>

Este panorama ha sido modificado por diversas razones sociales, económicas y culturales. Los diferentes países —en distinta proporción— hoy en día lo mismo las consumen que las producen.<sup>34</sup> Uno de los factores que resaltan como responsables de tal condición es la diversificación de las estrategias del narcotráfico, pese a los planes y programas que conforman la lucha constante que pretende encarlarlas. Consecuentemente, los hallazgos más notables en México son los siguientes:

1. El tabaquismo y el abuso del etanol son conductas muy difundidas en la población e incluyen a niños y jóvenes.

\* I Curso de Adicciones, FINCA, México, 1999. Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M, Prado G: Binomio sida-adicciones. Un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(3):61-67.

2. La mayoría de los que consumen sustancias ilegales son hombres jóvenes, pero entre las mujeres se está presentando de manera creciente; la edad de inicio del consumo se presenta de manera cada vez más temprana (hacia los 10 años de edad).
3. La marihuana sigue siendo la sustancia ilegal de preferencia en todos los grupos de edad.
4. Aumenta y se generaliza en toda la población el uso de psicotrópicos estimulantes como la cocaína, y en grupos que tradicionalmente no la usaban, como niños y jóvenes de pocos recursos.
5. Dependiendo del grupo de población, la cocaína o los disolventes volátiles ocupan el segundo lugar de consumo, aunque estos últimos tienen tendencia a la disminución.
6. Entre los más jóvenes, el consumo de disolventes volátiles prevalece más que entre los mayores de 18 años de edad.
7. Se observa un brote epidémico de uso de heroína en la zona noroccidental del país y la aparición de algunos casos en otras regiones.
8. Se utilizan sustancias de uso médico por sus efectos psicotrópicos y con la finalidad de intoxicarse, como clorhidrato de ciclopentolato (Refractyl ofteno®) y flunitracepam (Rohypnol®), así como otros sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.
9. Han surgido nuevas sustancias sin utilidad terapéutica, como las metanfetaminas usadas especialmente por los jóvenes (“drogas de diseño”).
10. Las regiones de mayor consumo de psicotrópicos son la noroccidental del país (Tijuana y Ciudad Juárez) y las ciudades de México y Guadalajara en la región central. Sin embargo, también en otros sitios comienzan a presentarse indicios preocupantes respecto del uso de psicotrópicos como cocaína y heroína a través de los indicadores de salud disponibles, como centros de tratamiento y servicios de urgencia.<sup>34</sup>

Paralelamente, a pesar de que el primer caso de SIDA se identificó en 1981, los análisis de muestras de personas fallecidas con anterioridad han detectado casos de infección por VIH desde 1959, lo cual sugiere que en los decenios de 1960 y 1970, los trastornos relacionados con VIH/SIDA se fueron incrementando poco a poco, aunque no se reconocían con propiedad.<sup>35</sup> A finales de 1993, en EUA se reportaron 340 000 casos (incluidos más de 185 000 decesos), y se estimó en ese momento que un millón de personas podían estar infectadas. La proporción actual hombre-mujer es de aproximadamente 8:1, pero el mismo número de mujeres infectadas

sigue creciendo cuatro veces más rápidamente que el de hombres.<sup>35</sup>

En México, para diciembre de 1993 se reportaron más de 17 000 casos, y aproximadamente 100 000 casos de infección por VIH, para ser atendidos por una población de casi 73 000 médicos disponibles en el país.<sup>36</sup> A finales de 1993, la OMS estimó la existencia de 2.5 millones de adultos y 1 millón de niños con SIDA en el mundo, y aproximadamente 10 millones de personas infectadas. Y aunque las previsiones futuras para ese entonces sufrieron variaciones considerables, en 1995 hubo más de 500 000 casos de SIDA en EUA y más de 5 millones en la población mundial.<sup>37</sup> Cabe señalar que en ese país los grupos prevalentes fueron hombres homosexuales o bisexuales y venoadictos, quienes representaron 60 y 25%, respectivamente, de los primeros 100 000 casos de SIDA. Debido a los cambios en los hábitos sexuales de los hombres (homosexuales o bisexuales), los casos han ido decreciendo gradualmente, mientras que aumenta el número en otros grupos, en especial venoadictos, mujeres, hombres heterosexuales y minorías raciales.<sup>37</sup>

En México, el CONASIDA<sup>5</sup> (cuadro 26-1), en su reporte nacional (1998), presenta datos acumulados que incluyen 10 000 decesos tan sólo en el grupo de mexicanos entre los 25 y los 44 años, en los últimos 7, por lo que representa la tercera causa de muerte para la población masculina en esta etapa de mayor productividad. También afirma que el SIDA es el más complejo problema de salud pública, con las advertencias de que tiende a crecer en las zonas fronterizas.<sup>36</sup> De acuerdo con este balance, existe un estimado que varía entre 116 000 y 174 000 mexicanos seroconvertidos sin enfermedad aún.<sup>36</sup> Como puede observarse por el análisis de los datos del consumo de psicotrópicos como los referentes a la epidemia VIH/SIDA, se han convertido en los problemas de salud pública más complejos en la actualidad en todo el mundo.<sup>38</sup>

El consumo endovenoso de psicotrópicos se ha convertido en una conducta de alto riesgo para esa mortal infección, cuya estrecha relación con conductas sexuales de riesgo es una concomitancia patente de los estados tóxicos autoinducidos, especialmente el consumo de cocaína-crack.<sup>39</sup> De ahí que los clínicos de salud mental desempeñen un papel fundamental en la atención de trastornos relacionados con el consumo de psicotrópicos y VIH, particularmente en su prevención. Dadas las características del VIH —retrovirus que invade las células del sistema inmunitario y el SNC—,<sup>1,2</sup> la infección de linfocitos T4 (auxiliar) provoca el deterioro de la inmunidad celular, que limita drásticamente la capacidad orgánica para la defensa ante los agentes infecciosos y la prevención de trastornos neoplásicos es

**Cuadro 26-1. Situación epidemiológica del SIDA en México\***

Se reporta un acumulado de 10 000 muertes en los últimos siete años en el grupo mexicano de 25 a 44 años de edad  
 Existen entre 116 000 y 174 000 portadores asintomáticos  
 59 000 personas han enfermado de SIDA en los últimos 16 años  
 México ocupa mundialmente el 13<sup>er</sup> lugar en número total de casos notificados  
 Ocupa el 3<sup>er</sup> lugar en el continente americano  
 La epidemia alcanzó estabilidad de 4 000 casos/año promedio  
 El D. F., el Estado de México y Jalisco concentran 55% del número total de enfermos acumulados

\* Modificado de: CONASIDA: *La situación del SIDA en México a finales de 1998*. México, Secretaría de Salud, 1998.

pecíficos. De modo que tal infección provoca la aparición de síndromes neuropsiquiátricos, infecciones por gérmenes oportunistas, neoplasias, efectos secundarios asociados a los tratamientos antivíricos, síndromes psiquiátricos independientes y una pléyade de factores psicosociales estresantes vinculados a esta virosis,<sup>1,2</sup> de la cual se han identificado dos tipos: VIH-1 y VIH-2:

1. El primero es el agente causal de la gran mayoría de las enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia.
2. El segundo, en constante incremento, ha generado incremento de la incidencia de infecciones virales en África.

El VIH se presenta en sangre, semen y secreciones cervicovaginales, y en menor grado en saliva, lágrimas, leche materna y LCR de pacientes infectados.<sup>1,2</sup> Su transmisión más frecuente se produce por relaciones sexuales o por transfusión de sangre contaminada. El sexo anal, vaginal u oral sin protección son las prácticas de contagio más frecuentes.<sup>33</sup> La definición conceptual del SIDA ha sufrido importantes modificaciones. El Centro para el Control de Enfermedades de EUA la describió como: "enfermedad poco predictiva, derivada de un defecto en la inmunidad celular que aparece en los individuos en forma de una menor resistencia a las enfermedades de causa conocida".<sup>2</sup>

Los criterios del CDC vigentes (1987) la clasifican en cuatro grupos (cuadro 26-2). Los portadores asintomáticos muestran anticuerpos contra el VIH detectables por técnicas habituales y constituyen el mayor número de población portadora, de ahí la importancia de su detección temprana. Los abusadores y adictos endovenosos de psicotrópicos o quienes tienen prácticas sexuales de alto riesgo deben practicarse pruebas seroinmunológicas de rutina (ELISA para el diagnóstico o Western-Blot como confirmatoria).<sup>1</sup>

Además de las evidencias conocidas,<sup>2</sup> como la afectación cerebral en 75 a 90% de las autopsias practicadas en pacientes con SIDA, clínicamente se producen compli-

caciones neuropsiquiátricas (encefalopatía) en no menos de 50% de la población seroconversa (primer signo de enfermedad en 10% de los casos), independientemente de que otros síndromes psiquiátricos clásicos, como los trastornos de ansiedad, depresivos o psicóticos, se asocien con frecuencia a trastornos relacionados con esta virosis (cuadro 26-3).

La encefalopatía por VIH, documentada ampliamente en la literatura, ocurre por la afectación de células gliales (astrocitos) y alojamiento en las células inmuni-

**Cuadro 26-2. Etapas de la infección por VIH\***

Etapa	Descripción
I	Infección aguda por VIH
Asintomático	
Síndrome viral	
Meningoencefalitis	
II	Infección latente
III	Linfadenopatía crónica
IV-A	Síntomas constitucionales:
Pérdida de peso	
Fiebre	
Diarrea crónica	
IV-B	Neuropatología inducida por VIH:
Demencia	
Mielopatía	
Neuropatía periférica	
IV-C	Infecciones oportunistas
IV-C1	Enfermedad infecciosa secundaria incluyendo neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> , toxoplasmosis y criptococosis
IV-C2	Otras enfermedades infecciosas secundarias incluyendo herpes zoster, tuberculosis y candidiasis oral
IV-D	Tumores asociados a VIH
IV-E	Otras condiciones, incluyendo neumonitis linfocitaria intersticial crónica

\* Modificado de: Centro de Control de Enfermedades, CDC. Atlanta, 1987.



tarias, cuya imagen neuropatológica “típica” muestra: células gigantes multinucleares, nódulos microgliales, astrocitosis difusa, afectación de linfocitos perivasculares, atrofia cortical y vacuolización y desmielinización de la sustancia blanca.<sup>2</sup>

Cuando cursa en forma subaguda, produce demencia subcortical progresiva sin signos neurológicos focales. La diferencia más relevante entre este tipo de demencia y la de tipo cortical es la ausencia de síntomas corticales clásicos (afasia) hasta las etapas tardías de la enfermedad. Los pacientes afectados de este mal o sus amigos suelen percibir sutiles cambios de carácter y personalidad, problemas de memoria, concentración y un cierto retardo psicomotor. Sus síntomas adicionales son apatía, aturdimiento, confusión, malestar, anhedonia y abandono de actividades y responsabilidades sociales. Algunos de tales síntomas se enmascaran con trastornos depresivos, que pueden revelarse con un examen cognoscitivo cuidadoso. La encefalopatía por VIH puede provocar también *delirium* con síntomas semejantes a los ocurridos en episodios maniacos o de esquizofrenia.<sup>2</sup>

La presencia de síntomas motores también sugiere el diagnóstico. Los síntomas asociados a demencia subcortical son: hiperreflexia, movimientos espásticos o atáxicos, paraparesia e hipertonía muscular. En los niños infectados intrauterinamente se presentan diversos síntomas, entre los que destacan: microcefalia, graves defectos cognoscitivos, debilidad, incapacidad para alcanzar las metas fundamentales del desarrollo, parálisis pseudobulbar, rigidez extrapiramidal y convulsiones.<sup>2</sup> El manejo de esta condición exige imprescindiblemente trabajo multidisciplinario e integral,<sup>2,38,41</sup> atendiendo a la par las necesidades biológicas y psicosociales:

1. Apoyo emocional.
2. Promoción de la confrontación plena de la situación con la menor carga de ansiedad posible.

#### Cuadro 26-3. Síndromes clínicos\*

---

Demencia por VIH  
*Delirium*  
 Reacciones agudas y crónicas de estrés  
 Trastornos adaptativos  
 Trastornos psicóticos agudos  
 Trastornos afectivos  
 Suicidio  
 Dolor  
 Neurotoxicidad

---

\* Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Williams and Wilkins, 1994.

3. Evitación del deterioro de las funciones mentales superiores.
4. Ayuda en la elaboración psíquica de la pérdida de la salud mediante un adecuado manejo de duelo.
5. Promoción del apego al tratamiento y de un estilo de vida saludable.

De no evitarse adecuadamente la negación del problema, los pacientes ponen en riesgo su salud y la de otras personas.<sup>2,42</sup>

Los psicofármacos son las drogas de elección para reducir los síntomas relacionados con estados ansioso-depresivos o psicóticos consecutivos a la enfermedad. Las benzodiazepinas, los antidepresivos sedantes y los neurolepticos, solos o en combinación, ayudan a contener los distintos matices clínicos del trastorno y se usan según el criterio y la experiencia clínica de los terapeutas responsables. La psicoterapia y la farmacoterapia combinadas constituyen el tratamiento ideal.<sup>1,2</sup> Por lo general, el paciente requiere atención médico-psicológica exhaustiva y cuidados de enfermería, como compete a una infección sistémica.<sup>2,43</sup> Si bien se dispone de métodos profilácticos de contagio, no existe aún, lamentablemente, tratamiento específico, por lo que el manejo sintomático prioriza la administración continua de antibióticos y antivirales para evitar la recurrencia de infecciones, la prevención de recaídas y un mayor debilitamiento.<sup>1,2</sup>

Una de las complicaciones físicas por el abuso de sustancias inyectables es la infección, que requiere manejo específico. La hepatitis y la infección por VIH de estrecha vinculación son frecuentes. Su vía de entrada endovenosa ocurre habitualmente cuando el adicto comparte jeringas o agujas. Los pacientes venoadictos constituyen, por lo tanto, un subgrupo de población catalogado como de alto riesgo, y presentan mayores probabilidades de desarrollar el síndrome, especialmente si mantienen conductas sexuales de riesgo.<sup>44,45</sup> Las estadísticas indicaron en 1991 que la población heterosexual venousuaria en EUA representó 22% del total de casos reportados. En ese año, 27% de todos los varones y 48% de todas las mujeres con SIDA fueron usuarios de drogas; 21% de los hombres reportaron administración intravenosa como única causa de exposición al virus, pero 6% más tuvieron actividad homosexual conjunta.

Los casos de SIDA asociados a la transmisión heterosexual de VIH han aumentado de forma regular, con mayor predominancia en mujeres que en hombres. Durante 1991, los contactos heterosexuales se asociaron al SIDA hasta en 36% de los casos. En población femenina, 59% de ellos fueron atribuidos a contacto heterosexual con varones venousuarios. De igual manera, en

**Cuadro 26-4. SIDA y adicciones\***

Estadísticas de 1991 en EUA muestran que 27% de los varones con SIDA y 48% de todas las mujeres fueron venousuarios de psicotrópicos

En 84% de los casos pediátricos de SIDA, la vía de transmisión fue materna; en 69% de estos casos, la madre se expuso al virus debido a consumo endovenoso de psicotrópicos o relación sexual con venousuario abusador o adicto

Los pacientes abusadores y adictos con SIDA presentan un curso más severo de la enfermedad

\* Modificado de: Kauffman E, McNaul L: Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat* 1992;43:233-244.

84% de los casos pediátricos de SIDA (niños de 12 años de edad o menos), la forma de transmisión materna fue de 69%. En ellos, la madre estuvo expuesta al virus a través del uso intravenoso de drogas o por relaciones sexuales con venousuario de psicotrópicos<sup>41,46</sup> (cuadro 26-4). En ese año, en EUA, la población de color o hispana se consideró de alto riesgo para SIDA debido al uso endovenoso de sustancias. En 1991, 45% de los individuos de color con SIDA se administraron sustancias por la vena; 39% de ellos fueron atribuidos al uso exclusivo de venopuntura y sólo 6% se asociaron con relaciones sexuales de riesgo. Por su parte, 46% de los casos de la población hispana se asociaron con la aplicación endovenosa de fármacos; de ellos, 40% presentaron uso exclusivo de sustancias y 6% uso de sustancias por la misma vía, asociado con actividad homosexual.<sup>41,46</sup>

Cabe señalar que los pacientes abusadores, y más especialmente los adictos seroconvertidos —debido a dicho patrón de consumo endovenoso— presentan un curso más severo de la enfermedad que los varones homosexuales con SIDA, a causa del desarrollo más frecuente de infecciones respiratorias severas que ocurren con mayor facilidad y también a que son menos propensos a presentar sarcoma de Kaposi. La neumonía por *Pneumocystis carinii* es la infección oportunista más frecuente en más de la mitad de los casos de SIDA, en la misma forma en que la toxoplasmosis es la infección más común del SNC y se manifiesta por la presencia de fiebre o convulsiones. Cabe destacar que existe mayor dificultad para diagnosticar y efectuar seguimiento en pacientes venoadictos, por la gran variedad de trastornos que presentan y que afectan al sistema inmunitario. La candidiasis oral se considera un signo de susceptibilidad al SIDA.

La cocaína —aunque se administre por vía nasal— representa un factor de riesgo en casos de inmunopatía inducida.<sup>2,36</sup> Investigaciones recientes en el campo de la psicoimmunología (cuadro 26-5) indican que las drogas

**Cuadro 26-5. Psicoimmunología\***

Los opiáceos, el alcohol y la cocaína pueden tener efectos inmunorreguladores e inmunocomprometedores

Personas adictas al opio VIH negativas tienen menor cociente de células T auxiliares supresoras

Muestran un porcentaje incrementado de células circulantes del tipo OKT4+T-auxiliares

Estudios recientes enfocan el SIDA y su relación con el crack y el patrón de comportamiento sexual de alto riesgo

\*Modificado de: Kauffman E, McNaul L: Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat* 1992;43:233-244.

de abuso, incluyendo los opiáceos, el alcohol y la cocaína, pueden tener efectos inmunorreguladores e inmunocomprometedores y a su vez influir directamente en la susceptibilidad al SIDA. De hecho, algunos sujetos adictos al opio VIH negativos tienen un menor cociente de células T auxiliares y T supresoras, pero no se ha probado aún que los adictos estén inmunocomprometidos.

Por ello, la inmunodepresión, más que constituir la resultante directa del uso de opiáceos, puede estar originada por una gran variedad de factores comunes al ámbito del consumo y adicción de psicotrópicos, incluyendo la parálisis inmunitaria por sobrecarga antigénica previa o intercurrente con factores infecciosos o nutricionales.<sup>10,11</sup> Los adictos a opiáceos que no cursan con depresión del cociente de células T auxiliares y T supresoras muestran un porcentaje mayor de células circulantes del tipo OKT4+T auxiliares, y esta elevación aumenta linealmente como indicador del abuso de opiáceos. Debido a que el VIH se liga con los linfocitos T, la elevación de dichas células representa posiblemente otro mecanismo por el cual la adicción a los opiáceos pueda exacerbar la susceptibilidad al SIDA. En ambos casos, los opiáceos modulan la presencia de células T receptoras de proteínas.

Varios estudios enfocan el SIDA y su relación con el consumo de cocaína-crack y el patrón de comportamiento sexual en poblaciones hispanas y de color. Tal consumo, conocido desde la década de 1960, en los años 1984 y 1985 se incrementó importantemente en EUA (Nueva York, Miami y San Francisco), por lo que se consideró un grave problema de salud pública.<sup>40,47</sup> Además, diversos estudios multicéntricos correlacionan el consumo de esta sustancia y el otorgamiento de servicios sexuales remunerados, encontrando una correspondencia entre consumo de cocaína-crack e infección por VIH.<sup>1,2</sup>

Por otra parte, datos estadísticos reportan que el uso de crack (más alto que el consumo de alcohol, marigua-

na y cocaína por otra vía) se liga a un inicio cada vez más temprano de la actividad sexual de los jóvenes. Y si bien es cierto que los usuarios de *crack* reportan un deseo sexual reducido después de fumarla, su consumo se asocia a la actividad sexual con múltiples parejas por dinero y venta de otras drogas ilícitas, comportamiento que contribuye a la epidemia de infección por VIH y otras enfermedades venéreas.<sup>40,47</sup> De entre los factores de riesgo para infección por VIH en poblaciones venou-suarias de psicotrópicos destacan:

1. Pertenecer a población de color o hispana e inyectarse cocaína diariamente.
2. Inyectarse cocaína, ser de color y abusar de opiáceos antes de ingresar a tratamiento con metadona.<sup>1</sup>

Estudios que analizan la relación existente entre el comportamiento sexual de alto riesgo y el abuso variado de sustancias (estimulantes, nitritos volátiles, marihuana, sedantes, PCP y opioides) señalan que es factible identificar las poblaciones minoritarias y las personas que abusan del *crack*, con objeto de realizar acciones educativo-preventivas y de tratamiento, para obtener un mínimo de difusión del SIDA en la población heterosexual.<sup>37,48</sup>

Otro factor de riesgo para el mencionado pandémico binomio SIDA-adicciones es el abandono del hogar paterno a edades tempranas, que se agrava por la presencia de conductas sexuales promiscuas relacionadas con el abuso de psicotrópicos.<sup>49</sup> Ello deberá tomarse en cuenta para el impacto que puedan tener los programas de prevención y tratamiento,<sup>50</sup> y aunque el uso venoso de drogas no es lo más frecuente en los patrones de consumo, su importancia radica en que el consumo de psicotrópi-

cos y la comisión de conductas sexuales de riesgo son cada vez más frecuentes, especialmente con la cocaína-*crack*.<sup>1,40</sup>

Las consecuencias familiares y sociales generadas por este binomio rebasan los casos de individuos seroconvertidos y consumidores de sustancias, para abarcar toda la sociedad. Las autoridades sanitarias nacionales e internacionales, las asociaciones médicas, las agrupaciones privadas y otras organizaciones se empeñan en lograr que los medios masivos de comunicación ofrezcan una información real que ejerza un efectivo papel educativo en los pacientes y en todos aquellos que puedan llegar a serlo. Los fármacos actuales, aunque han aumentado su eficacia y ello abre la puerta a la esperanza, no son propiamente curativos. El tratamiento psicoterapéutico es de especial relevancia, y muchos equipos terapéuticos de psiquiatría de enlace y psicoterapia de diversas modalidades participan eficaz y comprometidamente en esta empresa.

El personal médico y paramédico debe estar especialmente educado para orientar y adiestrar, velando por el diagnóstico precoz de los casos, un tratamiento integral adecuado para los enfermos sin escatimar esfuerzo, y una actitud respetuosa y profesional a los casos. La familia y todas las instancias de la sociedad deben comprometerse por igual en el proceso de prevención y ayuda a los pacientes. El psiquiatra no sólo debe atender los cuadros de desequilibrio y complicaciones que produce esta virosis, sino desempeñar un papel activo en la comunidad en materia educativo-preventiva, y participar decididamente en la lucha por el respeto a la libertad individual, las diferencias entre las personas y los derechos humanos, en el marco de un quehacer profesional y técnico que esté realmente al servicio de la sociedad.

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1999.
2. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. William and Wilkins, 1994.
3. **Hager D, Bird M, Callahan C, Frank L, David L et al.:** Promiscuity and public health: some clinical and ethical issues. *Hosp Pract Off Ed* 1990;25(9):63.
4. **Sanders D:** Talking about sex. *Practitioner* 1993;237(1530):674-676, 679.
5. **Mansfield J, Conroy E, Emans J, Woods R:** A pilot study of AIDS education and counseling of high-risk adolescents in an office setting. *J Adolesc Health* 1993;14(2):115-119.
6. **Lynn L:** Primary care for HIV infection. *Hosp Pract Off Ed* 1992;27(2A):48-53.
7. **Massey DE:** HIV disease and pregnancy. Part 3. Postpartum care of the HIV-positive woman and her newborn. *Health Visit* 1992;65(11):397-398.
8. **Oertle D, Edelmann R, Ostewalder J, Vernazza PL, Galeazzi RL:** HIV prevention in HIV-positive drug addicts. A methadone-supported model. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123(48):2284-2292.
9. **Webber C:** Patient education. A review of the issues. *Med Care* 1990;28(11):1089-1103.
10. **Vallejo AOJ, Navarrete NS, Del-Rio CC, Ávila FC, Santos PJI:** The health worker and counseling about HIV and AIDS. *Salud Públ Mex* 1995;37(6):636-642.
11. **Melkeraen H, Johansen MB:** Counseling to prevent unin-

- tended pregnancy. U. S. Public Health Service. *Am Fam Physician* 1994;50(5):971-974.
12. **Bor R, Watts M:** Talking to patients about sexual matters. *Br J Nurs* 1993;2(13):657-661.
  13. **Wilson RE:** The nurse's role in sexual counseling. *Ostomy Wound Manage* 1995;41(1):72-78.
  14. **Devan S:** An overview of sexual counselling. *Ann Acad Med Singapore* 1995;24(5):732-735.
  15. **Creatsas K:** Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993;5(6):774-783.
  16. **Strydom G:** Contraceptives for teenagers -an ethical issue. *Nurs RSA* 1993;8(8):29-32.
  17. **Tafelski T, Boehm KE:** Contraception in the adolescent patient. *Prim Care* 1995;22(1):145-159.
  18. **Pedregal GM, Corral RA:** Family guidance for adolescents. *Aten Primaria* 1995;15(6):413-414.
  19. **Wielandt B, Nygaard B, Rasmussen P:** Who counsels young people on contraception? *Ugeskr Laeger* 1994;156(10):1433-1435, 1438.
  20. **Oakley D:** Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(5 Pt 2):1585-1590.
  21. **Waterhouse J:** Discussing sexual concerns with health care professionals: positive attitudes in healthy subjects. *J Holist Nurs* 1993;11(2):125-134.
  22. **De Silva P:** Management of female sexual difficulties. *Br J Clin Psychol* 1994;33(1):115-116.
  23. **Buddeberg C:** Sex anamnesis, sex counseling, sex therapy. *Ther Umsch* 1994;51(2):104-109.
  24. **Veyrat G, Lefort S:** Psychology and sexology in the general hospital. *Ann Med Psychol Paris* 1992;150(1):108-112.
  25. **Weinstein E, Rosen E:** The development of adolescent sexual intimacy: implications for counseling. *Adolescence* 1991;26(102):331-339.
  26. **Strader MK, Beaman ML:** Theoretical components of STD counselors' messages to promote clients' use of condoms. *Public Health Nurs* 1992;9(2):109-117.
  27. **Crowe M, Jones M:** Sex therapy: the successes, the failures, the future. *Br J Hosp Med* 1992;48(8):474-479, 482.
  28. **Simpson WS, Ramberg JA:** The influence of religion on sexuality: implications for sex therapy. *Bull Menninger Clin* 1992;56(4):511-523.
  29. **Levine SB:** What is clinical sexuality? *Psychiatr Clin North Am* 1995;18(1):1-6.
  30. **Risen CB:** A guide to taking a sexual history. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18(1):39-53.
  31. **Souza y Machorro M, Montero MC, Cárdenas AJ, Domínguez JL:** Historia clínica codificada para la sexualidad femenina (HCCSF). *Ginecol Obstet Méx* 1987;55:227-287.
  32. **Anderson M, Grudzen M, Lebaron S:** A workshop on taking a sexual history and counseling on contraception. *Acad Med* 1995;70(5):443-444.
  33. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-25.
  34. **Encuesta Nacional de Adicciones, ENA.** México, Secretaría de Salud (SSA), 1998.
  35. **Schuster CR:** Drug abuse research and HIV/AIDS: a national perspective from the US. *Brit J Addict* 1992;87(3):355-361.
  36. **CONASIDA, SSA:** *La situación del SIDA en México a finales de 1998.* México, Secretaría de Salud, 1998.
  37. **Woods J, Avins L, Lindan P, Hudes S, Boscarino A et al.:** Predictors of HIV-related risk behaviors among heterosexuals in alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1996;57(5):486-493.
  38. **Metzger S, Navaline H, Woody E:** Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Pub Health Rep* 1998;113(suppl 1):97-106.
  39. **Edlin A, Irwin K:** High-risk sex behavior among young street-recruited crack cocaine smokers in three American cities: an interim report. *J Psychoactive Drugs* 1992;24(4):34-38.
  40. **Martínez AJ, Díaz BSL:** Crack. *Revista CIJ* 1997;7(2):88-90.
  41. **Kauffman E, McNaul JP:** Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat* 1992;43:233-244.
  42. **King B:** Psychological aspects of HIV infection and AIDS. What have we learned? *Brit J Psychiat* 1990;156:151-156.
  43. **Krook A, Kastrup A, Lidman K, Mann C, Stymne A:** Somatic care wanted by HIV-infected intravenous drug abusers: the patients' opinions and experiences. *AIDS Care* 1995;7(3):375-379.
  44. **Kramer H, Ottomanelli G, Bihari B:** IV vs. non IV drug use and selected patient variables related to AIDS risk behaviors. *Int J Addict* 1992;27(4):477-485.
  45. **Celentano D, Muñoz A, Cohn S, Nelson E, Vlahov D:** Drug-related behavior change for HIV transmission among American injection drug users. *Addiction* 1994;89(10):1309-1317.
  46. **Grund P, Stern S, Kaplan D, Adriaans F, Drucker E:** Drug use contexts and HIV-consequences: the effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. *Br J Addict* 1992;87(3):381-392.
  47. **Dunlap E, Johnson D:** The setting for the crack era: macro forces, micro consequences 1960-1992. *J Psychoactive Drugs* 1992;24(4):19-22.
  48. **Cochan P, Bovet P:** HIV infection and suicide risk: an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Soc Psychiat Epidemiol* 1998;33(5):230-234.
  49. **Koopman C, Rosario M, Rotheram BMJ:** Alcohol and drug use and sexual behaviors placing runaways at risk for HIV infection. *Addict Behav* 1994;19(1):95-103.
  50. **Robles R, Cancel I, Colon M, Matos D, Freeman H et al.:** Prospective effects of perceived risk of developing HIV/AIDS on risk behaviors among injection drug users in Puerto Rico. *Addiction* 1995;90(8):1105-1111.



## Neuroquímica de las adicciones

La actividad mental se genera merced a un veloz intercambio de impulsos eléctricos y señales bioquímicas, mediadas por distintos neurotransmisores cerebrales y sus respectivos receptores.<sup>1,2</sup> Los psicotrópicos, en su calidad de drogas de abuso (alcohol etílico, alucinógenos, anfetamina, metanfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, marihuana o *Cannabis*, cocaína, fenciclidina u otras arilciclohexilaminas de acción similar, disolventes volátiles, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos)<sup>3</sup> y los psicofármacos, consumidos bajo prescripción (neurolépticos, ansiolíticos, tranquilizantes e hipnóticos, analépticos, estimulantes y antidepresivos, analgésicos, etc.), alteran eficazmente, bloquean o imitan a las sustancias que permiten la actividad neuronal normal.<sup>4,5</sup>

Para comprender la forma en que los psicotrópicos y los psicofármacos inciden y afectan la mente, se precisa conocer el funcionamiento del cerebro, órgano complejo compuesto de células especializadas cuya característica más notable es su capacidad de procesar y transmitir información a muy alta velocidad, y cuyo intercambio es propiciado por casi diez mil millones de neuronas. Su neurotransmisión funciona en forma breve, intermitente o de modo perdurable, por medio de la ocupación de receptores específicos y por la activación de mecanismos iónico-metabólicos. Los procesos bioquímicos asociados a ella son:

- a. Síntesis presináptica del neurotransmisor en las células participantes e incluso en las gliales.

- b. Almacenamiento de moléculas de neurotransmisor en las vesículas sinápticas.
- c. Liberación de transmisores por exocitosis calcio-dependiente.
- d. Activación del receptor de la membrana plasmática de la neurona postsináptica.
- e. Iniciación de las acciones del segundo mensajero.
- f. Inactivación del neurotransmisor, vía degradación química o reabsorción en las membranas.<sup>5</sup>

La neuroquímica cerebral se modifica por factores como la interacción con otras sustancias —de abuso o prescripción, o ambas—, que posibilitan distorsión funcional bajo ciertas expectativas o resultados terapéuticos esperables.<sup>6,7</sup> De hecho, la farmacopea actual de las neurociencias incluye cada vez más a precursores de los neurotransmisores, fármacos estimulantes y antidepresivos más específicos, y neurolépticos más potentes, con menores efectos colaterales.<sup>8</sup>

De ahí que los fármacos que con mayor frecuencia se prescriben en la clínica antiadictiva se dividen en:

- a. Los que contrarrestan el *deseo-necesidad imperiosa de consumir la droga y su conducta de búsqueda* (en lo sucesivo, D-NIC), y que representan la medicación utilizada con mayor frecuencia durante la fase aguda de la recuperación<sup>9</sup> por ser medicamentos de acción rápida, como bromocriptina, clorhidrato de amantadina, antidepresivos (tricíclicos, ISRS, inhibidores mixtos), metilfeni-

\* Diplomado a distancia en Prevención y Tratamiento de Adicciones. Secretaría Académica. Dirección de Extensión Académica. Instituto Politécnico Nacional, IPN, y Especialidad en Farmacodependencia desde el modelo médico. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM. Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL, Guisa CVM: Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2005. En prensa.

dato y mazindol, recursos de cierto éxito contra la adicción a cocaína.<sup>10-12</sup> No obstante, el metilfenidato, si bien produce una disminución transitoria del D-NIC, representa un beneficio limitado debido al riesgo de empeorar la condición del paciente; y la eficacia del mazindol a largo plazo no es por ahora una ventaja documentada en el mismo tenor que la carbamazepina, cuya moderada efectividad en pacientes con uso crónico de cocaína requiere mayor investigación.<sup>8,9,12-14</sup>

- b.** Fármacos útiles en las fases tardías de mantenimiento de la abstinencia y que a su vez previenen la recaída. En este grupo se incluyen los antidepresivos tricíclicos, los ISRS y los inhibidores mixtos, utilizados con éxito relativo en abusadores/adictos a cocaína.<sup>6,7,11,12</sup> Es importante resaltar que estos medicamentos son efectivos cuando se administran en dosis adecuadas y por tiempo prolongado (más de tres meses).<sup>6,13</sup> Se considera que la elección terapéutica de estos fármacos es más efectiva en etapas intermedias y tardías del trastorno, y su meta es el mantenimiento activo de la abstinencia (siempre bajo esquemas de apoyo psicosocial) y la eliminación de la recaída.<sup>15-17</sup>
- c.** Fármacos útiles en casos de psicosis tóxicas y otros estados confusionales.

Este grupo lo integran diversos fármacos neurolépticos solos o combinados.<sup>5,6,12-16</sup> Los psicofármacos influyen en la neurotransmisión de varias formas:

- a.** Provocan que el neurotransmisor salga de las vesículas sinápticas donde éstos se almacenan; bloquean la liberación del neurotransmisor hacia la sinapsis; inhiben las enzimas que sintetizan o degradan a los neurotransmisores; inhiben su recaptura y se unen al receptor, e imitan o bloquean a los neurotransmisores.
- b.** Influyen en los neurotransmisores participantes de la sinapsis, en su liberación del neurotransmisor en forma de un impulso químico, que se difunde hacia la membrana de la célula siguiente, desencadenando en ella una señal eléctrica.
- c.** Afectan a los receptores en su intervención sobre el reconocimiento del neurotransmisor y en la conversión de la señal química en respuesta eléctrica (ionotrópicos) o bioquímica (metabotrópicos).

Como muchos de los agentes farmacológicos activos del SNC actúan sobre sus receptores ocupando el lugar o bloqueando el contacto de neurotransmisores, es dable suponer posibles tratamientos antiadictivos que pu-

dieran actuar con mecanismos similares, como la naltrexona, usada para el control de la adicción etílica. De ahí que exista una estrecha relación entre la comprensión de cómo las sustancias producen las modificaciones y sus extraordinarios efectos sobre la mente, y el avance en el conocimiento del funcionamiento molecular y celular del cerebro, revelando nuevas facetas del funcionamiento y la organización cerebral.<sup>17</sup>

Además, el empleo de sustancias para estudiar la víscera magna ayuda a establecer nexos entre su fisiología y manifestaciones del pensamiento, estado de ánimo, emociones y sentimientos, y la personalidad, que posibilita su decisiva intervención terapéutica.<sup>21-23</sup> La información derivada de la investigación reciente, vinculada con la utilidad de los factores participantes en el fenómeno adictivo y estudiados en pacientes abusadores/adictos para modelar su manejo institucional,<sup>21-23</sup> destaca, no obstante su heterogeneidad:

- a.** Los elementos participantes en el desarrollo de la patología adictiva y su peso específico.
- b.** La identificación adecuada de cada uno.
- c.** El impacto que propina su conjunto a los distintos individuos.
- d.** El acucioso análisis de su compleja dinámica.

Todo ello vislumbra un marco de referencia —que aún es relativo, dada su condición no concluyente a la fecha— que plantea un factible escenario de actuación útil, dirigida a la comprensión de un fenómeno complejo, lo mismo que al apoyo correctivo de tales pacientes, sus familias y la sociedad, a través de las acciones rehabilitatorias cada vez más específicas.<sup>6,24</sup>

En ello destaca la participación de factores predictores de la respuesta terapéutica, documentados en sus dos vertientes:

- a.** Los de estirpe biológica (neurotransmisores, sistema de neuropéptidos “Y”, proteína C cinasa y la dupla adenilciclasa–proteína G, etc.), los trastornos del dormir y las alteraciones neuropatológicas registradas en el EEG y otros resultados que ofrecen los indicadores biológicos de reacción al consumo de alcohol, que inducen a proponer una clasificación de la dependencia etílica por tipos etiopatogénicos.<sup>25,26</sup>
- b.** Los vinculados a la patofisiología psicosocial: alteraciones de la función cognoscitiva; presencia de D-NIC y su significado clínico; estrés; ciertos rasgos de la personalidad; disfunción de la autoeficacia en labores de realización personal; alteración de la capacidad individual para expresar las emociones; comorbilidad psiquiátrica; nivel de

dependencia; respuesta previa al manejo farmacológico; severidad de la adicción;<sup>6,18-21,27</sup> corroboración o descarte de las interacciones entre los factores de predicción de respuesta terapéutica adecuada y el tratamiento psicosocial; género y papel de la psicopatología y comorbilidad propia de los procesos adictivos relativos a los psicotrópicos de mayor preocupación psicosocial (etanol, opiáceos, cocaína y nicotina).<sup>13,14,17,27,28</sup> Ambos grupos de factores, aunque no pueden considerarse concluyentes, permiten consideraciones anteriormente no contempladas y opciones de conocimiento práctico no sistematizadas aún, para ser asumidas en la terapéutica de la patología adictiva.<sup>28</sup>

Se ha documentado la participación de múltiples sistemas de neurotransmisión en el desarrollo y expresión del abuso/adicción a psicotrópicos, lo cual plantea la promisorio contingencia de colaborar en la identificación de las causas subyacentes al consumo y a la patología adictiva, a efecto de promover el desarrollo de una eficaz estrategia rehabilitatoria. Pese a que los psicotrópicos de abuso son diversos y producen diferentes efectos en el organismo, convergen en la activación del sistema dopaminérgico cerebral (de recompensa), capital para el inicio y mantenimiento de las conductas de autopreservación y sobrevivencia.<sup>6,29</sup>

A continuación se muestra un breve bosquejo de las sustancias de mayor impacto epidemiológico:<sup>6</sup>

**a. Alcohol.** Produce muchos efectos farmacológicos sobre el cerebro y se comporta en forma similar a otras sustancias de abuso, de las cuales aumenta la acción dopaminérgica en el NA y el bloqueo de cuyos efectos —documentado en animales— reduce el consumo de alcohol.<sup>30</sup> Distintos sistemas de neurotransmisión se encuentran implicados (serotoninérgico, glutamatérgico, GABAérgico y opioide), de modo que el etanol se liga directamente a y modula la actividad de varios receptores de tales sistemas (5-HT<sub>3</sub>, GABA<sub>A</sub> y N-metil-D-aspartato, NMDA), localizados en el sistema de recompensa, mismos que pueden modular indirectamente la actividad mesolímbica dopaminérgica vía mecanismos de reacción, aumentando la actividad del TVA por la disminución de la influencia de supresión que las entradas GABAérgicas ejercen sobre ellos.

Además, la función de la dopamina central ha sido implicada como una influencia a la propensión por el consumo étílico.<sup>30</sup> Estudios de genética

humana sugieren la existencia de una asociación entre la adicción étlica, el receptor dopaminérgico D2 y el transportador de dopamina,<sup>30-40</sup> conclusión que podría tener implicaciones importantes para el manejo del problema, porque datos recientes sugieren que el aumento de la densidad de los receptores D2 puede ser un predictor de vulnerabilidad frente a la recaída de consumo en estos pacientes.<sup>40,41</sup>

Años atrás, dado que la farmacoterapia sólo disponía de ciertos agentes, la estrategia terapéutica contra la adicción étlica (no reconocida como tal sino hasta avanzada la década de 1970) se basaba en intervenciones psicosociales y apoyo en grupos de ayuda mutua a favor de la abstinencia y contra sus manifestaciones clínicas (benzodiazepinas y  $\beta$ -bloqueadores), la prevención de sus complicaciones (anticonvulsivos), o para propiciar experiencias aversivas (disulfiram),<sup>42</sup> obteniendo eficacia limitada. Hoy la meta de reducir el consumo cuenta con dos fármacos: naltrexona (antagonista de receptor opioide)<sup>15,21,37,38</sup> y acamprosat (análogo estructural del GABA que actúa vía interacción con el receptor NMDA).<sup>2,40,41,43-45</sup> El uso de acamprosat mejora considerablemente el costo de la abstinencia porque reduce el número de recaídas y, en contraste con la naltrexona, la dificultad para el cumplimiento de su manejo es menor. No obstante, la combinación de mecanismos independientes como ondansetrón y naltrexona tiende a mostrar aún mejores resultados.<sup>20</sup>

**b. Nicotina.** El principal componente activo del tabaco es responsable de los efectos fisiológicos y conductuales observados, vía estimulación del receptor acetilcolina.<sup>46</sup> Algunos de tales receptores se localizan sobre los cuerpos de células dopaminérgicas del área del tegmento ventral anterior (TVA) proyectados sobre el núcleo *accumbens* (NA), primer sitio identificado en este proceso neuroquímico de la adicción. Más adelante se descubrieron otras proyecciones al sistema límbico y áreas de la corteza (amígdala), de importante papel en la expresión emocional, la planeación y el juicio, e igualmente implicadas en el sistema dopaminérgico mesencefálico de recompensa, el cual está mediado además por noradrenalina y serotonina, siendo la dopamina la más implicada en ello.<sup>47-56</sup> De ahí que de entre los fármacos empleados para su corrección destaque el bupropión (anfebutamona 200 a 450 mg/día), un antidepressivo inhibidor mixto débil de la recaptura de norepinefrina, serotonina y dopamina que no inhibe la re-



captura de MAO y facilita el cese y mantenimiento de la adicción a largo plazo.<sup>57,58</sup>

**c. Estimulantes.** La cocaína, las anfetaminas y las metanfetaminas, eficaces euforizantes que potencian la acción dopaminérgica del citado sistema mesolímbico, inhiben la respuesta de producción de nueva dopamina en las terminales nerviosas, vía el transportador de dopamina.<sup>29,51,55</sup> La imagenología ha comprobado que las regiones subcorticales a lo largo de la amígdala se activan, tanto por la infusión de cocaína como en respuesta a su privación.<sup>52-58</sup> De igual modo, la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas imagenológicas corroboran el reforzamiento de los efectos de los estimulantes merced al incremento de la concentración de dopamina límbica, debido al bloqueo del transportador de dopamina y la ocupación de los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub>. El uso crónico de estimulantes produce cambios a largo plazo en la función del transportador de dopamina y en los niveles de receptor D<sub>2</sub>, que pueden contribuir al consumo posterior de estimulantes.<sup>59-61</sup> El papel crítico para los subtipos de receptor selectivos de dopamina (receptores de D<sub>1</sub>) en la autoadministración y en la respuesta experimental condicionada a cocaína sugiere que agentes como el bupropión, dirigidos a este receptor, pueden ser eficaces.<sup>57-59</sup>

**d. Opiáceos.** La morfina y la codeína, comúnmente usadas para el alivio del dolor, tienen intensos efectos eufóricos seguidos de sentimientos de bienestar que pueden conducir a su abuso/adicción. La investigación en animales sugiere que, como los estimulantes, los opiáceos parecen mediar sus efectos de refuerzo modulando la actividad de la vía mesolímbica, aunque no sea en forma directa.<sup>62</sup> La activación de los receptores opioides mu de las neuronas GABA del TVA desempeña un papel decisivo en la regulación de la actividad de las neuronas dopaminérgicas. Pero los opiáceos también tienen efectos dopaminoindependientes dentro del NA, que les confieren un papel importante en la recompensa opiácea.<sup>63,64</sup> Debido a ello, el uso de clonidina ha resultado eficaz, especialmente contra el consumo de heroína, aunque también se señala a la naltrexona con semejantes resultados.<sup>65,66</sup> Ahora, a efecto de contextualizar con propósito didáctico esta comunicación, es preciso señalar que el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su consecuente conducta de búsqueda de psicotrópicos u otras sustancias, D-NIC, tras su discontinuación/disminución, se identifica en la

literatura como *craving*,<sup>15,16,29,67</sup> condición que exhibe, por una parte, la pérdida del control sobre el consumo inducido por la provocación psíquica (basta un solo recuerdo), y se asemeja en su mecanismo a la abstinencia alcohólica, en la cual se involucran distintos neurotransmisores.<sup>4,5,30,68</sup>

La presencia de D-NIC tipifica la condición fisiológica de la adicción, la que junto con el fenómeno de tolerancia es el sustrato fisiológico del síndrome de abstinencia,<sup>68,69</sup> si bien conviene enfatizar que el D-NIC se encuentra inseparablemente unido a otros elementos psicosociales —a menudo no reconocidos o bien desdeñados incluso por el personal de salud—, como las expectativas acerca del consumo y su motivación, antecedentes de experiencias tóxicas previas y de alta significación individual, dosis utilizada en cada episodio, tipo de efecto alcanzado, etc. Siendo el D-NIC el responsable de los cuadros clínicos, dosis utilizada en cada episodio y tipo de efecto alcanzado,<sup>4,5,22</sup> su adecuado manejo es determinante para la adherencia procesal requerida en el manejo del abuso/adicción de psicotrópicos: desde el consumidor episódico o experimental hasta el poliadicto consuetudinario, por considerarse el factor central del abandono terapéutico.<sup>4,5,22,70,71</sup>

Además, los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante un periodo de abstinencia típico pueden causar, por su naturaleza e intensidad, la desmotivación del paciente ante la frustración que le representa el manejo —necesariamente confrontante—<sup>23,24</sup> y lo que se espera de él. En consecuencia, es factible que reincida, dado el poder que ejerce sobre su persona, incluso después de varios años de haber domeñado —aparentemente— la abstinencia.<sup>73,74</sup> El D-NIC significa en términos clínicos un problema difícil para las personas que intentan controlar su consumo y restituir, o iniciar por vez primera, su proyecto de vida y de ahí su enorme importancia pronóstica.<sup>6,24</sup>

Al respecto, se destaca que el éxito terapéutico —sin ser una regla estricta— parece ser directamente proporcional al momento de inicio de las acciones correctivas, es decir, mientras más pronto proceda el paciente al abandono del consumo, más afianzará los recursos positivos para su éxito terapéutico y menos carga emocional y problemas reunirá en dirección contraria.<sup>72</sup> La experiencia documental de los últimos decenios<sup>73-81</sup> indica que el éxito en adicciones es consecuencia de las acciones realizadas en el postratamiento,<sup>82,83</sup> pero se fundamenta y estructura desde un inicio con el empleo de la terapéutica cognoscitivo-conductual, para que posteriormente, una vez que los pacientes permanezcan sobrios y si cumplen con los requisitos para una terapia

psíquica reconstructiva, se designe realizar o no el modelo de psicoterapia psicodinámica, que si bien es efectiva, debido a sus especiales características no puede pretenderse su utilización en forma indiscriminada, ni con cualquier persona, abusadora/adicta o no.<sup>23,24,78,79</sup> La descripción y discusión de tales características, por rebasar los propósitos de esta revisión, no se tratan aquí. Sin embargo, se recomienda a los interesados que se informen en fuentes fidedignas.<sup>4,5,23,24</sup>

Como reflejo de la importancia concedida al fenómeno adictivo en los últimos años,<sup>73-81</sup> se describen los cuatro tipos de D-NIC estudiados:

- a. **Sintomatología abstinente.** Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción buscado en el consumo del psicotrópico y aparece el incremento de la sensación de malestar interna por su discontinuación.
- b. **Ausencia de placer.** Cuando ocurre aburrimiento o no se cuenta con habilidades para lograr formas prosociales de diversión y se busca la mejoría del ánimo “automedicándose”.
- c. Tras el condicionamiento propiciado por señales asociadas al consumo de psicotrópicos, como cuando el paciente asocia estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) a la expectativa de una intensa recompensa obtenible vía consumo, que induce un D-NIC de modo automático.
- d. **Deseos hedónicos.** Cuando el paciente ha combinado una experiencia natural placentera con el uso de drogas (ante la expectativa de mejorar la experiencia hedónica), tiende a asociar en lo sucesivo una cosa con la otra, desarrollando un D-NIC al privarse de la sustancia; la falta de la droga deslució el placer de la actividad natural frente al recuerdo, independientemente de la calidad e intensidad de éste.<sup>76</sup>

De ahí que esta fisiológica condición represente una “necesidad irresistible de consumo” que tiende a su realización,<sup>22,24,25</sup> y se alcance con la consumación de un acto específico (consumatorio)<sup>3,71,72,76,79-81</sup> cuya modalidad iterativa es de difícil control; modela y dirige los impulsos por el consumo a un punto tal que éstos tienden a automatizarse y realizarse sin conciencia. Es decir, se convierten en autónomos a la voluntad del afectado, y pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos. Estos impulsos, aunque son susceptibles de eliminarse después de un lapso relativamente amplio de intentos sistematizados, en general no se suprimen ni inmediatamente ni con facilidad.<sup>8,12-14,74-81,84-86</sup> Por lo an-

terior, se destaca para fines clínicos y didácticos su inminente importancia para el tratamiento del paciente adicto, que el profesional encargado de manejar el caso debe implementar a través de la estrategia necesaria conformando un equipo multidisciplinario y transdisciplinario, a efecto de brindar un servicio de alta calidad que contribuya a la recuperación sintomática inmediata y, de modo más importante, a la rehabilitación a largo plazo de sus pacientes.<sup>4,5,72,86-95</sup>

La medicación *anticraving* derivada tanto del estudio de los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos como de los anticomiciales, desarrollada originalmente para el tratamiento de los síndromes ansiosos y ansioso-depresivos de algunos síndromes depresivos, así como de la epilepsia, representa una fuente de importantes recursos contra la adicción psicotrópica.<sup>22,95-97</sup> Se infiere, en consecuencia, que el manejo equilibrado farmacológico-psicoterapéutico de las adicciones y la adherencia esperada en cualquier tratamiento consolidan el logro de esta particular condición cerebral dada por la interacción del psicotrópico o fármaco empleado, los cambios neuroquímicos suscitados por su consumo y el estado mental actual.

Dicho éxito se cifra en la elección de una adecuada estrategia terapéutica, de entre la gama de procedimientos disponibles y la habilidad de cada equipo clínico para manejarlos.<sup>72,93,95</sup> Es capital, por lo tanto, que previo al plan correctivo se determine la naturaleza y tipo de D-NIC, la frecuencia experimentada y su significación para el paciente, como factores determinantes de la elección apropiada, siempre en función de las necesidades individuales, características y recursos personales.<sup>29,95</sup> Las diferentes técnicas y procedimientos dirigidos a contener las situaciones críticas donde priva el D-NIC reducen y contienen patologías más o menos específicas. Por lo tanto, dada su naturaleza y estrecha cercanía con tales estados, no es prescindible la suma de recursos farmacológico-psicoterapéuticos, que enarbolan una visión terapéutica más amplia y práctica —que contraviene el uso aislado de una sola de ellas—, propiciada antaño por resquemores tecnicoconceptuales sobre el abordaje profesional, hoy, por fortuna, en vías de superación.<sup>4,5,21-23,94</sup>

El esclarecimiento de los procesos de transmisión cerebral posibilita una terapéutica más racional y específica de los síndromes adictivos, misma que, subestimada en el pasado, toleró la pretensión de controlar prioritariamente a través de “voluntad” e ineficientes recursos diversos los estados neuroquímicos alterados de la mente, derivados del consumo agudo e intenso y crónico de drogas. Y si bien siempre se ha considerado la recaída en el consumo como indeseable, su reitera-

ción desconcierta, frustra y enoja al personal de salud y a quienes rodean al paciente, porque le impide a éste consolidar la lucha por su salud.<sup>36,47,86-87</sup> No obstante, la recaída es parte de la historia natural del padecimiento y no es excluible fácilmente, pese a que anula en cada ocasión los esfuerzos dirigidos a la abstinencia. Por la complejidad técnica que ello plantea, más allá de la conceptualización de las vertientes neuroquímica y psicosocial que pretenden en convergencia una detallada comprensión al servicio de su corrección, se dispone hoy de recursos que conforman una propuesta de abordaje a través de la psicoimmunología: el desarrollo de anticuerpos vía “vacuna”, para disminuir el reforzamiento inducido por las sustancias de abuso en su privación.<sup>22,28-32,36,91-102</sup>

Este proteiforme fenómeno, resultado de la neuroplasticidad cerebral, exhibe además una especial condición neurobioquímica relacionada con la neurotransmisión, íntimamente vinculada a los elementos que conforman el patrón de consumo, como la potencia farmacológica, el escalamiento de la dosis, su frecuencia de aplicación, la(s) vía(s) de administración del (los) psicotrópico(s) habitual(es), los costos de la adicción e incluso los supuestos beneficios obtenidos.<sup>4,6,22,23,80,81,94,95</sup> La recaída, entonces, representa a su vez la consecuencia farmacodinámica de la neuroadaptación y las expectativas acerca del consumo y experiencia(s) tenida(s).

Ambos mecanismos, reiterativos por definición, favorecen el retorno al consumo y simultáneamente refuerzan el aprendizaje en un circuito intrínsecamente patógeno, estudiado experimentalmente en animales y observado en humanos con todo tipo de psicotrópicos y sus combinaciones.<sup>100-111</sup> Desde la óptica farmacodinámica, la recaída se observa como la convergencia droga-huésped-ambiente y la activación del sistema dopaminérgico mesolímbico,<sup>103-105,107,110</sup> ya que los efectos de las sustancias y el estrés activan los circuitos corticales prefrontal y amigdalino a través de la activación del eje hipotálamo-hipofisario, que dispara el D-NIC dado por la estimulación de los receptores de dopamina D2 que inhiben al Amp cíclico (segundo mensajero) en las neuronas del NA.<sup>32,34,54,55,59,103,110</sup> Asimismo, los compuestos que activan los receptores D1 lo previenen, presuntamente a través de la saciedad derivada del sistema de recompensa.<sup>52,60,61</sup>

En tal sentido, cabe señalar que la bioquímica del fenómeno adictivo ha sido documentada en casi todos los psicotrópicos de abuso, lo cual es de máxima importancia para el propósito de divulgación educativa que se describe.<sup>109-112</sup> Algunos autores consideran que la forma compulsiva de consumo representa —por su parecido afectivo, conductual y clínico— un mismo tipo de

D-NIC observado en otras entidades nosológicas —aunque a menudo tienen distinta intensidad—, pues se exhibe una falta de control en los impulsos,<sup>6,14,112-114</sup> como en la piromanía, juego patológico, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente y la tricotilomanía, amén de trastornos alimentarios como la anorexia-bulimia<sup>3,115</sup> y la discutida “adicción” sexual.<sup>116</sup>

Por tal razón se piensa que es conveniente por ahora referirse a ese deseo-necesidad especial —salvando las proporciones existentes— en términos de “un anhelo agudo e inaplazable, más allá de antojo controlable a voluntad”.<sup>6,117-122</sup>

La adicción se conceptúa como un intento de adaptación a una insuficiencia natural de sustancias bioquímicas que contribuyen a proporcionar la sensación “normal” del bienestar que se pierde durante la privación, en forma de anhelo irrefrenable y que semeja en su caso el efecto del ansiolítico o euforizante faltante, que lleva a la gente a un círculo vicioso de nuevo consumo para “sentirse bien”.<sup>4,6,96,123-127</sup> Todo ello al margen de la participación de otros elementos —de tipo genético— interrelacionados en la neuroplasticidad del SNC, cuya evidencia observacional ilustra el mecanismo de acción según el cual las drogas de abuso disparan y modulan los procesos neuroadaptativos, procesos que desempeñan asimismo un papel de relevancia clínica en el fenómeno adictivo, como la tríada representada por la tolerancia, el D-NIC y la sensibilización a las drogas;<sup>4,6,32-36,128-130</sup> esta última, conceptuada en el marco de un estado producido por el aumento progresivo de respuestas a estímulos ocurridas por suministros repetidos, y capaz de persistir incluso tras la abstinencia prolongada.<sup>109-115</sup>

Desde el punto de vista anatómico y neurofisiológico, el sistema límbico es un grupo de estructuras y funciones cerebrales íntimamente relacionadas, que proveen sustrato biológico a las emociones y motivan la conducta, incluyendo la respuesta al estrés y eventos gratificantes.

Este sistema se halla intrincadamente involucrado en las adicciones, tanto desde el efecto de placer de las drogas, el cual se asocia con su exposición aguda y simultáneamente contribuye a la explicación del modelo etiopatogénico de la adicción, en términos del anhelo vehemente e irrefrenable, como la disforia que sigue a la privación, por lo que la dilucidación de las respuestas neuroadaptativas del sistema límbico a la exposición crónica y su adecuado conocimiento por el personal terapéutico deben facilitar deseablemente la elección de estrategias racionales para el manejo antiadictivo.<sup>54,93-95,107-109</sup> Así, los psicotrópicos se consideran falsos reemplazos de los reforzadores convencionales (comida, sexo, etc.).<sup>4,6,46,55,62,105,110</sup>

Las hipótesis neurobiológicas, neuropsicológicas y clínicas sugieren que el D-NIC producido por la abstinencia psicotrópica o farmacológica incluye —a un lado de los rasgos de personalidad del paciente— la presencia de un peculiar pensamiento obsesivo acerca de la sustancia y ciertas conductas compulsivas de búsqueda,<sup>26,126-129</sup> fenómenos ambos susceptibles de comprenderse y cuantificarse por el uso de instrumentos de evaluación *ad hoc*.<sup>4,6,36,72,130</sup> El avance psicofarmacológico consolida nuevos paradigmas farmacoterapéuticos:

- a. Descubrimiento de fármacos que bloquean el D-NIC.
- b. Reducción (eliminación) de la nueva ingestión.
- c. Inducción de aversión.
- d. Formalización de estrategia terapéutica contra el síndrome de abstinencia.
- e. Disminución del consumo del (los) psicotrópico(s) a través del manejo de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva.
- f. Inducción rápida de la sobriedad del paciente intoxicado.<sup>4,6,118,122,131-133</sup>

De modo que el advenimiento de fármacos de acción neuroespecífica sobre los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos y glutamatérgicos, así como el bloqueo de los receptores opioides,<sup>1,2,90-92,102-109,131-141</sup> define la medicación *anticraving*, iniciada hace relativamente poco tiempo (1994) con el acamprosato y la naltrexona. El primero, agente modulador específico del sistema glutamatérgico, interactúa con los receptores neuronales de la NMDA en los canales de calcio<sup>2,40,41,43-45,132,133,136,137</sup> e inhibe los síntomas de la privación etílica.<sup>4,6,13,20,30,67,80,84,95</sup> El segundo, antagonista que interfiere con el refuerzo producido por el etanol al bloquear los receptores opiáceos, por lo que puede precipitar un síndrome de abstinencia en casos de sobredosificación.<sup>15,21,37,38,119,135</sup> Asimismo, el GABA y el etanol<sup>4,6,13</sup> reducen el D-NIC al restablecer la actividad dopaminérgica de las neuronas mesolímbicas, sustrato neural del estado disfórico que acompaña la privación, en el caso del etanol.<sup>4,6,107,110,112,122,131</sup> La amperozida, antagonista de los receptores 5-HT<sub>2</sub>, tiene propiedades de liberación dopaminérgica.<sup>4-7,13</sup> La lisurida, agonista-D<sub>2</sub> dopaminérgico y antagonista D<sub>1</sub> con propiedades serotoninérgicas, favorece la abstinencia.<sup>13,103,117,138</sup> La memantina, receptor antagonista de los receptores NMDA, causa reducción significativa de los síntomas de cesación etílica sin producir efectos colaterales estimulantes.<sup>13,102,107,112</sup>

El disulfiram tiene un potente efecto simpaticomimético, reacciona con el acetaldehído produciendo sin-

tomatología aversiva al etanol.<sup>6,7,13,120-122,142</sup> Y dado que la incapacidad para continuar la abstinencia se relaciona con la hipofunción de los neurotransmisores, los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, dopamina y norepinefrina cerebral, al favorecer la biodisponibilidad de los receptores resultan fármacos de alta utilidad terapéutica.<sup>128-131,141</sup> Otros antidepresivos atípicos, como la trazodona, a dosis bajas reducen el D-NIC, los síntomas depresivos y la ansiedad asociada.<sup>6,13,143</sup> El carbonato de litio promueve la estabilidad del talante, y el ion magnesio, usado en situaciones derivadas de su deficiencia tisular, es útil en la enfermedad isquémica y el asma comórbida de la adicción en pacientes ancianos y desnutridos.<sup>4-8,13,102,107,122</sup> La carbamazepina, con su parecido químico a los antidepresivos, es potente como anticonvulsivo, moderada como sedante y leve como estabilizador del ánimo.<sup>4,6-8,13,131,144,145</sup> Y si bien las benzodiazepinas proveen un seguro y efectivo manejo terapéutico en los síndromes adictivos, la investigación se enfoca ahora en otras posibles drogas con menor capacidad adictiva.<sup>4,6,13,113-115,129</sup>

El clonazepam es eficaz contra la ansiedad, y al combinarse con betabloqueadores, clonidina o neurolepticos funciona aún mejor.<sup>56,109,131,146,147</sup> Los valproatos, con su acción GABAérgica, favorecen la disminución del anhelo de consumo.<sup>131,140,142,145,146</sup> La metadoxina y otras sustancias similares<sup>13,36,69,94,113</sup> son capaces de revertir de modo incompleto los efectos tóxicos de la intoxicación etílica, pero sin cumplir los criterios descritos para los agentes ametísticos:<sup>6</sup> es una sustancia que, administrada con el propósito de revertir o mitigar los efectos de la intoxicación etílica, actúa inhibiendo los efectos del alcohol a nivel del SNC, o acelerando su metabolismo hepático, o ambas.<sup>6,36</sup>

Por otra parte, el uso de compuestos analépticos como la picrotoxina, la nicketamida, la seudoefedrina, la anfetamina o la cafeína y otras xantinas, aun siendo estimulantes, no se recomienda para el manejo de la intoxicación etílica o de otros sedantes. Lamentablemente, no se dispone de todas ellas para el suministro cotidiano, ni forman parte de la terapéutica ofrecida por las unidades de salud del país.<sup>6,13,22,72</sup> En consecuencia, esta visión panorámica destaca, a efecto de la terapéutica antiadictiva, la consideración de que hoy en día las intervenciones clínicas se prefieren breves; se basan en juicios de ponderación farmacológica riesgo-utilidad y costo-efectividad, que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias, cuya meta inicial es la reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados, para luego fomentar la eliminación de la reincidencia, con la inclusión de factores

de crecimiento y la adquisición de nuevas habilidades autoafirmativas para la vida.<sup>6,79,86,94</sup>

Pero en la práctica, el éxito terapéutico alcanzado por la oferta de servicios asistenciales contra las adicciones no es suficiente, pues realmente son pocos los pacientes beneficiados con esta óptica integral si se comparan con la demanda real de tratamiento, dado su tardío ingreso a los programas terapéuticos (más de cinco años), reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, y especialmente una alta deserción.<sup>6,7,13,23</sup> Todo ello se complica aún más por la inadecuada preparación profesional y la pobre cobertura asistencial oficial ofrecida,<sup>6,7,79,111</sup> entre otros principales problemas por considerar.

Aunque el número de agentes farmacológicos *anti-craving* continúa expandiéndose, su selección ha de proceder con base en las características de cada caso y la dimensión prioritariamente afectada.<sup>94,95,118,142,144, 148</sup> De modo que la terapia farmacológica establece, refuerza, mantiene y produce mejores resultados cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares y la participación de los grupos de ayuda mutua, que dan contención emocional al abusador/adicto y favorecen su reinserción social, especialmente cuando se abusa de varios psicotrópicos a la vez, lo que en el panorama adictivo nacional es una regla.<sup>25,72,79,86,87,142</sup> Y dado que los pacientes son en su gran mayoría poliusuarios, rara vez permiten enfrentar retos únicos de manejo.<sup>6-8,13,79,148</sup>

Las soluciones prácticas al problema se apoyan en el incremento cualitativo de los cuidados que reciban los abusadores/adictos. En ello la educación, la calidad de la asistencia y la seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica son fundamentales.<sup>72,86,87,111,142,148</sup> Los pilares del avance científico, como la formación de recursos humanos e investigación, al enfocarse en la dimensión patológica del hombre podrán desarrollar las anheladas “nuevas estrategias para viejos problemas”.<sup>7,72,79,86,142,148</sup>

Además, la óptica de adecuación personal del tratamiento es indispensable, pues la decisión de someter a todos los pacientes por igual a un mismo régimen o considerar que esta patología no guarda diferencias entre sustancias y patrones de consumo no sólo es ingenuo, sino un error probado.<sup>4,6,72,87,149</sup> La sola terapia *anticraving*, incomparable para el manejo de los síndromes agudos de intoxicación y abstinencia, puede no resultar útil o no estar indicada —salvo excepciones— en el manejo a largo plazo de la condición adictiva, a la que han de agregarse indefectiblemente otras importantes medidas complementarias por espacio de dos años como mínimo, y que habitualmente se extienden más allá de los

cinco años.<sup>4,6,7,23,24,29,94,101,111,129,144,150</sup> Por ello, el diseño y el desarrollo de programas integrales han de incluir el fomento de la captación de pacientes y la promoción de motivación terapéutica, desde el abordaje inicial del caso y más especialmente a lo largo de la rehabilitación.<sup>25,72,111</sup>

Dicha condición implica el manejo de los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia —y en su caso, siempre que se pueda, el paso perentorio de una droga fuerte a otra más leve—, independientemente del mantenimiento de la abstinencia a largo plazo con la incorporación y apoyo familiar continuo,<sup>13,72,146-151</sup> enfatizando la resocialización en el marco siempre inclusivo de una auténtica psiquiatría de las adicciones,<sup>72,79,86</sup> que profesionaliza la terapéutica antiadictiva a través de la integración de la ciencia a la terapéutica vía investigación.<sup>4,7,13,72,87,94,111</sup> En esa dirección, un mayor conocimiento documental de las características y el comportamiento de los pacientes en los distintos programas comunitarios y la información derivada de los estudios de seguimiento y de costo-efectividad promueven la adecuación de los propósitos terapéuticos con base en su indicación, filosofías y metas distintas. La actitud permisivo-reflexiva actual hace de los programas de disminución de daños y riesgos un refuerzo a la motivación al cambio, favoreciendo el análisis de otras dimensiones involucradas (familiar, social, legal, emocional y de salud psicofísica).

Con tal visión se enfoca la disminución de daños como propuesta contra la comorbilidad de los pacientes crónicos, graves, comórbidos y complicados, quienes, a diferencia de los experimentales, leves, no complicados atendidos en unidades de primer contacto, no se plantean la posibilidad de abandonar sus episodios de abuso y adicción, ni asumen tratamientos formales, debido precisamente a que se encuentran gravemente dañados por el trastorno y su comorbilidad.<sup>129</sup> Por ello, para reducir su morbimortalidad y favorecer su acceso a las instancias de salud, los objetivos de tales programas realizan acciones pragmáticas a efecto de orientar al paciente con postulados humanitarios, tolerantes y liberales, óptica que reduce la criminalidad asociada al consumo, el consumo y su mortalidad asociada; incrementa la reinserción laboral y la adherencia terapéutica sin estigmatizar, diversificando la oferta asistencial promovida por el desarrollo de nuevas propuestas y dispositivos psicosociales. Además, brinda al paciente la oportunidad de participar en su manejo, respetando las indicaciones individuales y de cada programa, en el marco de “las mejores decisiones posibles” para su caso.<sup>148-165</sup> Se desprende de lo anterior que un tratamiento eficaz es aquel que ofrece beneficios continuos

a largo plazo y asume procedimientos éticos indispensables.<sup>86,148,172,173</sup> Pero las combinaciones disponibles deben ser parte fundamental de la estrategia y no del azar, por lo cual es preciso desarrollar una adecuada visión de la estrategia antiadictiva fundada en la tolerancia y el respeto a cada paciente.<sup>6,7,13,72,162-174</sup>

Descrito en forma breve, un modelo terapéutico integral:

- a. Se basa en el conocimiento disponible más avanzado.
- b. Ubica funcionalmente a cada persona del equipo, recurso y esfuerzo asignado en el lugar de su óptima aplicación, de acuerdo con la historia natural del padecimiento.
- c. Por ello, realiza su función conjunta y armónicamente en los planos intraprofesional, interprofesional y transprofesional.
- d. Jerarquiza la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad, porque si bien todas las acciones son importantes, éstas han de ser concertadas y dosificadas a través de los criterios operacionales que rigen el programa de manejo.
- e. Realiza una adecuada evaluación del procedimiento empleado, en espera de que las modificaciones pertinentes optimicen el proceso de crecimiento hacia su consolidación, con base en la utilidad social de un modelo diseñado *ex profeso*.<sup>72,86,158,172,173</sup>

Así, por ejemplo, tratándose de manejo psicoterapéutico a largo plazo, es un objetivo deseable disponer de un modelo complementario de intervención que permita evaluar las necesidades de los pacientes y de su proceso real de cambio, para establecer qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pueden utilizarse en cada caso particular y optar por las líneas de actuación más adecuadas,<sup>69-78</sup> y que integre las distintas intervenciones y técnicas psicoterapéuticas, útiles en el tratamiento de los abusadores/adictos, tales como psicoeducación, motivación, favorecimiento de la toma de conciencia, manejo del D-NIC, prevención de recaídas y técnicas cognoscitivo-conductuales.<sup>72-76</sup>

Este enfoque, suma de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognoscitiva, ha documentado ser el más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el individuo tiene sobre sí mismo.<sup>77-87</sup> La filosofía de su intervención se basa en recurrir al método científico

para contrastar empíricamente las ideas o creencias del paciente.<sup>22,23,72,157,158,162,163,166,167</sup> En su aplicación a las conductas adictivas, la terapia de prevención de recaídas ha sido la más utilizada, tras haberse aplicado al manejo de problemas éticos<sup>6,9,16-18,45,68,69, 131</sup> y de cocaínodependencia.<sup>10-12,31,93</sup> En ella se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, encuentren maneras de evitar las situaciones de riesgo y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el consumo y sus problemas, para más adelante —en cuanto sea posible si logra serlo, ya que, como fue asentado, no todos los pacientes son psíquicamente aptos para la terapéutica psicodinámica— intentar la reestructuración psíquica vía psicoterapia psicodinámica orientada, dada su amplia y reconocida utilidad<sup>4,22,23,68,69,72,80,150,161,163</sup> (cuadro 27-5).

La recaída en el consumo de psicotrópicos u otras sustancias no puede entenderse sin abordar el concepto de D-NIC. En sus primeras concepciones se categorizó como un deseo irrefrenable —ansia de la droga— o anhelo vehemente de consumo.<sup>4-6</sup> Hoy se prefiere usar la descripción del concepto, incluyendo el amplio espectro de las conductas de búsqueda que le siguen, en su carácter neuroquímico imperioso, pues su realización sólo se alcanza vía consumación de un acto iterativo. El impulso se conceptúa como la consecuencia instrumental del D-NIC, la intención conductual de implicarse en una conducta consumatoria específica,<sup>3,4,166-168</sup> cuyo objetivo es reducir el estado que lo instigó. Tal anhelo y los impulsos por el consumo, una vez automáticos y “autónomos”, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos.<sup>79-94</sup> Por ello, de acuerdo con sus características, el abordaje del D-NIC deviene fundamental en el manejo de la adicción, por ser el factor más importante de abandono terapéutico, causante de recaídas tras largos periodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen en cualquier momento, indistintamente durante o después del tratamiento.<sup>4,6,29,31,80,81, 92,109-114</sup>

#### Cuadro 27-1. Objetivos de la psicoterapia en adicciones\*

Toma de conciencia de enfermedad
Manejo de mecanismos defensivos
Desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas
Desarrollo de tolerancia a la frustración, a la demora y desarrollo de control de los impulsos

\* Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

**Cuadro 27-2. Acciones psicoterapéuticas\***

Informar, desmitificar y dar educación preventiva  
 Dar promoción continua a la rehabilitación  
 Favorecer el conocimiento individual, conyugal y familiar, para solucionar conflictos vinculados a la adicción  
 Mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas  
 Refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua o psicoterapia o ambos  
 Psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual reestructuración de la personalidad y despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha

\* Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

Aunque existen algunas diferencias en la literatura respecto de la conceptualización del D-NIC, sus distintas posturas reúnen elementos comunes:

- a. El D-NIC forma parte de la adicción.
- b. Se intensifica si el individuo recibe el impacto de señales asociadas al consumo de drogas.
- c. Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y manejar sus deseos, y observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo.

De hecho, en los últimos años ha aparecido un creciente interés en el estudio del D-NIC. Las aportaciones de la psicología cognoscitiva han tenido un papel cada vez más importante en la investigación y tratamiento de la adicción a drogas, con énfasis en la necesidad de comprensión, regulación e interpretación del D-NIC como parte de una aproximación estructurada de la terapéutica. Por otro lado, investigadores y clínicos han revisado el

**Cuadro 27-3. Acciones de la psicoterapia individual\***

Ubica etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual  
 Fomenta manejo antiadictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia  
 Motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica  
 Combate culpa, impulsa la responsabilidad y desmitifica creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva  
 Reeduca y conduce al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida

\* Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

**Cuadro 27-4. Entrevistas y batería psicológica. Propósitos\***

Análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción  
 Tipificada la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones  
 Paciente-técnica-terapeuta permitirán asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio  
 No podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico

\* Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

condicionamiento clásico como mecanismo esencial de la respuesta del consumidor de drogas en la relación drogas-estímulos, o señales, en el ambiente. Además, se han encontrado fármacos (naltrexona) para reducir la recaída entre alcohólicos abstinentes, y algunos estudios sugieren que estos fármacos también pueden reducir el D-NIC.<sup>13,18,122,138,164,167</sup> Los tratamientos para abusadores/adictos incluyen la intervención en procesos de condicionamiento para prevenir recaídas durante la recuperación.<sup>72</sup> La terapia cognoscitivo-conductual coadyuva a proporcionar al paciente la estrategia cognoscitiva para el manejo del D-NIC y situaciones que lo inducen.

El manejo basado en redes sociales (grupos de ayuda mutua) intenta distraer a los pacientes del D-NIC y mejorar sus mecanismos de resistencia contra el fenómeno, pero no siempre se acompaña del beneficio de la medicación *anticraving*, reguladora de los procesos neuroquímicos vinculados a él.<sup>4,6,7,13</sup> lo cual, por una parte, visto desde la óptica profesional, es una deficiencia (iatrogenia) que no debe soslayarse más.<sup>6,72,79-81,86,155</sup> y, por

**Cuadro 27-5. Plan de cuidados posteriores del paciente abusador/adicto\***

Identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias  
 Detección del *deseo-necesidad imperiosa* de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia y estrategia de afrontamiento de problemas  
 Uso de capacidades para reaprender mecanismos de abordaje de conflictos y promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo  
 Apoyo en grupos de ayuda mutua  
 Psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia

\* Souza y Machorro M: *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC. 2004:25-46.

la otra, incumple la normatividad en salud dispuesta por la NOM.<sup>72,169-172</sup>

Para concluir, en el breve panorama ofrecido acerca de los aspectos conceptuales y prácticos desarrollados en el país como parte de las actividades clínicas, terapéuticas y de enseñanza o capacitación a distintos niveles, se señalan aspectos harto comunes en la literatura especializada y para ciertos investigadores, los que de ninguna manera, lamentablemente, forman parte del conocimiento del personal que labora en adicciones a lo largo y ancho del país.

Se intenta, por lo tanto, consolidar un concepto relevante: la participación de los aspectos neuroquímicos cerebrales en el problema, ignorados o subestimados por la mayor parte de los grupos que asignan “tratamientos” en esta porción de la asistencia social psiquiátrica.<sup>79,86,87,153</sup> La terapéutica antiadictiva, desde la óptica de la psiquiatría de las adicciones, busca promover herramientas clínicas en apoyo de un mejor manejo de casos, en el marco de premisas humanistas, para el establecimiento de un estilo de vida saludable para todos.<sup>72,154-162</sup>

## REFERENCIAS

1. **De Vry J:** 5-HT<sub>1A</sub> receptor agonists: recent developments and controversial issues. *Psychopharmacology Berl* 1995; 121(1):1-26.
2. **Al Qatari M, Bouchenafa O, Littleton J:** Mechanism of action of acamprosate. Part II. Ethanol dependence modifies effects of acamprosate on NMDA receptor binding in membranes from rat cerebral cortex. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(4):810-814.
3. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
4. **Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA:** *Tratado de psiquiatría*. 3ª ed. American Psychiatric Press-Masson, Multimedia 2000.
5. **Rommelspacher H, Smolka M, Schmidt LG:** Genetic analysis of the mu-opioid receptor in alcohol-dependent individuals. *Alcohol* 2001;24:129-135.
6. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
7. **Souza y Machorro M:** Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus*, 2004;12-20.
8. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999;5(1):12-19.
9. **Miller NS, Gold MS:** Management of withdrawal syndromes and relapse prevention in drug and alcohol dependence. *Am Acad Fam Physician* 1998;21:193-198.
10. **Bordnick PS, Schmitz JM:** Cocaine craving: an evaluation across treatment phases. *J Subst Abuse* 1998;10:9-17.
11. **McKay JR, Pettinati HM, Morrison R, Feeley M, Mulvaney FD:** Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychol Addict Beba* 2002;16:225-235.
12. **Schmitz JM, Averill PM, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM:** Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63:207-214.
13. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.
14. **Hartz DT, Frederick OSL, Galloway GP:** Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:269-276.
15. **Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, Oslin DW, Rukstalis M:** Predicting treatment response in naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001;10:258-268.
16. **Miller NS, Gold MS:** Dissociation of conscious desire: craving from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6:99-106.
17. **Miller WR:** What is a relapse? *Addiction* 1996;91(suppl): S15-S27.
18. **Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS:** What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996;91:S155-172.
19. **Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR:** Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-971.
20. **Johnson BA, Roache JD, Ait DN, Zanca NA:** Ondansetron reduces the craving of biologically predisposed alcoholics. *Psychopharmacology* 2002;160:408-413.
21. **Johnson BA, Ait-Daoud N, Prihoda TJ:** Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: from hypothesis to preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:737-742.
22. **Souza y Machorro M:** *Craving, psicoterapia y reinserción social del paciente adicto*. Simposium Bases Neurobiológicas de las Adicciones. 4º Congreso regional de la Zona Norte y 1er. Congreso Regional del Noreste. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. “Nuestro camino al sincretismo”. Monterrey, 2000.
23. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
24. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
25. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** *Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción*. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A. C. Enviado para su evaluación editorial. *Rev Mex Neuroci* 2004.
26. **Cloninger CR:** Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.



27. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
28. **Weiss RD, Griffin ML, Hufford C, Muenz LR, Najavits LM et al.:** Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: use of a craving questionnaire. *Am J Addict* 1997;6: 224-231.
29. **Guisa CVM, Díaz BSL, Quintanilla BJ, Souza y Machorro M:** *Tratamiento de cuadros agudos por abuso de drogas.* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.
30. **Koob GF, Sanna PP, Bloom FE:** Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998;21:467-476.
31. **Koob GF, Weiss F:** Neuropharmacology of cocaine and ethanol dependence. En: Galanter M (ed.): *Recent developments in alcoholism.* Nueva York, Plenum Press, 1992;10:201-233.
32. **Repo E, Kuikka JT, Bergström KA, Karhu J, Hiltunen J et al.:** Dopamine transporter and D2-receptor density in late-onset alcoholism. *Psychopharmacology* 1999;147:314-318.
33. **Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Hitzemann R et al.:** Decreases in dopamine receptors but not in dopamine transporters in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20: 1594-1598.
34. **Tupala E, Hall H, Sarkioja T, Rasanen P, Tiihonen J:** Dopamine-transporter density in nucleus accumbens of type-1 alcoholics. *Lancet* 2000;355:380.
35. **Guardia J, Catafau AM, Battle F, Martin JC, Segura L et al.:** Striatal dopaminergic D(2) receptor density measured by (123)I iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol-dependent patients. *Am J Psychiatry* 2000;157:127-129.
36. **Gatch MB, Lal H:** Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22:917-944.
37. **Volpicelli JR, Alterman AI, Hayasgida M, O'Brien CP:** Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:876-880.
38. **O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE et al.:** Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:881-887.
39. **Swift RM:** Drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med* 1999;340:1482-1490.
40. **Lhuintre JP, Moore N, Tran G, Steru L, Langrenon S:** Acamprosate appears to decrease alcohol intake in weaned alcoholics. *Alcohol* 1990;25:613-622.
41. **Whitworth AB, Fisher F, Lesch OM, Nimmerichter A, Oberbauer H et al.:** Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996;347:1438-1442.
42. **O'Farrell TJ, Allen JP, Litten RZ:** Disulfiram (Antabuse) contracts in treatment of alcoholism. *NIDA Res Monogr* 1995;150:65-91.
43. **Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic M, Lion K et al.:** Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. A 90-day placebo-controlled dose-finding study. *Br J Psychiatry* 1997;171:73-77.
44. **Poldrugo F:** Acamprosate treatment in a long term community-based alcohol rehabilitation program. *Addiction* 1997; 92:1537-1546.
45. **Geerlings PJ, Ansoms C, van den Brink W:** Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics. *Eur Addict Res* 1997; 3:129-137.
46. **Corrigall WA:** Understanding brain mechanisms in nicotine reinforcement. *Br J Addict* 1991;86:507-510.
47. **Tomkins DM, Sellers EM:** Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *CMAJ* 2001;164(6):817-821.
48. **Picciotto MR:** Common aspects of the action of nicotine and other drugs of abuse. *Drug Alcohol Depend* 1998;51:165-172.
49. **Rose JE, Corrigall WA:** Nicotine self-administration in animals and humans: similarities and differences. *Psychopharmacology* 1997;130:28-40.
50. **Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S:** Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281:72-76.
51. **Giros B, Jaber M, Jones SR, Wightman RM, Caron MG:** Hyperlocomotion and indifference to cocaine and amphetamine in mice lacking the dopamine transporter. *Nature* 1996; 379:606-612.
52. **Breiter HC, Rosen BR:** Functional magnetic resonance imaging of brain reward circuitry in the human. *Ann NY Acad Sci* 1999;877:523-547.
53. **Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M et al.:** Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am J Psychiatry* 1999;156:11-18.
54. **Volkow ND, Wang GS, Fowler JS, Logan J, Gatley SJ:** Reinforcing effects of psychostimulants in humans are associated with increases in brain dopamine and occupancy of D(2) receptors. *J Pharmacol Exp Ther* 1999;291:409-415.
55. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ:** Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *J Psychopharmacol* 1999;13:337-345.
56. **Little KY, Carroll FI, Butts JD:** Striatal [125I] RTI-55 binding sites in cocaine-abusing humans. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22:455-466.
57. **Prado GA, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Bupropión y uso de cocaína. *Rev Mex Neuroci* 2000;1(3):39-41.
58. **Kinnell HG:** Bupropion for cocaine and smokers: drug is almost identical in structure to diethylpropion, a controlled drug. *Br Med J* 2001;322:431-432.
59. **Little KY, McLaughlin DP, Zhang L, McFinton PR, Dackiw GW et al.:** Brain dopamine transporter messenger RNA and binding sites in cocaine users: a postmortem study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:793-799.
60. **Haney M, Collins ED, Ward AS, Foltin RW, Fischman MW:** Effect of a selective dopamine D1 agonist (ABT-431) on smoked cocaine self-administration in humans. *Psychopharmacology* 1999;143:102-110.
61. **Romach MK, Glue P, Kampman K, Kaplan HL, Somers GR et al.:** Attenuation of the euphoric effects of cocaine by the dopamine D1/D5 antagonist ecopipam. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1101-1106.
62. **Shippenberg TS, Elmer GI:** The neurobiology of opiate reinforcement. *Crit Rev Neurobiol* 1998;12:267-303.
63. **Koob GF, Bloom FE:** Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science* 1988;242:715-723.
64. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction: Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA* 1998;280:1936-1943.
65. **Gerra G, Marcato A, Caccavari R et al.:** Fentonani clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12:35-41.

66. Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists: Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:335-340.
67. **Chiang SSW, Schuetz CG, Soyka M:** Role of aggressivity on reactivity and craving before and after cue exposure in recently detoxified alcoholics: results from an experimental study. *Eur Addict Res* 2001;7:184-192.
68. **Marlatt GA:** Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive behavioral analysis. En: Marlowe K: Opiate withdrawal and botulism: stigma delayed treatment. *BMJ* 2003;326(7393):822.
69. **Marlatt A, Barret K:** Relapse prevention. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;20:285-287.
70. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (PNUFID): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
71. Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998:8-12.
72. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC, 2004: 25-46.
73. **Prochaska JO, DiClemente CC:** Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1984;51:390.
74. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC:** In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am Psychol* 1992;47:1102-1114.
75. **Prochaska JO, Prochaska JM:** Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En: Casa M, Gossop M (eds.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Neurociencias, 1993;85-136.
76. **Beck A, Wright F, Newman C, Liese B:** *Terapia cognoscitiva de las drogodependencias*. Barcelona, Paidós, 1999.
77. **Tejero A, Trujols J:** El modelo transteorético de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: Graña JL (ed.): *Conductas adictivas*. Madrid, Debate, 1994;3-43.
78. **Miller WR, Rollnick S:** *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York, Guilford Press, 1991.
79. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
80. **Sánchez-Hervás E, Molina N, Del Olmo R, Tomás V, Morales E:** Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos* 2001;3:237-243.
81. **Sellers DM, Tomkins EM:** Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *CMAJ* 2001;164(6):817-821.
82. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE:** Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3): 239-248.
83. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):601-622.
84. **Self DW:** Neural substrates of drug craving and relapse in drug addiction. *Ann Med* 1998;30(4):379-389.
85. **McBride WJ, Le AD, Noronha A:** Central nervous system mechanisms in alcohol relapse. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26:280-286.
86. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
87. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. Dirección de Tratamiento. Centros de Integración Juvenil, A. C. *Rev Mex Neuroci* 2005.
88. **Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S et al.:** Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:375- 380.
89. **De Vries TJ, Schoffeleer AN, Binnekade R, Mulder AH, Vanderschuren LJ:** Drug-induced reinstatement of heroin- and cocaine-seeking behaviour following long-term extinction is associated with expression of behavioral sensitization. *Eur J Neurosci* 1998;10(11):3565-3571.
90. **Goldstein RZ, Volkow ND:** Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159 (10):1642-1652.
91. **Hasegawa Y, Higuchi S, Matsushita S, Miyaoka H:** Association of a polymorphism of the serotonin 1B receptor gene and alcohol dependence with inactive aldehyde dehydrogenase-2. *J Neural Transm* 2002;109:513-521.
92. **Herz A:** Endogenous opioid systems and alcohol addiction. *Psychopharmacology* 1997;129:99-111.
93. **Childress A, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J:** Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am. J Psychiatry* 1999;156(1):11-18.
94. **Galanter M:** Network therapy for the office practitioner. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;17: 332-334.
95. **Singleton EG, Gorelick DA:** Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. *Recent Dev Alcohol* 1998; 14:177-195.
96. **Karler R, Calder D, Chaudhry A, Turkanis A:** Blockade of "reverse tolerance" to cocaine and amphetamine by MK-801. *Life Sci* 1989;45:599-606.
97. **Halladay AK, Fisher H:** Interaction of phentermine plus fenfluramine: neurochemical and neurotoxic effects. *Neurotoxicology* 1998;19(2):177-183.
98. **Volkow N, Wang G, Fowler J et al.:** Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *Am J Psychiatry* 1999;156(1): 19-26.
99. **Wickelgren I:** Drug may suppress the craving for nicotine. *Science* 1998;282(5395):1797.
100. **Miyata H, Yanagita T:** Mechanism of nicotine dependence. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshim* 1998;33(5):557-573.
101. **Kendler KS, Prescott CA:** Consume, tolerance and abstinence of caffeine in women: a population study with twins. *Am J Psychiatry* 1999;156:223-228.
102. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* 1998;7(3):205-209.
103. **Finckh U, Rommelspacher H, Kuhn S, Dufeu P, Otto G:**

- Influence of the dopamine D2 receptor (DRD2) genotype on neuroadaptive effects of alcohol and the clinical outcome of alcoholism. *Pharmacogenetics* 1997;7:271-281.
104. **Markianos M, Lykouras L, Moussas G, Hatzimanolis J:** Changes in dopamine receptor responsivity during alcohol detoxification may predict relapse. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:363-365.
  105. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ:** Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002;13(5-6):355-366.
  106. **Kilts CD:** Imaging the roles of the amygdala in drug addiction. *Psychopharmacol Bull* 2001;35(1):84-94.
  107. **Diana M, Pistis M, Muntoni A, Gessa G:** Mesolimbic dopaminergic reduction outlasts ethanol withdrawal syndrome: evidence of protracted abstinence. *Neuroscience* 1996;71(2):411-415.
  108. **Fontana DJ, Post RM, Pert A:** Conditioned increases in mesolimbic dopamine overflow by stimuli associated with cocaine. *Brain Res* 1993;629(1):31-39.
  109. **Rodríguez de Fonseca F et al.:** Role of the limbic system in dependence on drugs. *Ann Med* 1998;30(4):397-405.
  110. **Di Chiara G, Acquas E, Tanda G:** Ethanol as a neurochemical surrogate of conventional reinforcers: the dopamine-opioid link. *Alcohol* 1996;13(1):13-17.
  111. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud.* Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
  112. **Spanagel R, Zieglansberger W:** Anticraving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci* 1997;18(2):54-59.
  113. **Schuckit M:** Goals of treatment. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment.* Washington, American Psychiatric Press, 1994;1:3-10.
  114. **Mandell W:** *Substance abuse treatment and management techniques.* Department of Mental Health, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 1991.
  115. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades.* Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  116. **Souza y Machorro M:** "Adicción" al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-490.
  117. **Chignon M, Jacquesy L, Mennad M, Terki A, Huttin F et al.:** Self-assessment questionnaire of alcoholic craving (Obsessive-Compulsive Drinking Scale). *Encephale* 1998;24(5):426-434.
  118. American Psychiatric Association (APA): Workgroup on substance use disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiat* 1995;152(suppl):2-59:3-5.
  119. **Chow L, Sellers M, Tomkins M:** Effect of naltrexone and its derivatives, nalmefene and naltrindole, on conditioned anticipatory behavior and saccharin intake in rats. *Behav Pharmacol* 1997;8(8):725-735.
  120. **Velasco FR:** *Alcoholismo: visión integral.* 2ª reimp. México, Trillas, 1997.
  121. **Volkow N, Fowler A, Wang J, Fowler J, Hitzemann F et al.:** Enhanced sensitivity to benzodiazepines in active cocaine-abusing subjects: a PET study. *Am J Psychiat* 1998;155:2.
  122. **Schworn MJ:** Ethanol toxicity in a critical care center. En: Hall JB et al. (eds.): *Principles of critical care.* Nueva York, McGraw-Hill, 1992.
  123. **Veenstra-Vanderweele J, Anderson GM, Cook EH:** Pharmacogenetics and the serotonin system: initial studies and future directions. *Eur J Pharmacol* 2000;410:165-181.
  124. **Kranzler H, Lappalainen J, Nellisery M, Gelernter J:** Association study of alcoholism subtypes with a functional promoter polymorphism in the serotonin transporter protein gene. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:1330-1335.
  125. **Fehr C, Schleicher A, Szegedi A, Anghelescu I, Klawe C:** Serotonergic polymorphisms in patients suffering from alcoholism, anxiety disorders and narcolepsy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:965-982.
  126. **Sun H-FS, Chang YT, Fann CSJ, Chang CJ:** Association study of novel human serotonin 5-HT<sub>1B</sub> polymorphisms with alcohol dependence in Taiwanese Han. *Biol Psychiatry* 2002;51:896-901.
  127. **Parsian A, Cloninger CR:** Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: association studies. *Psychiatr Genet* 2001;11:89-94.
  128. **Hermann MJ, Sonnek G, Weijers HG:** Electrophysiological indication for a link between serotonergic neurotransmission and personality in alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26:157-161.
  129. **Souza y Machorro M:** *Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica.* Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo. Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la Personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. San Carlos, 2004.
  130. **Bobes GJ, Portilla MPG et al.:** *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.* 2ª ed. Barcelona, Ars Medica, 2002.
  131. **Schmidt LG, Dufeu P, Kuhn S, Rommelspacher H:** Relapse prevention in alcoholics with an anticraving drug treatment: first results of the Berlin Study. *Pharmacopsychiatry* 1994;27(Suppl 1):21-23.
  132. **Holter SM, Landgraf R, Zieglansberger W, Spanagel R:** Time course of acamprosate action on operant ethanol self-administration after ethanol deprivation. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21(5):862-868.
  133. **Kratzer U, Schmidt WJ:** The anticraving drug acamprosate inhibits the conditioned place aversion induced by naloxone-precipitated morphine withdrawal in rats. *Neurosci Lett* 1998;252(1):53-56.
  134. **Heinz A, Jones DW, Bissette G, Hommer D, Ragan P:** Relationship between cortisol and serotonin metabolites and transporters in alcoholism. *Pharmacopsychiatry* 2002;35:127-134.
  135. **Ciraulo AM, Alpert N, Franko KJ:** Naltrexone for the treatment of alcoholism. *Am Fam Physician* 1997;56(3):803-806.
  136. **Naassila M, Hammoumi S, Legrand E, Durbin P:** Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(4):802-809.
  137. **Spanagel R, Holter SM, Allingham K, Landgraf R, Ziegl-**

- gansberger W:** Acamprosate and alcohol. I. Effects on alcohol intake following alcohol deprivation in the rat. *Eur J Pharmacol* 1999;305(1-3):39-44.
138. **De Santiago J:** *Tratamiento y rehabilitación de drogas*. Simposium Internacional "Programas con buenos resultados para reducir el abuso de drogas". México, Plan Nacional sobre drogas en Castilla y León, España-Centros de Integración Juvenil, A. C., 1999.
  139. **Lesch OM, Walter H:** New "state" markers for the detection of alcoholism. *Alcohol Suppl* 1996;1:59-62.
  140. **Vescovi PP, Coiro V:** Different control of GH secretion by gamma-amino- and gamma-hydroxy-butyric acid in 4-year abstinent alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:217-221.
  141. **Myers RD:** New drugs for the treatment of experimental alcoholism. *Alcohol* 1994;11(6):439-451.
  142. **Souza y Machorro M:** *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones*. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003.
  143. **Janiri L, Hadjichristos A, Buonanno A, Rago R, Mannelli P:** Adjuvant trazodone in the treatment of alcoholism: an open study. *Alcohol* 1998;33(4):362-365.
  144. **Kaufman E:** Family therapy. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;23:332-334.
  145. Gobierno Vasco: *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2000.
  146. World Health Organization (WHO): *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. Ginebra, 1993:27-31.
  147. **Schottenfeld RS:** Assessment of the patient. En: Galanter M, Kleber H: *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, American Psychiatric Press, 1994;3:25-28.
  148. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
  149. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
  150. **Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JA:** *Comprehensive textbook of psychiatry*. VII ed. Williams and Wilkins, 1999.
  151. **Westreich L:** Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría Salud Integral* 2002;58-60.
  152. **Fisher G, Jagsch R, Eder H:** Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addicts. *Addiction* 1999;94(2):231-239.
  153. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Dirección General Adjunta Normativa. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004.
  154. **Sánchez-Hervás E, Gradolí VT, Morales GE:** Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos* 2004;6(3):159-166.
  155. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Soc* 2000;8:99-106.
  156. **Marlatt GA, Gordon JR:** Determinants of relapses: implications for the maintenance of behavior change. En: Davinson PO, Davinson SM (eds.): *Behavioral medicine*. Nueva York, Bruner/Mazel, 1980.
  157. **Marlatt GA:** La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual. En: Casas M, Gossop M (eds.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Neurociencias, 1993:137-159.
  158. **Carroll K, Rousanville B, Keller D:** Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:249-265.
  159. **Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D:** Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Dev Alcohol* 2003;16:361-374.
  160. **Meichenbaum D, Cameron R:** Cognitive-behaviour therapy. En: Wilso G, Franks C (eds.): *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. Nueva York, Guilford Press, 1982.
  161. **Carroll K, Rousanville B, Nich C, Gordon L, Wirtz P et al.:** One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:989-997.
  162. **Mullen LS, Rieder RO, Glick RA, Luber B, Rosen PJ:** Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competency test. *Am J Psychiatry* 2004;161:1658-1664.
  163. **Annis H:** A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En: Miller W, Heather N (eds.): *Treating addictive behaviors: process of change*. Nueva York, Plenum, 1986.
  164. **Tiffany SA:** Cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: role of automatic and nonautomatic processes. 1990;84:127-190.
  165. **Volpicelli J, Alterman A, Hayasida M, O'Brien C:** Naltrexone and the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:876-880.
  166. **George M, Tenebac C, Blomer C, Norner M, Anton R:** Using neuroimaging to understand alcohol's brain effects. *CNS Spectrums* 1999;4:88-95.
  167. **Li TK:** Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. *J Stud Alcohol* 2000;61:5-12.
  168. **Cowen MS, Lawrence AJ:** The role of opioid-dopamine interactions in the induction and maintenance of ethanol consumption. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999;23:1171-1212.
  169. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, 2000.
  170. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica*. 1995.
  171. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de diciembre de 1998.
  172. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** La urgencia de la normatización y profesionalización de la atención a las adicciones. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2004.
  173. Asociación Mundial de Psiquiatría: *Médicos, pacientes, sociedad. derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires, 1998:43-44.
  174. **Winhusen TM, Kropp F:** Psychosocial treatments for women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin* 2003;30(3):17-25.



## Reflexión sobre el tratamiento antiadictivo\*

Analizada la terapéutica de los síndromes adictivos —agudos y crónicos de intoxicación o abstinencia— y de la dependencia propiamente tal, a través de una mirada reflexiva es sencillo comprender por qué los clínicos y los investigadores no dudan en considerarla un asunto desgastante y difícil de lidiar para el personal de salud.<sup>1-3</sup> Independientemente de las múltiples afecciones que ocasiona a las demás personas vinculadas con cada caso de abuso/adicción<sup>4,5</sup> (familiares, cónyuge, amistades, condiscípulos, compañeros de trabajo, etc.), su dificultad esencial reside, por una parte, en la existencia de un *binomio de exigencia-fracaso* caracterizado por una compleja y paradójica dualidad: el cúmulo de habilidades que exige su ejercicio a quienes lo realizan y la frustración que a corto o mediano plazo, debido a sus especiales características, éste suele producir.<sup>6</sup>

Dicha frustración —que a menudo acepta distintas graduaciones— puede incluso incrementarse, hasta hacerse el potencial generador del llamado síndrome de exhaustión, que como en otras áreas de la medicina especializada (terapia intensiva, servicios de urgencias, salas de atención de pacientes graves, oncológicos, quemados, terminales, etc.) reta frontalmente a la técnica médica, pone a prueba el profesionalismo y desgaja la paciencia del personal, a la vez que pone en riesgo la integralidad de su salud.<sup>7</sup> Por lo que se refiere a la otra parte de la condición morbosa de las adicciones, es preciso señalar que el tiempo que requiere un tratamiento para considerarse útil contra sus síndromes adictivos —que generalmente involucra el consumo simultáneo de múltiples psicotrópicos— nunca es breve, por lo que

la labor se juzga difícil, complicada y sobre todo prolongada.<sup>6</sup> Esto es, requiere lapsos continuos, no menores de cinco años<sup>8,9</sup> según sean el esquema o modelo terapéutico empleado y las metas propuestas en la rehabilitación dirigida a cada caso.<sup>10,11</sup>

Una de las cosas que llaman la atención en la literatura terapéutica contemporánea en este asunto es que buena parte de los estudios actuales realizados para conocer sus características refieren que las variables calificadas como más importantes para consolidar un pronóstico favorable a largo plazo que se derivara de la terapéutica antiadictiva son precisamente las actividades realizadas durante el postratamiento; es decir, las relativas a la participación desarrollada por los pacientes en el grupo terapéutico, las cuales están dadas por la calidad de su pertenencia, su colaboración activa y constante, así como por los cuidados que reciban como parte del manejo mixto (farmacológico y psicoterapéutico) empleado, siempre bajo indicación personalizada.<sup>12,13</sup> Ello resulta particularmente cierto en aquellos casos en los que se requiere administrar y supervisar fármacos para el control de cuadros agudos, o bien para obtener un adecuado mantenimiento posterior tardío, o cuando se emplean otras maniobras complementarias destinadas a corregir y mantener la mejoría del cuadro clínico.<sup>14</sup> Todo ello es independiente del apoyo suministrado por los grupos de ayuda mutua, destinado a mantener la abstinencia y a prever las recaídas.<sup>7,15</sup>

Hay que decir, por otra parte, que en relación con la eficacia de estos grupos —por cierto, aún no pertinentemente documentada ni avalada por datos de investiga-

\* Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M: Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C. *Rev Mex Neuroci*, 2005. En prensa.

**Cuadro 28-1. Diferencias en la atención terapéutica antiadictiva por tipo y nivel\***


---

Instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo y otras acciones)
Atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones etc.) como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales —entendiéndose el profesional no médico—, el trabajo intenso cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes realizado con base en una actividad “profesionalizada” de los que se dedican a ello sin contar con profesión, es decir, ofrecen consejería gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades
Consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas), que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca
Atención profesional médica general, unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud
Consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general
Atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos
Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de las que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado

---

\* Simposio Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. Simposium Regional de las Américas “Nuevos focos de atención en la psiquiatría”, de la World Psychiatric Association y la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, 1998. Souza y Machorro M: Enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.

ción clínica aplicada—, ésta parece depender más de la meta propuesta que de los procedimientos realizados en cada grupo: profesionales de la medicina general y otras especialidades, y paraprofesionales<sup>16</sup> (cuadro 28-1). En ese orden de ideas, vale la pena destacar que mucho de lo que ocurre en ellos no es generalizable, sino *sui generis*, pues cada grupo terapéutico privilegia *de facto* “su” esquema y “su” experiencia, de la cual derivan las más distintas formas de abordaje, mismas que en ocasiones resultan similares entre los grupos que atienden a pacientes, pese a no seguir la misma metodología. De modo que ese tipo de aproximación antiadictiva —que podría tipificarse como informal— no parece apearse, ni sigue el perfil de actuación señalado por la especialidad, pese a sus lineamientos genéricos en uno y otro caso.

El personal de salud cuenta con recursos bibliográficos, técnicos y otros donde afinar su conocimiento; los grupos de ayuda mutua cuentan, a su vez, con idéntica posibilidad, además de su literatura teórico-anecdótica, que no obstante su extensión no alcanza a estructurar un manual de manejo para pacientes adictos. Quizá por ello difícilmente consiguen lograr hoy en día —unos y otros— las metas terapéuticas planteadas por los comités de expertos, con iguales o incluso mejores resultados. Y en tanto no cuenten con evaluaciones de sus actividades, difícil será saber si son efectivas y cuánto (cuadros 1-5 y 1-3).

En otras palabras, la anarquía en el tratamiento de las adicciones en México seguirá siendo un hecho consu-

mado y reprobable mientras cada encargado de manejar un caso (¿terapeuta?) realice su plan “terapéutico” sin preparación *ad hoc*, descatando la normatividad al efecto y, sobre todo, sin una adecuada supervisión médica y psicológica.<sup>6,16,26</sup> Debido a la iatrogenia que han producido y a la charlatanería que los ha caracterizado, muchos de los grupos sin instrucción académica formal, pese a su noble intención y decidida colaboración —aquí se pueden incluir algunos profesionales—, siguen siendo señalados en la literatura especializada como altamente discutibles en la recomendación de ser un adecuado sustituto del manejo psiquiátrico antiadictivo, ya que, aunque son de mucha utilidad cuando operan bajo el esquema de colaboración conjunta con el grupo profesional especializado,<sup>7,17</sup> ello no siempre es fácil de lograr. Tal meta requiere un mecanismo exento de conflictos de poder y suspicacias, para que se mantenga sin contraindicaciones ni socavamientos a la filosofía y procedimientos médico, psicológico y psiquiátrico, a lo largo del tiempo. Más aún, si se toma en cuenta que la mayoría de los tratamientos farmacológicos empleados no tienen una firme base demostrada de eficacia y eficiencia que los haga superiores a otros o entre sí, o más recomendables por sus indicaciones más o menos específicas, lógicamente resultarán menos confiables todas aquellas formas de acción terapéutica cuyas actividades no se presten a evaluación.<sup>6,16,18</sup> Es precisamente debido a ello que la observación puntual de la historia clínica-terapéutica de cada paciente se convierte en una herra-

mienta indispensable para el manejo. Y será mucho más confiable aún cuando, apoyada en la experiencia documental, señale el uso de distintos recursos y maniobras simultáneas en la búsqueda del mejor manejo costo-redundante. De ahí la importancia de realizar historias clínicas detalladas y completas de los pacientes, de contrastar con otros centros de tratamiento la bioestadística obtenida, de realizar la investigación clínica apropiada y las evaluaciones correspondientes para una más eficaz retroalimentación.

Este mejor manejo que se deriva de la opción profesional especializada (psiquiatría de las adicciones), brevemente descrito, se conceptúa esencialmente en términos de:

- a. Ambientes libres de drogas.
- b. Terapeutas calificados.
- c. Actividades diseñadas *ad hoc*.
- d. Acatamiento de la normatividad de la salud, etc.

Ello puede resultar más deseable y menos iatrogénico, aunque no por ello se disminuyan necesariamente el número de recaídas, su frecuencia y alteraciones clínicas concomitantes.<sup>2,3,5,6</sup> En consecuencia, la diferencia entre la eficacia de los grupos señalados estriba en la comparación resultante entre la cantidad de la mejoría obtenida, su calidad y su duración, lo cual sienta las bases para iniciar un debate de grandes proporciones que rebasa con mucho la intención de esta breve revisión. Como puede apreciarse, esta intrincada condición no es sencilla de explicar, pues incluye varios elementos simultáneos que atañen al paciente, al terapeuta y a la dinámica producida entre ambos:

1. Respecto del paciente y sus peculiares características: antecedentes patológicos, tipo de personalidad, patrón de consumo desarrollado, comorbilidad, internamientos previos y cronicidad, entre otros.
2. En relación con la dinámica que se produce entre paciente y terapeuta en su interacción (contrato terapéutico): aceptación, comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales y contratransferenciales, etc. Aquella siempre está presente, aunque varíe notoriamente entre un caso y otro, según la estrategia propuesta por el modelo empleado y la evaluación de sus resultados.
3. En torno a la participación relativa al terapeuta, al programa de tratamiento y el tipo de intervenciones, éstas se conceptúan —para efectos de su evaluación— en términos de preparación, dedicación, tolerancia, respeto, profesionalismo.

A lo anterior se agregan las características del personal de salud, como su nivel de actuación, discrecionalidad, seriedad y responsabilidad, entre otras.<sup>7,19</sup> Se colige entonces que de las condiciones planteadas dependerán la eficiencia y eficacia terapéutica a través de la participación consciente/inconsciente, propositiva/no-propositiva mostrada por el paciente, a través de sus actitudes y conductas (comprensión-acción) dirigidas contra su problema, tal como se observa en toda patología crónica.<sup>20-22</sup> Y en esa dirección, cabe enfatizar que la conciencia de enfermedad o falla, en términos de enfermedad mental, es imprescindible, tanto para lograr como para mantener los cambios logrados. Así, puede observarse patentemente, por ejemplo, en el caso de los pacientes portadores de comorbilidad particular —síndromes mentales y adicciones—,<sup>23</sup> que muchos de ellos muestran características especiales, entre otras, el no desear reconocer su estado de afectación y, por lo tanto, no acudir a recibir tratamiento.

En este punto conviene dejar sentado que las dificultades referidas en la literatura sobre el tema, relativas a la no participación de los pacientes en tratamientos crónicos y más particularmente en manejos antiadictivos, son básicamente aquellas que integran la dinámica ubicada en un conocido intrínquis dado por:

1. Las expectativas sociales, familiares e individuales de los pacientes, que luego son proyectadas sobre el tratamiento, por ejemplo su costo, lugar, acciones que seguir, uso o no uso de medicamentos, recursos disponibles, tipo de mobiliarios y escenarios disponibles, participación en divertimentos, etc.<sup>25-27</sup>
2. Los relativos al programa terapéutico, como qué ofrece, cómo lo hace, cuándo y a quiénes lo asigna, en qué circunstancias y qué solicita de los pacientes y familiares, entre otros.
3. Las que por lo general recaen en cada miembro del equipo de salud que hace contacto con el afectado, como médicos, enfermeras, psicoterapeutas, personal hospitalario u otros; especialmente el terapeuta individual o de grupo, dada su estrecha cercanía con los pacientes.

De ahí que resulte altamente recomendable lograr la sincronía requerida entre la investigación clínica aplicada al efecto y la dirigida a los servicios de salud y la práctica clínica, para obtener de las vertientes en juego un producto final capaz de promover una terapéutica más precisa y adecuada.<sup>26</sup> Considerese a tal efecto, como una de las importantes ventajas producidas por el desarrollo de las tendencias de la investigación actual en este tema, la comparación de las distintas modalidades



terapéuticas disponibles, las cuales actúan sobre bases cada vez menos empíricas; se basan en casuísticas más amplias y homogéneas, pero, sobre todo, cuidando con esmero que resulten metodológicamente mejor concebidas y planteadas.<sup>25-28</sup>

Por su parte, los centros de tratamiento del país —y para este efecto, los de tipo profesional y los informales o de tipo paraprofesional son conceptualmente idénticos en sentido medicolegal— deben cubrir ciertos aspectos normativos de la salud, para su mejor y más adecuado desempeño.<sup>25-30</sup> Además del manejo del paciente abusador/adicto con farmacoterapia sustitutiva —como en el caso de la prescripción de metadona en heroínomanos— y su supervisión periódica durante todo el tiempo que dure el manejo,<sup>31</sup> se recomienda la participación conjunta de otros procedimientos y actividades complementarias, que se vuelven decisivas para la eficacia terapéutica contra los síndromes adictivos a largo plazo, como la individualización de los casos, a efecto de obtener mejores pronósticos de la sobriedad<sup>32,33</sup> y, en su caso, el importantísimo manejo familiar.<sup>34,35</sup> Recuérdese que se trata de padecimientos cuya afectación de índole cerebral crónica los hace difíciles de enfrentar aun con ayuda, debido a que se caracterizan precisamente por sus frecuentes recaídas. En estos pacientes, el uso de “vacunas” como parte de un manejo comprensivo de base médica es muy similar a cualquier otro manejo de padecimientos crónicos.<sup>36</sup>

De la mano de lo anterior, debe tenerse en cuenta que el padecimiento adictivo, por leve que sea, siempre produce comorbilidad. Ésta se reconoció y se describió formalmente hace relativamente pocos años y se nombró inicialmente trastorno “dual”, lo cual reducía involuntariamente las posibilidades de conceptualizar una más amplia morbilidad asociada y severos alcances que influyen en la morbimortalidad general. Véase, por ejemplo, un amplio estudio nacional realizado en EUA entre personas abusadoras/adictas, donde la prevalencia de riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es mayor en pacientes comórbidos que en los que no lo son, por lo cual los pacientes adictos, especialmente quienes lo son por venopuntura, requieren cuidados profesionales más cercanos y mejores,<sup>37,38</sup> además del indispensable conocimiento de su ubicación domiciliar y el reporte detallado a las autoridades correspondientes.

En esa dirección, se señala con toda precisión en la literatura que la terapia complementaria en adicciones no es sólo una alternativa frente a otros manejos, sino que todas conforman el manejo adecuado. Dicho manejo alude a la integralidad de la problemática adictiva<sup>39</sup> tal como ocurre con el manejo social y laboral<sup>40-43</sup> de los pacientes.<sup>44</sup> Por lo tanto, los programas de tratamiento

contra los síndromes adictivos y su comorbilidad, aquellos que desarrollan estrategias más amplias y completas, que incluyen a un número mayor de participantes, así como de familiares, clínicos, líderes de programa y autoridades de la comunidad, etc., se consideran más eficaces y recomendables que aquellos que no lo ofrecen<sup>45</sup> o lo hacen en forma parcial.<sup>46,47</sup>

Ahora, para contextualizar brevemente otro aspecto del problema terapéutico antiadictivo, insuficientemente desarrollado a lo largo de los años en los distintos países (industrializados y no industrializados), se desea enfatizar que entre los adultos mayores —para sólo señalar un ángulo de este amplio problema—, psicotrópicos como el alcohol y otros psicofármacos —medicamentos ansiolíticos de prescripción médica, como benzodiazepinas, ácido gamma-hidroxi-butírico (GABA), etc.— han generado una importante ola de uso autoprescrito, que a menudo redundo en mal uso y sobredosificación, con graves y hasta letales consecuencias. Tal condición, ampliamente diseminada en el mundo, ha sido llamada “epidemia invisible”.<sup>48,49</sup> Su diagnóstico y cuantificación permanecen en franco subregistro y, por lo tanto, no se reflejan adecuadamente en los reportes oficiales. Además, bloquea las acciones correctivas correspondientes, mismas que a la fecha siguen siendo inciertas.

Otro aspecto por considerar en el manejo de los síndromes adictivos es que, no obstante que la abstinencia total y sin concesiones es siempre un paradigma y una meta que lograr, debe esperarse que las acciones terapéuticas emprendidas sean eficaces y a la mayor brevedad. Asimismo, se recomienda que tales intervenciones identifiquen de modo prioritario los riesgos más importantes por enfrentar.<sup>6</sup> Ello se aprecia claramente, por ejemplo, en aquellos estudios que puntualizan la importancia de la identificación de las variables sociodemográficas para predecir razonablemente el uso de los servicios de salud, entre aquellas personas con problemas de abuso/adicción a psicotrópicos y otras sustancias de uso y abuso,<sup>50,51</sup> incluido el tabaco.<sup>52</sup> En México, durante muchos años se consideró un hábito de consecuencias leves y poca dificultad terapéutica. Por lo tanto, tardó en considerarse la adicción tabáquica un riesgo a la salud, de enormes proporciones, como se reconoce en la actualidad.<sup>5,16,53</sup> Hoy se sabe por muchos estudios nacionales e internacionales —como la investigación realizada en EUA cuyos diagnósticos de dependencia, excluyendo al tabaquismo, se basaron en el DSM-IV-TR— que las personas usuarias de los servicios de salud:

- a. Son con más frecuencia mujeres.
- b. Proviene especialmente de estratos socioeconómicos medio-altos.

- c. No han desarrollado a la fecha problemas legales.
- d. Aunque presentan problemas de uso y abuso de sustancias psicotrópicas como alcohol o marihuana (THC), no se consideran a sí mismas personas que requieran tratamiento.<sup>6,8,54</sup>

En tal sentido, cabe señalar que las cifras referidas son elocuentes y descriptivas, aunque no son idénticas a las que ocurren en el país. Es importante destacar la condición de negación al reconocimiento patológico de la propia persona, no sólo por su elevada frecuencia, sino debido a sus alcances contra la salud. Este frecuente fenómeno se observa claramente entre las distintas personas de la comunidad —ya sean pacientes de un tipo u otro—, tal como ocurre con las mujeres violadas,<sup>55</sup> los individuos parafilicos que nunca se acercaron a recibir tratamiento y orientación profesional, y los que mantienen relaciones sexuales con personas de su propio sexo por amplios periodos, pero que no se asumen como homosexuales, bisexuales ni enfermos. Por ello es oportuno destacar la documentación incontrovertida de muchos de ellos que, además de otros trastornos, muestran consumo múltiple de psicotrópicos, por lo que corren mayores riesgos de salud.<sup>56,57</sup>

Pero, en todo caso, lo importante que hay que destacar es que para minimizar dicha tendencia se pueden

desarrollar distintos procedimientos diagnósticos y de tamizaje, que contribuyen más clara y ampliamente a la tipificación nosográfica y al manejo de los distintos problemas. En primera instancia, adictivos,<sup>6,54</sup> o bien de otra índole (comórbidos), como los muy frecuentes trastornos del dormir (insomnio y otros); los no muy conocidos trastornos del control de los impulsos, que no son propiamente adicción (tricotilomanía, juego patológico, “adicción sexual”) (cuadros 28-2, 28-3 y 28-4); los alimentarios (anorexia-bulimia, obesidad, etc.); los de personalidad (compulsiva, ansiosa, depresiva, sociopática, etc.); los ansiosos (de ansiedad generalizada, fobia social, etc.); los depresivos (distimias, depresión mayor, etc.), y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella, entre otros.<sup>58</sup>

En aras de reducir los costos, el tiempo y el uso de recursos personales, es deseable un adecuado uso de instrumentos clínicos, para evaluar más convenientemente el tipo de pacientes a quienes habrá y a quienes no habrá de asignárseles tratamiento,<sup>59</sup> pero, más especialmente, a efecto de disponer de controles evaluables de las funciones dañadas en cada uno de ellos y su objetivación documental, lo cual representa un requerimiento legítimo inherente al manejo científico de cualquier problema de salud.<sup>59</sup>

### Cuadro 28-2. Patrones y ejemplos de “adicción” al sexo\*

Fantasías sexuales: patrón de negación reiterada de las conductas derivadas de sus fantasías; masturbación compulsiva
Seducción: patrón de relaciones sexuales extramaritales (indistintamente heterosexual u homosexual), coquetería o “flirteo” constante; conducta sexual seductora
Sexo en anonimato: patrón de relaciones sexuales con personas desconocidas; experiencias sexuales “sin compromiso” sólo para la satisfacción sexual inmediata
Sexo vía pago: patrón de conductas sexuales pagadas a prostitutas(os) u otras actividades de sexo explícito, como llamadas telefónicas, etc.
Intercambios sexuales mercantiles: patrón de cobro por actividades sexuales o pago con drogas, o ambos
Voyeurismo: patrocinio de actividades sexuales de adultos y observación o participación en lugares comerciales de sexo pagado, como tiendas de artículos sexuales, espectáculos de desnudez, observación de actividades sexuales a través de ventanas, casas o lugares <i>ad hoc</i> , telescopios indiscretos, etc.; coleccionismo de revistas y materiales pornográficos en la casa o el trabajo, o ambos
Exhibicionismo: patrón de exposición reiterada de la desnudez propia en lugares públicos o desde la casa o el coche particular; uso de vestimenta especialmente diseñada para dejar las regiones pudendas al descubierto y uso de atuendos que destacan significativamente la anatomía, con fines provocativos sensuales o de atracción de la mirada ajena, como el que usan las prostitutas, etc.
Abuso sexual: patrón de toqueteo corporal de personas que no consienten o es realizado con abuso de confianza y sin su autorización, usando la posición de poder o jerarquía profesional, de rango, posición, autoridad religiosa, política, etc., para explotar sexualmente a las personas; estupro y violación
Sadomasoquismo: patrón de conductas sexuales caracterizadas por la producción y recepción de actividades sexuales dolorosas, supuestamente dirigidas a elevar (distorsión) la excitación sexual y el placer
Uso de parafernalia sexual: patrón de uso de objetos sexuales con el propósito de masturbarse con ellos, uso de ropas del otro sexo (trasvestismo) con miras a incrementar la excitación y el placer sexual, uso de objetos inertes (fetichismo) como parte de las actividades sexuales regulares, o bien tener sexo con animales (zoofilia), y otras actividades, solas o combinadas
Pedofilia: patrón de relaciones sexuales caracterizadas por el abuso con o sin forzamiento (violencia) de menores para tener actividad sexual o consumo de pornografía infantil (estupro), o ambos

\* Modificado de: Carnes PJ: *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. Nueva York, Bantam Books, 1991:42-44. Souza y Machorro M: “Adicción” al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-490.

**Cuadro 28-3. Cuestionario para la determinación de “adicción” al sexo\***

1. ¿Existe antecedente de abuso sexual (psicofísico) en la infancia?
2. ¿Recibe o adquiere regularmente revista(s) de contenido sexual explícito?
3. ¿Sus padres han tenido problemas con el comportamiento sexual?
4. ¿Le preocupan sus pensamientos sexuales?
5. ¿Cree que su conducta sexual es normal?
6. ¿Se queja su esposa u otra(s) persona(s) de su conducta sexual?
7. ¿Tiene dificultad en detener su comportamiento sexual cuando sabe que es inapropiado?
8. ¿Alguna vez se ha sentido mal a causa de su conducta sexual?
9. ¿Su conducta sexual ha generado problemas a su familia o a otras personas cercanas?
10. ¿Ha solicitado ayuda para controlar algún comportamiento sexual que le disgusta?
11. ¿Alguna(s) persona(s) cercana(s) se ha(n) preocupado a causa de sus actividades sexuales?
12. ¿Alguien se ha lastimado con sus actividades sexuales?
13. ¿Ha realizado conductas sexuales ilegales?
14. ¿Se ha prometido o propuesto modificar alguna conducta sexual?
15. ¿Ha fallado en realizar esfuerzos para controlar alguna conducta sexual?
16. ¿Ha sentido necesario esconder a otros(as) alguno(s) aspecto(s) de su conducta sexual?
17. ¿Ha intentado detener alguna parte de sus actividades sexuales?
18. ¿Se ha sentido degradado por alguna de sus conductas sexuales?
19. ¿Usa el sexo como un escape para algunos de sus problemas?
20. ¿Se ha sentido deprimido o avergonzado después de tener sexo?
21. ¿Siente necesario eliminar alguna conducta sexual?
22. ¿Su actividad sexual interfiere con la vida familiar?
23. ¿Ha tenido sexo con menores de edad?
24. ¿Se siente controlado por su deseo sexual?
25. ¿Ha pensado alguna vez que su deseo sexual es más fuerte que usted?

Nota. De obtenerse positivas 3 o más de las preguntas, en 96% de los casos el individuo será correctamente diagnosticado. El cuestionario deberá usarse con cuidado en el caso de individuos homosexuales, cuya conducta puede involucrar la realización de ciertas actividades subrepticias o vergonzantes para el sujeto debido a la interpretación que hace de su conducta, pero sin representar “adicción”, independientemente de que se habrá de considerar que la validez del cuestionario no se ha establecido para su uso en mujeres ni adolescentes.

\* Modificado de: Carnes PJ: *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. Nueva York, Bantam Books, 1991:42-44. Souza y Machorro M: “Adicción” al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-490.

**Cuadro 28-4. Cuestionario autoaplicable para el diagnóstico de “adicción” sexual \***

Este cuestionario es una forma autoaplicable preliminar para la evaluación de los síntomas que determinan la “adicción” al sexo, pero de ninguna manera sustituye a la valoración proporcionada por una entrevista especializada. La corroboración del diagnóstico requiere una consulta psiquiátrica formal.

1. ¿Constantemente tienes pensamientos o fantasías sobre sexo?
2. ¿Sientes que tu vida no tendría sentido sin el sexo?
3. ¿Has tenido relaciones sexuales con una o más personas con las cuales no querías tener relaciones sexuales?
4. ¿Tienes o has tenido sexo sin importarte las consecuencias (contraer herpes, SIDA, quedar embarazada, etc.)?
5. ¿Sientes que el sexo es lo más importante en una relación sentimental?
6. ¿Después de haber tenido relaciones sexuales te sientes deprimido(a)?
7. ¿Con regularidad compras, para consumir, material pornográfico, como revistas y videos?
8. ¿Alguna vez has pagado para tener relaciones sexuales con una persona?
9. ¿Has perdido la cuenta de cuántas parejas sexuales has tenido?
10. ¿Alguna vez has sentido la urgencia de tener relaciones sexuales?
11. ¿Te sientes valorado(a) o querido(a) sólo cuando tienes relaciones sexuales?
12. ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con menores de edad?
13. ¿Has realizado actividades sexuales no relacionadas con tu inclinación sexual?
14. ¿Tienes relaciones sexuales para tratar de escapar de tus problemas diarios?
15. ¿Has tratado de controlar con qué frecuencia debes tener relaciones sexuales?

\* Modificado de: Maulen B: Sex addiction diagnosis. When libido becomes a burden. Entrevista con el Dr. Beate Schumacher. *MMW Fortschr Med* 2000, marzo 23;142(12):14. Souza y Machorro M: “Adicción” al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-490.

Véase, a guisa de ejemplo, el estudio dirigido a conocer las principales características sociodemográficas de quien acude a tratamiento contra los síndromes adictivos y su comorbilidad, la severidad del problema y los factores motivacionales que los predisponen a su inclusión.

Entre los bebedores problema analizados en el estudio que se describe (provenientes de poblaciones aseguradas y no aseguradas), los factores predictores más importantes para su ingreso a tratamiento fueron las consecuencias sociales de ello, no tanto el tipo o la gravedad de los problemas presentados. Y como la muestra en cuestión se tomó en recintos que llevan a cabo medidas tradicionales de manejo, se infiere que los programas públicos tienen un papel crucial en el sistema terapéutico contra drogas psicotrópicas como el alcohol, ya que su variabilidad influye en alguna medida en la producción de sugerencias y cambios en la política social de la salud.<sup>60</sup>

También se ha señalado en la literatura contemporánea del tema que los pacientes abusadores/adictos que muestran a lo largo de su vida, y por tiempos más prolongados, antecedentes de alteraciones de abuso psicofísico o sexual (o ambos) se asocian con mayores trastornos por vencer en el momento de iniciar su manejo, cuando lo hacen<sup>61</sup> (cuadro 28-5).

De hecho, algunos estudios se dirigen *ex profeso* a dilucidar si tales afectaciones son capaces de motivar el tratamiento y predecir el tipo de respuesta obtenida durante y después de éste.<sup>62</sup> Véase, por ejemplo, que en una muy amplia muestra de veteranos (hombres y mujeres) diagnosticados como portadores de trastornos por uso de sustancias —a través del Índice de Severidad de la Adicción— durante la etapa previa al manejo y un año después, se señala que el abuso físico o sexual (psicofísico) a lo largo de la vida predice evoluciones posteriores con mayor deterioro. Por lo tanto, se espera un peor pronóstico que en las personas que no son portadoras de tales antecedentes.

Se ha documentado, asimismo, que entre los pacientes abusadores/adictos, quienes más muestran trastornos ligados al abuso sexual son las poblaciones femeniles. En cambio, la mayor severidad de los casos de adicción ocurre entre los varones. Tales circunstancias, el abuso y la severidad adictiva, al parecer muestran una evolución similar entre un género y el otro; de ahí que se recomiende preferentemente el uso de técnicas de entrevista y manejo, a la par que facilitar el menor tiempo posible entre una sesión y otra, lo que resulta de mayor beneficio a los pacientes, hayan tenido o no la experiencia de abuso. Los autores del estudio indican que los portadores de patologías de abuso/adicción y antecedentes de abuso sexual o psicofísico (o ambos) son quienes mues-

### Cuadro 28-5. Trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones\*

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Trastornos afectivos
Trastorno de conducta
Disfunción familiar
Trastornos por ansiedad
Depresión e intentos suicidas
VIH/SIDA
Esquizofrenia
Tabaquismo-cafeinismo
Trastornos alimentarios
Trastornos del sueño e insomnio
Disfunción sexual y parafilias
Trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, piromanía
Juego patológico, tricotilomanía, "adicción" sexual
Consumo de fármacos de uso médico; otros

\* Modificado de: Essau CA, Conradt J, Peterman F: Frequency and co-morbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999; 37:831-843; Wilens T, Biderman J, Spencer T: Attention deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Child Adolesc Clin North Am* 1996;5:73-91; Giancola PR, Mezzich AC: Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: Better accounted for by conduct disorder? *J Stud Alcohol* 2000;61:809-817; Bulik CM, Sullivan P, McKee M: Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:273-283; Shaffi M, Steltz-Linarky J, Derrick AM: Comorbidity of mental disorders in the post mortem diagnosis of completed suicides in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15: 227-233; Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7ª ed. Williams and Wilkins, 1999; Souza y Machorro M: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga S, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPA. *Psiquiatría* 2ª Época 1998;14(1):9-2.5

tran más tórpida evolución y pronósticos más reservados, e incluso cierta correlación con otras alteraciones psiquiátricas (comorbilidad), déficit de apoyo social y diversas dificultades para establecer alianzas de apoyo, ya sea dentro o fuera del tratamiento. Todo ello convierte a estos pacientes en un grupo peculiar y más difícil de manejar, empeorando con ello las posibilidades terapéuticas concretas y, en consecuencia, el respectivo pronóstico de su salud a largo plazo.<sup>61,62</sup>

Dentro de la comorbilidad psiquiátrica y su manejo posterior tardío también se han estudiado otros aspectos<sup>63</sup> (cuadro 28-6). En el estudio realizado en pacientes masculinos residentes de un programa de tratamiento intensivo para abuso/adicción de psicotrópicos, se informa que aquellos con diagnóstico doble o múltiple tienen menos posibilidades de remitir a la sintomatología a lo largo de cinco años. Por otro lado, los que reciben manejo para ambas condiciones, básica y comórbida, remiten en mayor cantidad y mejoran su pronóstico

### Cuadro 28-6. Principales aspectos sociodemográficos vinculados a la producción de la violencia\*

Historia familiar–personal de violencia  
 Portación de armas  
 La banda (pandilla) y su pertenencia  
 Trastornos de conducta y violencia  
 Agresión sexual  
 Homicidio

\* Modificado de: Spaccarelli S, Coatsworth JD, Bowden BS: Exposure to serious family violence among incarcerated boys: its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence Vict* 1995;10:163–181; Sheley J, McGee Z, Wright J: Gun-related violence in and around inner-city schools. *Am J Dis Child* 1992;146:677–682. Nawojczyk S@www.Gangwar.com/dynamics.html: street gang dynamics. North Little Rock, The Nawojczyk Group, 1998, feb. 28; O’Shaughnessy RJ: Clinical aspects of forensic assessment of juvenile offenders. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:721–735; Myers WC, Scott K, Burgess AW: Psychopathology, biopsychosocial factors, crime characteristics, and classification of 25 homicidal youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1483–1489; Ryan G: Sexually abusive youth—defining the population. En: Ryan G, Lane (eds.): *Juvenile sexual offending—causes, consequences and correction*. San Francisco, Jossey-Bass, 1997:6–175.

posterior tardío.<sup>63</sup> En consecuencia, se subraya la importancia de recibir pronta ayuda en grupos de ayuda mutua, apoyo que en el ámbito profesional se considera un factor complementario de vigorización para la terapéutica de los trastornos comórbidos de la problemática adictiva,<sup>63</sup> en particular durante esta etapa. Es importante destacar que la mayor parte de los pacientes adictos con problemática aguda, como los síndromes de abstinencia y de intoxicación, acuden en primera instancia a los servicios generales con médicos no especialistas, donde encuentran por regla general intervenciones motivacionales breves, cuyo impacto y enfoque sintomático casi nunca o pocas veces los convencen para ingresar a tratamiento especializado.<sup>64</sup>

Se sabe que tampoco reciben suficiente y eficaz apoyo para obtener información legal o de otra índole, tal como se requiere para enfrentar el problema en su momento más crítico.<sup>65–67</sup>

Véase qué frecuente resulta que la problemática conyugal y familiar se dé por “resuelta” cada vez que el afectado regresa a casa “arrepentido” y es “perdonado” por su cónyuge y familiares. Y sin embargo, es excepcional, en cambio, que se acompañe de manejo de una apropiada medicación de mantenimiento (disulfiram, naltrexona, buprenorfina, etc.) o el uso de otros recursos correctivos complementarios.<sup>67</sup> De ahí que se conceda una elevada importancia a reforzar las acciones educativo-preventivas en el personal de salud que labora en esa

porción de la terapéutica, para hacer más eficaz su participación.<sup>68–71</sup>

Otro de los problemas relevantes en torno a este tema es la integración terapéutica de los grupos juveniles —en importante incremento hoy día dada su trascendencia—,<sup>72</sup> los trastornos psicóticos,<sup>73</sup> los estados agudos de abstinencia por el abuso de polifarmacia<sup>74</sup> y los que involucran a más de una persona o más de un diagnóstico a la vez.<sup>75</sup> El estudio de las adicciones —que representan una evidente problemática de salud pública<sup>76</sup> ampliamente documentada en la actualidad—<sup>6,49,63</sup> asume que debe considerarse una gran responsabilidad sociomédica de todos los que participan<sup>77,78</sup> en distintos niveles y perfiles de actuación.<sup>79</sup> Incluso conviene señalar de paso que la preocupación en el medio es tal que la modernidad técnico-científica obtenida en estos días se aprovecha precisamente para tratar de privilegiar el uso de “vacunas” con cierta especificidad —en la medida de lo posible—, con miras a contener el impacto de este desbordado fenómeno, y en tanto representa una condición grave, crónica y recurrente, para la cual todos los pacientes —víctimas obligadas de un circuito bioquímico revolviente— no disponen por sí mismos de los recursos biopsíquicos, actitudinales y conductuales para impedir tal afectación.<sup>53</sup>

De modo que la meta —hoy por hoy todavía expectante— de la aplicación de vacunas que liberen la circularidad de la adicción y sus recaídas es muy codiciada, a pesar de haber sido planteada originalmente, desde una visión postulada en el siglo pasado, en términos de “elementos mediadores-controladores” de la sobredosis y la neurotoxicidad. Debido a ello, es pertinente hacer una aclaración técnica, pues en estricto sentido las llamadas “vacunas” actúan más bien induciendo anticuerpos específicos en el torrente sanguíneo al unirse a la sustancia circulante, previniendo así su entrada al cerebro. Es decir, son bloqueadores que compiten por sitios específicos y no se comportan como las verdaderas vacunas, esto es, como productos biológicos que son, cuya inmunorreacción inducida y en incremento reduce la opción patógena del germen infectante de generar el cuadro mórbico por su eliminación, vía destrucción. Comoquiera que sea, por ahora la mayor parte de los trabajos de investigación al respecto se han dirigido principalmente a la cocaína y a la nicotina, cuyas respuestas producen una aceptable y buena protección a largo plazo, con un mínimo de problemas terapéuticos colaterales.

Debido a su difusión en la literatura mundial, huelga decir que ya se encuentran en proceso las vacunas para fenilclidina, metanfetaminas, heroína y otras. Sin embargo, los problemas en torno de su utilización exitosa aún deben encarar situaciones pendientes. Por ejemplo,

un asunto que subyace en la investigación de vacunas contra los psicotrópicos sigue siendo la necesidad de producir altas concentraciones de drogas específicas circulantes, suficientes como para reducir la conducta de búsqueda de droga (*craving*) cuando la sustancia se aplica reiteradamente, o bien cuando se consume en altas dosis, como en el caso de los adictos graves y crónicos, a quienes va dirigida primordialmente esta estrategia de manejo a largo plazo. Este punto resulta medular en el asunto de la terapéutica contemporánea de las adicciones. Además, para que las mencionadas sustancias, usadas a modo de vacuna, puedan ser una verdadera opción terapéutica, deberán primero resolverse otros delicados asuntos vinculados con ello, como:

1. La poca protección contra las drogas de estructura diferente de las sustancias utilizadas por los abusadores/adictos, las cuales, sin embargo, producen los mismos efectos que la droga para la cual se intenta el uso de la vacuna.
2. El pobre efecto producido sobre el anhelo imperioso de consumo (*craving*) que predispone a su recaída y a sus repercusiones clínicas.
3. La gran variabilidad obtenida (véase en ello el grado actual de inespecificidad alcanzado) en la formación lograda de anticuerpos bloqueadores.
4. La vacunación forzada o impuesta puede ser ampliamente cuestionada y rechazada, pues no tiene bases éticas confiables como para ser considerada en el manejo científico de los casos, e incluso podría dar paso fácilmente a problemas legales.

De ahí que se recomiende que quienes tomen parte en este manejo investigativo-terapéutico sean individuos altamente motivados —lo cual es más bien raro entre tales individuos—, para participar en los programas de atención comprensiva que faciliten el manejo.<sup>80</sup> Se desprende de lo mencionado anteriormente una consideración extra en torno del tratamiento médico y psicológico de los problemas adictivos derivados del uso, abuso y adicción de psicotrópicos: esta patología no es diferente de otros trastornos crónicos.<sup>80-82</sup> Los cuidados en los distintos niveles de necesidad personal-familiar-social, según las modalidades de actuación, deben ser permanentes.<sup>6</sup> Asimismo, la supervisión terapéutica postratamiento, como ya se señaló, se considera la pieza clave de la rehabilitación,<sup>12,13,82</sup> y a su vez un reto a los servicios asistenciales que ofrezca cualquier comunidad.<sup>83</sup>

Desdichadamente, las distintas opciones terapéuticas brindadas por las distintas comunidades no disponen de iguales recursos, por lo cual los resultados siem-

pre serán distintos, amén de otras características de actuación prolijadas por los distintos modelos terapéuticos empleados,<sup>83-85</sup> tal como ocurre en los escenarios de manejo de pacientes de edad avanzada, cuyas características son únicas y no se parecen a otros grupos consumidores bajo tratamiento.<sup>86</sup> En tal sentido, cabe señalar que entre las personas adultas mayores o senectas, la referida “epidemia silenciosa” —que refleja fundamentalmente automedicación, consumo abusivo y adicción a psicotónicos— se complica aún más con la sintomatología propia de la edad y otras alteraciones concomitantes, que agravan el diagnóstico y hacen del manejo una dificultad en no pocas ocasiones severa.<sup>87</sup>

Cuando se tratan los síndromes adictivos en el contexto tradicional de los tratamientos médico-psicológicos, se provoca en algunos criterios clínicos —según su orientación e intereses— un cierto descrédito y desconfianza. Ello ocurre claramente en la administración económica de los seguros contra problemas de la salud, debido a que tales personas consideran que ya no es oportuno seguir manejándolos “como antaño”, y se exigen preferentemente versiones de manejos más avanzados, específicos y especializados, de acuerdo con la condición neurobioquímica y psicosocial que los estudios recientes han señalado para tales alteraciones.<sup>88,89</sup>

De hecho, ya se ha criticado muchas veces en la literatura el concepto y los términos que permiten los manejos tradicionales, como el costo-beneficio de las instancias de internamiento residencial en pacientes abusadores/adictos,<sup>90</sup> visión que, dicho sea de paso, niega o por lo menos subestima irrespetuosamente las complicaciones inherentes a los manejos profesionales de la psiquiatría y las adicciones, como el valor inherente al individuo en tanto persona *vs.* el costo económico y social por rehabilitarlo, independientemente de las dificultades técnicas y operacionales de cada labor antiadictiva. Pues aunque los procedimientos antiadictivos pueden parecerse, la desintoxicación y la abstinencia son distintas, tanto en el caso de la nicotina (*Nicotiana tabacum*) como en el de otras drogas.<sup>91</sup>

La visión presentada hasta aquí, conformada por una pléyade de observaciones teórico-prácticas, pretende mostrar un aspecto del marco terapéutico de las adicciones, para informar acerca de sus principales características y contrastar así con la visión mítica tradicional de esta comunidad, en espera de mejorar el uso de las herramientas clínicas que apoyen el diagnóstico y faciliten el manejo de los casos, de acuerdo con su etiología. Sin embargo, en su devenir, los grupos sociales han concedido el mismo nivel de veracidad, credibilidad y confianza a la participación de la herencia genética en los síndromes de adicción que a otros puntos de vista. Así,

por ejemplo, ha sido considerada ésta como una consecuencia psicosocial de la iniquidad comunitaria, de la pobreza o del no contar con acceso a cierto grado o calidad de poder y jerarquías en términos de privilegios o prebendas. Se ha vislumbrado incluso como una libertad del individuo a ser como quiera ser, para así caer... en la alineación, óptica que viene a representar el pago por derecho propio a la insania, en el contexto de una sociedad industrializada, basada en diversas formas de consumo innecesario; circunstancia psicosocial negativa, deshumanizante y enajenadora, que apoyada en falsos estándares e ideales enaltecidos por la mercadotecnia y la publicidad del mundo globalizado de nuestros días se vuelve tan corporativa y empresarial como inequitativa.

En tal contexto, resulta difícil para quien no esté informado señalar cuál de todos los planteamientos sobre la etiopatogenia de las adicciones es preferencial, cuando se desconoce el peso específico de cada uno de ellos. En función de ello, podría llegarse a la conclusión —¿como pretexto?— de que no existe acuerdo en cuanto a la mejor forma de ofrecer tratamiento a los abusadores/adictos, y a establecer la formal dificultad de acceder a conceptos terapéuticos y posiciones académicas. Uno de los polos de esta pesimista condición es el nihilismo romántico: no hay nada que hacer... El otro, el delirio mesiánico: se elimina cualquier problema por decreto.

Todo ello suele reforzarse por el obstáculo que ofrecen las fervorosas posiciones subjetivas (no escolásticas) de los distintos involucrados, en vez de acceder en la modernidad —como recomiendan los profesionales— a la visión científica de la psiquiatría de las adicciones, que ofrece conceptos generales comprensivos y explicativos de la etiopatogenia, la realidad clínica y su terapéutica, en su tarea de enfrentar la problemática biopsicosocial de los pacientes y sus familiares, de modo objetivo e integral, para colaborar con la sociedad sólo bajo premisas humanistas.<sup>5</sup>

En síntesis, esta visión panorámica de la terapéutica antiadictiva pretende destacar la importancia de la evaluación clínica, sin la cual no es posible ofrecer trato profesional.<sup>6</sup> Y como hoy en día las intervenciones clínicas se prefieren breves, se basan en juicios de ponderación farmacológica riesgo-utilidad y costo-efectividad —que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias— cuya meta inicial es la reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados, para luego fomentar la eliminación de la reincidencia con la inclusión de factores de crecimiento y la adquisición de nuevas habilidades autoafirmativas para la vida, resulta insustituible la práctica sistemática de la evaluación clínica.<sup>7,53</sup>

El éxito rehabilitatorio alcanzado por la oferta de servicios asistenciales contra las adicciones en México, hasta ahora insuficiente, ofrece poca cobertura real para el beneficio de los incluidos en esta óptica integral, sobre todo si se comparan con la demanda real de tratamiento, dado su tardío ingreso a los programas terapéuticos (de cinco a ocho años), el reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, y especialmente su alta deserción. Lo anterior se complica aún más por la insuficiente e inadecuada preparación profesional y la pobre cobertura asistencial oficial ofrecida, entre otros importantes problemas por considerar.<sup>7,6,53</sup>

Por otro lado, cabe acotar que, si bien el número de agentes farmacológicos *anticraving* se ha incrementado, su selección clínica ha de proceder con base en las características de cada caso y la dimensión prioritariamente afectada (cuadro 7-1). De modo que la terapia farmacológica establece, refuerza, mantiene y produce mejores resultados cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares y la decidida participación de los grupos de ayuda mutua, a efecto de brindar contención emocional y favorecer la reinserción social, pues dado que los pacientes son en su mayoría poliusuarios, rara vez permiten enfrentar retos únicos de manejo.<sup>7,53</sup> Las soluciones prácticas al problema se apoyan en el incremento cualitativo de los cuidados que reciban los abusadores/adictos. En ello la educación, la calidad de la asistencia y la seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica se vuelven, asimismo, fundamentales. Los pilares del avance científico —formación de recursos humanos e investigación—, al enfocarse en la dimensión patológica del hombre, podrán desarrollar las anheladas “nuevas estrategias para viejos problemas”.<sup>53</sup>

La óptica de adecuación personal del tratamiento es indispensable, pues la decisión de someter a todos los pacientes por igual a un mismo régimen, o considerar que la adicción no guarda diferencias entre sustancias y patrones de consumo, es un error probado. La insurgencia de la terapia *anticraving*, incomparable para el manejo de los síndromes agudos de intoxicación y abstinencia, no resulta útil ni está indicada, salvo excepciones, en el manejo a largo plazo de la condición adictiva, a la que han de agregarse indefectiblemente otras importantes medidas complementarias por espacio de dos años como mínimo, extensibles habitualmente más allá de los cinco años.

Un tratamiento eficaz es aquel que ofrece beneficios continuos a largo plazo y asume procedimientos éticos indispensables, cuyas combinaciones deben ser parte fundamental de la estrategia y no del azar, por lo cual es preciso desarrollar una adecuada visión de la estrategia

antiadictiva fundada en la tolerancia y el respeto a cada paciente. De ahí que, descrito en forma breve, un modelo terapéutico integral:

1. Se basa en el conocimiento más avanzado de que se disponga.
2. Ubica funcionalmente cada uno de los esfuerzos asignados en el lugar de su óptima aplicación. Realiza su función conjunta y armónicamente en los planos interprofesional, interprofesional y transprofesional.
3. Jerarquiza la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio para la comunidad, porque si bien todas las acciones son importantes, éstas han de ser concertadas y dosificadas por criterios operacionales.
4. Realiza una adecuada evaluación del procedimiento empleado, en espera de que las modifica-

ciones pertinentes optimicen el proceso de crecimiento hacia su consolidación, con base en la utilidad social de un modelo diseñado *ex profeso*.

En consecuencia, los objetivos del manejo integral de las adicciones, consideradas en orden progresivo, son:

1. Reducción del riesgo de adicción.
2. Reducción de la conducta de alto riesgo.
3. Reducción de la morbimortalidad producida por la adicción.
4. Reducción del abuso de drogas e inducción de la abstinencia.
5. Alivio de los síntomas de abstinencia y prevención de recaídas.
6. Rehabilitación y restauración de la(s) función(es) afectada(s).
7. Consolidación de un estilo de vida saludable.<sup>6,7,53</sup>

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990; 33(1):13-27.
2. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ:** Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Sal Pub Mex* 1985;17(4):291-307.
3. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
4. **Souza y Machorro M, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL et al.:** Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
5. **Souza y Machorro M:** *Alcoholismo: conceptos básicos*. México, El Manual Moderno, 1988.
6. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
7. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
8. **Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(2):23-27.
9. **Souza y Machorro M:** *I Simposio CIJ-IMSS de diagnóstico y tratamiento de adicciones*. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997.
10. **Hansen CF:** Drug dependence-treatment takes time. *Sygeplejersken* 1997;4;97(27):6-10.
11. **Merrill JC, Menza M:** Treatment of drug dependence in the context of traditional disease treatment models. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1632-1633.
12. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE:** Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3): 239-248.
13. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28 (4):601-622.
14. Abstracts of the 4<sup>th</sup> European College of Neuropsychopharmacology Workshop: Neuropsychopharmacology of addiction. Niza, 2003. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13(suppl 1):S1-S35.
15. **Elizondo LJA:** Evolución histórica del concepto de alcoholismo. En: Velasco FR: *Alcoholismo. Visión integral*. 2ª reimpr. México, Trillas, 1997.
16. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
17. **Morgenstern J, Bux D, Labouvie E et al.:** Examining mechanisms of action in 12-step treatment: the role of 12-step cognitions. *J Stud Alcohol* 2002;63 (6):665-672.
18. **Souza y Machorro M:** *Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones*. Simposio Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
19. **Souza y Machorro M:** *Consideraciones y fundamentos*



- para una terapéutica profesional de las adicciones. Simposio Psiquiatría de Enlace y Adicciones. XVIII Congreso Nacional. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. "Salud mental: retos y perspectivas". Monterrey, 2003.
20. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment. *Psychiatr Serv* 2003;54(3):333-339.
  21. **French MT, Salomé HJ, Carney M:** Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Soc Sci Med* 2002;55(12):2267-2282.
  22. **Cuijpers P, Schippers GM:** Introduction. Integrating substance abuse treatment and prevention in the community. *Addict Behav* 2002;27(6):847-849.
  23. **Wu LT, Ringwalt CL, Williams CE:** Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems. *Psychiatr Serv* 2003;54(3):363-369.
  24. **Souza y Machorro M:** Programa general de operación de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de adicciones. San Dionisio Ocotlán, 2003.
  25. **El-Guebaly N:** Twinning research and practice guidelines in the management of addictions. *Can J Psychiatry* 2003;48(1):3-4.
  26. **Mojtabai R, Zivin JG:** Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Serv Res* 2003;38(Pt 1):233-259.
  27. Diario Oficial: Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. 2000.
  28. **Souza y Machorro M:** Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio Panorama actual, políticas y procedimientos clínico-terapéuticos de las adicciones. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
  29. Diario Oficial: Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. 1995.
  30. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicciones, normatividad y terapéutica. En revisión editorial. *Psiquiatría y Salud Integral* 2005.
  31. **Braut GS:** Obligations of health services in work with substance abuse. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123(1):49-51.
  32. **Matheson C, Pitcairn J, Bond CM, van Teijlingen E, Ryan M:** General practice management of illicit drug users in Scotland: a national survey. *Addiction* 2003;98(1):119-126.
  33. **Miller WR:** A collaborative approach to working with families. *Addiction* 2003;98(1):5-6.
  34. **Copello A, Orford J:** Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction* 2002;97(11):1361-1363.
  35. **Walsh BJ:** Utilization sobriety: brief, individualized substance abuse treatment employing ideomotor questioning. *Am J Clin Hypn* 2003;45(3):217-224.
  36. **Kantak KM:** Vaccines against drugs of abuse: a viable treatment option? *Drugs* 2003;63(4):341-352.
  37. **Dausey DJ, Desai RA:** Psychiatric comorbidity and the prevalence of HIV infection in a sample of patients in treatment for substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(1):10-17.
  38. **Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W:** Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002;27(6):911-923.
  39. **Ernst E:** Complementary therapies for addictions: not an alternative. *Addiction* 2002;97(12):1491-1492.
  40. **Lo Sasso AT, Lyons JS:** The effects of co-payments on substance abuse treatment expenditures and treatment recurrence. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1605-1611.
  41. **Polcin DL, Prindle SD, Bostrom A:** Integrating social model principles into broad-based treatment: results of a program evaluation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):585-599.
  42. **Nizzoli U, Foschini V:** ERIT-Italia, the Italian Federation for professionals working in the field of drug abuse. *Addiction* 2002;97(11):1365-1367.
  43. **Swiatkiewicz G:** Challenging the traditional treatment divisions in Poland. *Addiction* 2002;97(11):1487.
  44. **Broome KM, Simpson DD, Joe GW:** The role of social support following short-term inpatient treatment. *Am J Addict* 2002;11(1):57-65.
  45. **Torrey WC, Drake RE, Cohen M, Fox LB, Lynde D et al.:** The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Ment Health J* 2002;38(6):507-521.
  46. **Kosten TH:** Drug alcohol withdrawal management. *N Engl J Med* 2003;348:1786c-1795.
  47. World Health Organization (WHO): Program on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse. Ginebra, WHO, 1993.
  48. **Widlitz M, Marin DB:** Substance abuse in older adults. An overview. *Geriatrics* 2002;57(12):29-34.
  49. **Muller AA:** GHB poisoning: three recent cases reflect the continuing danger. *J Emerg Nurs* 2003;29(1):72-74.
  50. **Green-Hennessy S:** Factors associated with receipt of behavioral health services among persons with substance dependence. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1592-1598.
  51. **Lo CC, Stephens RC:** Arrestees' perceived needs for substance-specific treatment: exploring urban-rural differences. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):623-642.
  52. **Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V et al.:** Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):671-679.
  53. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci* 2000;5(4):201-204.
  54. **Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V et al.:** Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):671-679.
  55. **Lyman MJ, Gidycz CA, Lynn SJ:** Unacknowledged versus acknowledged rape victims: situational factors and posttraumatic stress. *J Abnorm Psychol* 1996;105(1):124-131.
  56. **Van Heeringen C, Vincke J:** Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiat Epidemiol* 2000;35(11):494-499.
  57. Organización Mundial de la Salud (OMS): Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades. Cap. 5: Trastornos mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  58. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito

- de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
59. **Carroll KM, Rounsaville BJ:** On beyond urine: clinically useful assessment instruments in the treatment of drug dependence. *Behav Res Ther* 2002;40(11):1329-1344.
  60. **Weisner C, Matzger H, Tam T, Schmidt L:** Who goes to alcohol and drug treatment? Understanding utilization within the context of insurance. *J Stud Alcohol* 2002;63(6):673-682.
  61. **Rosen CS, Ouimette PC, Sheikh JI, Gregg JA, Moos RH:** Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 2002;63(6):683-687.
  62. **Ritsher JB, McKellar JD, Finney JW, Otilingam PG, Moos RH:** Psychiatric comorbidity, continuing care and mutual help as predictors of five-year remission from substance use disorders. *J Stud Alcohol* 2002;63(6):709-715.
  63. **Chychula NM, Sciamanna C:** Help substance abusers attain and sustain abstinence. *Nurse Pract* 2002;27(11):30-47.
  64. **Nordlie E, Vøyvik T, Aasland OG:** Treatment offered to drug addicts. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122(25):2455-2457.
  65. **Alderman C:** Open house detox. *Nurs Stand* 2002;17(4):16-17.
  66. **Rosenker DC:** Adolescent substance abuse: tools counselors can use. *Behav Health Tomorrow* 2002;11(5):SR27.
  67. **O'Farrell TJ, Fals SW:** Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4(5):371-376.
  68. **Kacker R:** From no interest to special interest: a personal reflection on the RCGP certificate in substance misuse. *Br J Gen Pract* 2002;52(483):866.
  69. **Berglund M:** More about substance abuse in medical education. A joint European curriculum under development. *Läkartidningen* 2002;99(43):4250-4251.
  70. **Johnson KW, Young LC, Suresh G, Berbaum ML:** Drug abuse treatment training in Peru. A social policy experiment. *Eval Rev* 2002;26(5):480-519.
  71. US Government Printing Office, NON-P. H. S. Educational Measurement. Health Personnel/education. Human. Peru. Attitude of Health Personnel. Community Health Centers/manpower. Comparative Study. Program Development/standards. Program Evaluation. Support, 2002.
  72. **Riggs PD, Davies RD:** A clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(10):1253-1255.
  73. **Mendyk SL, Fields DW:** Acute psychotic reactions: consider "dip dope" intoxication. *J Emerg Nurs* 2002;28(5):432-435.
  74. **Komiyayama T:** Protracted withdrawal symptoms and therapy for alcohol and drug dependence. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi* 2002;22(5):199-200.
  75. **Arkansas Cares:** Integrated services for mothers with dual diagnoses and their children. Arkansas Center for Addictions Research, Education, and Services. *Psychiatr Serv* 2002;53(10):1311-1313.
  76. **Martin J:** Produits, société et prises en charge de l'addiction: quelques enseignements d'un quart de siècle de santé publique. *Rev Med Suisse Romande* 2002;122(10):513-518.
  77. **Watson AC, Corrigan PW:** Responsibility and addiction. *Psychiatr Serv* 2002;53(10):1327-1328.
  78. **Peysner H:** Responsibility and addiction. *Psychiatr Serv* 2002;53(10):1327.
  79. **Merrill JO, Marlatt GA:** Health care workers and addiction. *N Engl J Med* 2002;347(13):1044-1045.
  80. **Kantak KM:** Vaccines against drugs of abuse: a viable treatment option? *Drugs* 2003;63(4):341-352.
  81. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003.
  82. **Ernst E:** Complementary therapies for addictions: not an alternative. *Addiction* 2002;97(12):1491-1492.
  83. **Broome KM, Simpson DD, Joe GW:** The role of social support following short-term inpatient treatment. *Am J Addict* 2002;11(1):57-65.
  84. **Torrey WC, Drake RE, Cohen M, Fox LB, Lynde D et al.:** The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Ment Health J* 2002;38(6):507-521.
  85. **Souza y Machorro M, Turull TF, Cárdenas AJ:** Los enfoques sociomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol. *Rev Fac Med Mex* 1984;27(11):11-17.
  86. **Widlitz M, Marin DB:** Substance abuse in older adults. An overview. *Geriatrics* 2002;57(12):29-34.
  87. **Green-Hennessy S:** Factors associated with receipt of behavioral health services among persons with substance dependence. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1592-1598.
  88. **Merrill JC, Menza M:** Treatment of drug dependence in the context of traditional disease treatment models. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1632-1633.
  89. **Lo Sasso AT, Lyons JS:** The effects of copayments on substance abuse treatment expenditures and treatment reoccurrence. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1605-1611.
  90. **French MT, Salomé HJ, Carney M:** Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Soc Sci Med* 2002;55(12):2267-2282.
  91. **Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V et al.:** Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):671-679.



## Criterios de referencia y manejo de abusadores/adictos a psicotrópicos\*

Una excelente revisión del tema señaló recientemente<sup>1</sup> que el trastorno por abuso de sustancias requiere que se realice una valoración integral del caso (paciente y familiares) previa a las siguientes características presentes en el último año, según la interpretación de diferentes premisas derivadas de investigaciones y estudios:<sup>2-5</sup>

- a. La utilización de sustancias en un entorno o en circunstancias en las que puede resultar potencialmente peligrosa para la integridad del individuo o de terceras personas (conducir bajo el efecto de alucinógenos, éxtasis u otra clase de psicoestimulantes).
- b. Aparición de problemas y disfunciones significativas a nivel interpersonal, familiar o social (casos en los que se precipitan o intensifican los conflictos de pareja, enfrentamientos parentales, como ocurre con los adolescentes).
- c. Surgimiento de problemas y trastornos adaptativos, clínicamente relevantes en el ámbito social, laboral o académico, a consecuencia del abuso/adicción a sustancias (ausencias no justificables, suspensiones o incumplimiento sistemático y ostensible relacionado con actividades y responsabilidades cotidianas).
- d. Realización casi sistemática de una sucesión de hábitos y actividades ilegales relacionadas directa o indirectamente con el consumo de psicotrópicos (traficar con drogas ilegales o intentar consumir alcohol antes de la edad legalmente permitida).
- e. Aparente incapacidad o falta de una conciencia del abusador/adicto en relación con los efectos negativos y potencialmente peligrosos que tales comportamientos y hábitos suponen tanto para sí mismo como para quienes lo rodean, a pesar de lo cual no manifestaría intención de “cambiar” (con las graves secuelas para la salud que supone el abuso prolongado de opiáceos, que no impide que el hábito se prolongue, incluso a pesar de la marginación y exclusión social que provoca),<sup>1</sup> por lo que es preciso dar tratamiento, como puede inferirse, a una enorme y variada demanda,<sup>6</sup> la cual en esencia depende de la referencia<sup>1</sup> —que lleguen pronto y en forma adecuada los que deban llegar— a los servicios asistenciales,<sup>4,7</sup> amén de su genuina participación.<sup>8</sup>

La estrategia canadiense contra las adicciones planteó hace unos años el documento llamado “Las mejores prácticas”,<sup>9</sup> que reunió el conocimiento documental disponible sobre los aspectos terapéuticos para la atención de abusadores y adictos.

En tal sentido, y como contexto de esta comunicación, se destaca el espíritu de esa importante revisión, que afirma que los resultados de investigación son claros en cuanto a la capacidad de ciertas modalidades terapéuticas de lograr que los sujetos tratados reduzcan el uso de psicotrópicos y mejoren otros aspectos de su vida.<sup>10</sup> Pero si bien tales mejoras a la conducta se asocian con la mejoría en otros aspectos de la vida, ello no siempre sucede así, ni tampoco puede afirmarse en sentido estricto que las mejoras en otras áreas (salud, fun-

\* Souza y Machorro M, Díaz Barriga S, Guisa CVM: *Criterios derivativos para la remisión y manejo de abusadores/adictos a psicotrópicos*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006

cionamiento social y delincuencia) se supediten a la abstinencia.<sup>9</sup>

Ciertas modalidades terapéuticas en particular parecen ser prometedoras respecto a su influencia en el consumo de psicotrópicos y sus problemas afines, y en general se incrementan los resultados cuando además se proporciona manejo apropiado a los problemas importantes de la vida (comunicacionales, falta de confianza en sí mismo, violencia familiar, desempleo u otros). Sin embargo, hay que considerar que las características de abusadores/adictos, antes y después del manejo, lo mismo que su entorno social, influyen en el éxito terapéutico. Los individuos con trastornos mentales graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros.<sup>9</sup> Por eso hoy en día, respecto de la eficacia terapéutica documentada en adicciones, se concluye que la farmacoterapia desempeña una función auxiliar importante para otras formas de tratamiento, en especial en entornos controlados. Pero aquellos fármacos que puedan causar dependencia se han de utilizar con prudencia y controlarse su uso adecuadamente.

Resultados de investigación apoyan los programas conductuales de prevención de recaídas para fumadores y personas con problemas de alcohol.<sup>9</sup> El “contrato conductual” resulta más efectivo cuando es parte de un programa de tratamiento global. Se ha demostrado que el método de apoyo comunitario es muy eficaz, sobre todo en bebedores que cuentan con muy poco apoyo social y sufren problemas más graves. Se ha confirmado, asimismo, la eficacia de la terapia conyugal conductual —abreviada o prolongada—,<sup>9</sup> y se ha documentado el entrenamiento en habilidades sociales —en particular en bebedores para quienes el etanol representa un problema—, que confirma el valor de la gestión del estrés en el manejo de tales problemas.<sup>11</sup> Y si bien la documentación aún no puede afirmar qué tipo de tratamiento conviene a cada caso (paciente y familiares), ello no significa que a todos los pacientes les convenga el mismo; por lo tanto, se vuelve imprescindible ofrecer servicios flexibles y personalizados, con directrices que permitan seleccionar los servicios más apropiados. Y a menos que exista una contraindicación formal, se deberá favorecer la terapia de grupo.

Continúa confirmándose la rentabilidad del tratamiento ambulatorio en comparación con el confinamiento, sin excluir por ello la necesidad de ciertos pacientes de incluirse en un medio *ad hoc* a corto o a largo plazo. No obstante, hasta estos pacientes pueden beneficiarse simultáneamente del manejo ambulatorio ofrecido para las adicciones y su comorbilidad.<sup>6,9</sup> Las inter-

venciones breves (de seis a ocho sesiones) pueden beneficiar a las personas socialmente estables y cuya adicción no sea muy aguda, intensa o complicada; y aunque ciertos abusadores/adictos necesitan tratamiento a largo plazo, no se ha establecido la duración del tipo de tratamiento que sea rentable y eficaz. Cierta número de estudios han demostrado que un tratamiento de corta duración puede ser tan eficaz como un tratamiento a largo plazo, pues se han obtenido mejores resultados con sujetos que tenían menos problemas y más recursos. Ello confirma la necesidad de identificar y desarrollar las intervenciones más eficaces para quienes presenten un pronóstico más grave. De modo que un tratamiento apropiado espera complementarse con terapeutas competentes, de sólidas cualidades de comunicación interpersonal, empatía y capacidad de forjar una alianza terapéutica con sus pacientes, cualidades que aumentan la posibilidad de obtener resultados positivos en el tratamiento.<sup>9</sup>

Por lo que toca a la eficacia del tratamiento obligatorio (prescrito por los tribunales o la PGR, en su caso, para heroinómanos e individuos preliberados), aún es ambigua la evidencia sobre su eficacia, por lo que, si bien los resultados son diversos y no todos son aptos, es inexacto concluir que quienes se someten a este tipo de manejo no reúnen la idoneidad de otros para la terapia. Además, salvo las distintas experiencias de los profesionales dedicados a ello, no existen suficientes investigaciones que muestren la superioridad de un tipo de tratamiento sobre otro, en especial respecto de condicionantes particulares —como en las mujeres—, por lo que es urgente eliminar los obstáculos que obstruyen el manejo y proporcionar una gama de modificaciones y servicios de apoyo (empatar el calendario de tratamiento con el calendario escolar de los hijos, uso de material autodidáctico, prestación de servicios de guardería, transporte, etc.) y proporcionar servicios auxiliares específicos (atención durante el embarazo y servicios afines, orientación en materia de violencia sexual, aprendizaje de competencias parentales y ayuda profesional).<sup>9</sup>

En relación con los jóvenes, la modalidad de manejo que parece convenir más es la que se adapta a las necesidades individuales, manejadas en psicoterapia grupal/individual. Los elementos esenciales de los programas comprenden terapia familiar, consejería en habilidades conductuales, apoyo de la familia, de los pares y posttratamiento. En este contexto se consideran importantes los servicios auxiliares, como disponibilidad de escuelas para los que dejan de asistir, orientación profesional, servicios de esparcimiento, desarrollo psicológico, consejería en caso de crisis y orientación en materia de sexualidad.<sup>10,11</sup>

Los adultos mayores, por su parte, a menudo se muestran reacios a reconocer su abuso/adicción y se resisten al tratamiento. Por ello son más eficaces las intervenciones comunitarias integradas al contexto de la atención a la salud y de las actividades cotidianas utilizando un método flexible, integral e individualizado. Además, los estudios sobre el tratamiento integral de las adicciones y la salud mental, si bien son escasos, refieren que éste es más halagüeño que los de tipo secuencial o paralelo.<sup>12</sup> De ahí que sea relevante mejorar el proceso de referencia a otros servicios y de gestión de casos (el paciente y sus familiares), para asegurar un enlace y una sólida coordinación entre los servicios profesionales/no profesionales establecidos por la comunidad.

Como puede apreciarse, dado el panorama de atención antiadictiva, es crucial la capacitación para el personal de salud y el de servicios sociales y correccionales que reciben y manejan a los pacientes,<sup>13-16</sup> por lo que, de acuerdo con la experiencia, conviene desalentar la exclusión de sujetos con trastornos psíquicos de los servicios terapéuticos para adicciones, y a la inversa.<sup>9</sup> Los venousuarios, VIH positivos y los que padecen de SIDA sufren una profunda marginación comunitaria y tienen dificultad para llegar a y ser aceptados en los servicios de tratamiento apropiados. Los considerables riesgos a la salud que enfrenta esta población exigen una mejor coordinación de servicios y la adopción de medidas terapéuticas innovadoras y más específicas, a efecto de contribuir a detener la propagación de la pandemia del SIDA, en especial entre la población indígena, las mujeres y los reclusos, a los cuales es preciso proporcionar, como a otras poblaciones especiales, un mayor y más fácil acceso a los servicios asistenciales. En el escenario del manejo de estos casos es imperativo asegurar una buena gestión si se desea satisfacer de manera eficaz las necesidades únicas, y con frecuencia múltiples, de cada población.<sup>9</sup> Cabe enfatizar que la mayoría de las personas que sufren de problemas de abuso/adicción no solicitan ayuda, sobre todo de servicios especializados.<sup>17-19</sup> Por ello, es indispensable realizar mayores esfuerzos para divulgar la existencia de tales servicios entre la población general y los prestadores de servicios sociales y de salud.<sup>6</sup> Lamentablemente, sigue siendo escaso el número de estudios relativos a la configuración eficaz de los sistemas integrados de salud. Pero la documentación es unánime en el sentido de que el paciente obtiene un mayor provecho cuando tiene acceso a una gama de servicios flexibles y personalizados que abarcan ambos sectores, especializados y no especializados, cuando dichos servicios están ligados mediante un tipo de coordinación y gestión de casos y toman en cuenta las particularidades de las poblaciones especiales.<sup>12</sup>

Paralelamente, sigue siendo difícil evaluar los resultados de la práctica terapéutica profesional y por su propia naturaleza más aún la eficacia de la participación de grupos de ayuda mutua,<sup>20,21</sup> en la inteligencia de que estos grupos proporcionan beneficios a muchas personas, y los clínicos han de familiarizarse con ellos para informar a sus pacientes y alentarlos a que aprovechen tales recursos como parte del manejo integral. Por último, las pruebas demuestran claramente que el tratamiento antiadictivo es económicamente rentable para la sociedad, o al menos para ciertos sectores, pues varios estudios indican que la ventaja económica derivada de ciertos tratamientos es superior a su costo.<sup>11</sup>

Desde una visión panorámica se puede afirmar que buena parte de los pacientes que toman psicofármacos (analgésicos, narcóticos, hipnótico-sedantes, antidepresivos o estimulantes) los utilizan de modo responsable, acorde a lo prescrito, sin menoscabo de que algunos de ellos sean fiscalizados por la Secretaría de Salud a causa de su potencial adictivo.<sup>8</sup> La legítima preocupación de los médicos por tal regulación y por las sanciones relacionadas con la prescripción de las sustancias controladas<sup>22</sup> también ha contribuido, lamentablemente, al mal manejo de los síndromes ansiosos, depresivos, dolorosos, etc.,<sup>23-27</sup> pese a que muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos requieren tales medicaciones.<sup>28,29</sup>

Además, el valor de los psicofármacos en el mercado negro suele ser elevado; por ejemplo, en EUA se ha informado que, aunque sea menor que el de la cocaína, es mayor que los de la marihuana y la heroína callejeras.<sup>30</sup> Esto representa para muchos médicos una paradoja entre el deseo de tratar adecuadamente la patología, aliviar el dolor, la ansiedad, etc., y el miedo/peligro de generar abuso/dependencia.<sup>31-33</sup> Tal preocupación deja a menudo al personal de salud y a la sociedad en la ambivalencia e incomodidad, sobre todo si se trabaja con rechazo y crítica social, aunque sea contra legítimos padecimientos, a menudo estigmatizados y mal tratados.<sup>13,17,32-34</sup> Cabe señalar que las características de las drogas de abuso en general refuerzan más a las personas con propensión biológica y proclividad psicosocial al abuso cuando la droga tiene inicio rápido de acción, es de alta potencia, breve duración, de pureza elevada, soluble al agua (para uso intravenoso) o de alta volatilidad (capacidad de vaporizarse para fumarse).<sup>35-37</sup> Por ejemplo, entre las benzodiazepinas, BDZ, los agentes altamente lipofílicos que cruzan rápidamente la barrera hematoencefálica (diazepam), agentes de acción corta y alta potencia (lorazepam y alprazolam), son reforzadores de más alto potencial de abuso,<sup>36,38</sup> en tanto que los agentes de acción larga (metadona, LAAM) tienen más bajo potencial de abuso y menor valor callejero que las

formulas opiáceas de inicio rápido (hidromorfona).<sup>39</sup> Además, las drogas de prescripción tienen más alto valor callejero que sus equivalentes genéricos, porque las primeras se reconocen como verdaderas y las genéricas no gozan de tal condición.<sup>40</sup>

Se estima que 80% del abuso de BDZ ocurre bajo el esquema de multiabuso, cuya alta frecuencia adictiva suele combinarse con opiáceos y alcohol.<sup>36,40</sup> Así, la gravedad de los trastornos adictivos, medida por su impacto epidemiológico, afecta entre 20 y 50% de los pacientes hospitalizados, 15 y 30% de los pacientes vistos en primer nivel y hasta 50% de quienes sufren trastornos psiquiátricos.<sup>40</sup> Llama la atención que en las salas de urgencia que atienden síndromes de intoxicación o abstinencia, rara vez se toman historias clínicas completas, por lo que no se detectan los diagnósticos ni las necesidades de manejo a largo plazo de estos pacientes,<sup>41-43</sup> en quienes el manejo farmacológico es muy importante,<sup>36,44</sup> y pese al gran volumen que representa, la mayoría de los pacientes abusadores/adictos permanecen sin diagnosticar.<sup>44-46</sup> Además, los pacientes que no han tenido tratamiento, los que padecen de dolor crónico, trastornos ansiosos y depresivos, entre otros, están en alto riesgo de generar un trastorno adictivo comórbido.<sup>41-43</sup> Por ello, es preciso que el personal de salud interroge adecuadamente sobre el consumo de drogas en la historia clínica,<sup>46,47</sup> el uso ilícito de drogas y fármacos de prescripción, y que el cuestionario se integre a los expedientes en todos los casos en que se apliquen historias y exámenes clínicos.<sup>48-50</sup>

Debe considerarse, por otro lado, que el patrón de consumo de abusadores y adictos es distinto. Unos extienden el uso prescrito, lo cual impulsa una escalada de búsqueda cada vez más alta que agrava el abuso.<sup>50</sup> Otros desean varias prescripciones para acabar con su dolor, ansiedad, depresión u otros síntomas vinculados a la aprensión, forzando al clínico, vía manipulación, a que prescriba fármacos controlados.<sup>51</sup> Además, el paciente puede —y a menudo lo hace— acudir a dos o más médicos hasta conseguir la prescripción, y sin que ellos se enteren lograr medicaciones adicionales, drogas más potentes o distintas fórmulas que combinar. Entre tanto, en el médico —para sólo mencionar un par de factores que lo pueden llevar a la mala práctica— no es infrecuente que la codependencia forzada por el chantaje y la contratransferencia en su caso le muevan aspectos psíquicos, que afectan su capacidad para tratar a este tipo especial de pacientes.<sup>49-51</sup>

Con objeto de ofrecer una visión esquemática del grave problema de las adicciones y su inaplazable necesidad de manejo profesional,<sup>6</sup> se alude a la dificultad de su arribo, motivada por la interacción de distintos facto-

res.<sup>31,52,53</sup> Uno de los más destacados por considerar desde la óptica institucional es la “tradicional” e inapropiada remisión de pacientes abusadores/adictos,<sup>51-53</sup> cuyo encuadre se presenta en torno de dos objetivos:

1. Señalar al inicio las características clínicas de los dos grupos de trastornos relacionados con el consumo de psicotrópicos, clasificados en:
  - a. Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastornos del sueño inducidos por sustancias).
  - b. Trastornos por consumo de psicotrópicos propiamente tales (abuso y dependencia).<sup>54</sup>
2. Describir en forma sucinta la deficiencia operacional o la equívoca referencia de personas que padecen de trastornos relacionados con sustancias.<sup>52</sup>

Pero antes de su descripción —que si bien ha sido reiterada en ámbitos profesionales, no por ello garantiza su comprensión y manejo en otros niveles de atención—, conviene, dada la ambigüedad existente entre los programas de tratamiento de las distintas organizaciones e instituciones involucradas en el manejo de las adicciones en el país, dejar sentados dos conceptos esenciales acerca del manejo antiadictivo:

1. Qué se entiende por adicciones.
2. Qué se entiende por tratamiento.<sup>53,54</sup> *Adicción* o *dependencia*, de acuerdo con los criterios de la OMS,<sup>55</sup> es “una enfermedad mental primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recidivancia (recaída)”.

En este trastorno *sui generis* participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones.<sup>11,12</sup> La OMS conceptúa el tratamiento como el “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicotrópicas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o en otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que alcanza el nivel de salud y bienestar más alto”.<sup>12</sup>

En ese marco, los distintos sistemas de tratamiento profesional contra las adicciones en el mundo construyen y orientan sus programas de reducción de la demanda de consumo aplicando las acciones recomendadas por los comités de expertos en la materia, cuyos propósitos se ubican en el amplio margen secuencial de:

1. Abarcar todos los aspectos de la prevención (desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas).
2. Incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social.
3. Brindar pronta ayuda y accesos a los servicios de quienes lo soliciten.<sup>56,57</sup>

Los objetivos y metas de tales programas a menudo convergen en sus propósitos, debido a factores como la filosofía que los guía y las características de la oferta de servicios que emplean, que son semejantes, aunque interpreten de distinto modo las recomendaciones internacionales.<sup>11,12</sup> La filosofía de la terapéutica en adicciones responde por lo general a la necesidad estatal y nacional de atención al problema,<sup>58,59</sup> cuyo abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio) usa modelos interdisciplinarios y transdisciplinarios que combinan profesionales y paraprofesionales en ambientes libres de drogas e instalaciones *ad hoc*, tanto para el manejo ambulatorio (consulta externa) como para el residencial (urgencias e internamiento).<sup>60-62</sup> Es imperativo realizar una valoración integral del caso (paciente y familiares), previa al manejo, con el uso de distintos recursos (laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría), instrumentos clínicos codificados y modalidades psicoterapéuticas de óptica cognoscitivo-conductual. Además, se ofrece supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar; se discrimina y se atacan las causas de recaída; se apoya al paciente con grupos de ayuda mutua y se gestionan servicios de casas de medio camino.<sup>63,64</sup>

Más adelante, cuando los pacientes están aptos —si lo logran—, se impulsa el crecimiento personal vía psicoterapia psicodinámica con fines reconstructivos.<sup>50</sup> Paralelamente se desarrollan programas de capacitación profesional al personal de salud<sup>16,17</sup> y de educación en salud mental; de investigación y la publicación de sus resultados.<sup>56-58</sup> Cabe enfatizar que las características de la oferta de servicios de tratamiento (en forma ambulatoria o residencial, o ambas) oportunos y de calidad se basa en la aplicación de un diagnóstico integral de carácter biopsicosocial que persigue, salvo excepciones, el establecimiento de una abstinencia productiva, total y permanente.<sup>59-64</sup> Pero para que todo ello ocurra, es importante, plantea la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), realizar una adecuada remisión de pacientes a las respectivas unidades

ambulatorias/residenciales u otras instancias de manejo, utilizando para tal efecto los criterios clínicos y administrativos necesarios.<sup>12</sup> De acuerdo con lo anterior, se propone que el tratamiento siempre sea personalizado, siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 o equivalentes.<sup>65</sup> Se promueve durante el mismo el favorecimiento de la toma de conciencia de enfermedad (mental) en el paciente, para que en consecuencia desarrolle su capacidad para autogestión y el fomento/mantenimiento de una abstinencia productiva. Además, se promueve el acceso permanente a la información científica sobre el problema, el desarrollo de actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia, y el de todas aquellas acciones preventivo-rehabilitatorias a la comunidad, a efecto de mantener el propósito de continuar tratamiento a largo plazo (cinco años o más).<sup>59,60,62</sup>

En resumen, las acciones se dirigen a disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores; a incorporar a la familia al tratamiento del problema adictivo y su comorbilidad y al seguimiento posterior;<sup>63,64</sup> a generar la noción de una vida sana sin drogas; a promover la prevención de recaídas y el crecimiento personal. Se busca, por otra parte y de modo complementario, generar investigación epidemiológica, clínica, sociomédica y evaluativa; dar capacitación, actualización y supervisión profesional clínica; ofrecer asesoría a instituciones de salud y otras para disminuir el impacto social asociado con el consumo de alcohol y otras drogas.<sup>62,64,66</sup>

Cabe considerar, por otra parte, para contextualizar las modalidades de tratamiento utilizadas a lo largo de la historia, que éstas han sido muy diversas<sup>66</sup> y, no obstante, el desarrollo de las acciones de atención curativa en los sistemas de tratamiento de México coincide con las ocurridas en el Reino Unido.<sup>13,14,66</sup> Se ha descrito su ubicación esquemática en siete niveles: desde la acción comunitaria inespecífica hasta la más alta especialización terapéutica que cumplimenta la NOM en la materia:<sup>67-70</sup>

1. Aquellas instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo, o bien preventivo a largo plazo, y otras acciones).
2. Las que ofrecen atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (alcoholismo, adicciones, etc.), como los grupos de ayuda mutua. Se incluyen aquí los llamados “profesionales” —entendiendo por



profesional lo no médico—, el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad profesionalizada (los que se dedican a ello sin contar con profesión), es decir, que ofrecen consejería gratuita o para beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.

3. Las consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca.
4. La atención profesional médica general en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud.
5. Las consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general.
6. La atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.
7. La atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de la que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia), con grupos especializados con personal profesional calificado.<sup>14,64,66</sup>

Las modalidades y acciones de atención curativa en los sistemas de tratamiento que se aplican en el Reino Unido se caracterizan por cuatro niveles de manejo:

1. Servicios generales que no se ocupan especialmente de la atención de los abusadores/adictos y que pueden servir de acceso a otro programa antidrogas.
2. Servicios de acceso directo (organizaciones no gubernamentales que atienden especialmente al paciente abusador/adicto) y sirven para determinar las necesidades de esa población y promover la gestión correspondiente a la solución de las mismas.
3. Servicios comunitarios de tratamiento profesionales que incluyen atención ambulatoria, manejo

de los síndromes de intoxicación y abstinencia, tratamientos de sustitución y otros programas de postratamiento.

4. Servicios residenciales especializados de tratamiento con programas profesionales intensivos en entornos residenciales hospitalarios, u otros entornos controlados donde atienden urgencias y otras alteraciones comórbidas del consumo de psicotrópicos.<sup>12</sup>

En este nivel más amplio, específico y flexible que los anteriores, se espera que el paciente pueda utilizar simultáneamente servicios del mismo u otro nivel, según sus necesidades. De este modo, el tratamiento antiadictivo, visto como problema de salud pública,<sup>71</sup> parte de un fundamento social cuya estirpe jurídica deriva a su vez de los tratados de fiscalización internacional y de las medidas adoptadas en la materia, y en el cual se solicita a las naciones miembros que:

1. “Presten atención especial a la pronta identificación, tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas con problemas de uso indebido de drogas y que adopten todas las medidas posibles en tal sentido”.
2. “Fomenten la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de drogas.”<sup>11,12</sup>

Ahora, de lograr establecerse un sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones, eficiente y efectivo contra la patología adictiva y su comorbilidad,<sup>44,46,71-73</sup> los objetivos y metas deben considerarse desde el diseño, promoción, aplicación y evaluación de un sistema terapéutico en cada entidad federativa del país, para que siendo oportuno, actualizado y acorde con la normatividad, represente acciones eficaces a favor del abusador/adicto y su familia.<sup>52</sup> Por lo tanto, sus metas deben consolidar una entidad terapéutica estatal cuyo universo de trabajo incluya a todos los pacientes con problemas derivados del uso de sustancias, sin importar cuál sea la organización o institución pública o privada que lo capte, ni la entidad en que ocurra.<sup>52</sup> En tal dirección, los procedimientos por realizarse antes del manejo incluyen:

1. Diseño, promoción y aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia de casos (paciente y su familia) para su adecuada captación y manejo.
2. Realización de la evaluación inicial integral, de acuerdo con los criterios internacionales al efecto, que seleccione y remita los casos de acuerdo con

el momento de la historia natural de la enfermedad, a las instancias necesarias más adecuadas para su tratamiento.

3. Supervisión y evaluación permanente del sistema.<sup>12,20,21</sup> Como los recursos para la atención de casos se realizan a través de los recursos de cada organización o institución, se considerará la participación colaborativa de aquellos que dispongan de mejores métodos o procedimientos que los casos requieran. Asimismo, la evaluación habrá de realizarse a través de una supervisión continua por parte de la coordinación nacional, acorde con los criterios al efecto, destinados al cumplimiento de la normatividad, cumplimentación de metas y evaluación de resultados.<sup>12</sup>

Como tal, un sistema nacional destinado al tratamiento integral de las adicciones debe basarse en un programa que contemple la necesidad de representar un modelo de abordaje completo,<sup>62,64</sup> caracterizado por sus propios rasgos definitorios:

- a. Disponibilidad real de opciones de tratamiento.
- b. Multidimensionalidad e integralidad.
- c. Individualización y evaluación inicial.
- d. Reconocimiento del papel específico del tratamiento de desintoxicación y valoración del estado de salud a lo largo del manejo.
- e. Farmacoterapia cuando sea necesaria.
- f. Establecimiento de una alianza terapéutica.
- g. Integración y complementariedad de las estrategias por realizar, cuyo enfoque colaborativo y negociador se adapte a cualquier condición individual.
- h. Voluntariedad y motivación constante, especialmente en la modalidad residencial.
- i. Control estricto del consumo de drogas durante el tratamiento.
- j. Promoción continua y mantenimiento de la adherencia al manejo.
- k. Participación activa del entorno sociofamiliar para reforzar la dimensión psicosocial.
- l. Priorización y potenciación de la integración sociolaboral.
- m. Interrelación de los procesos de evaluación e intervención.
- n. Prevención de recaídas y participación sistemática en grupos de ayuda mutua.<sup>1</sup>

En consecuencia, el programa debe ser: global, flexible, individualizado, coherente y sistemático, y dirigirse a garantizar la recuperación biopsicosocial integral del abusador/adicto, lo que implica que sea:

- a. Multidisciplinario, al reunir la intervención y coordinación de múltiples profesionales a la vez.
- b. Multidimensional, en términos de la visión biopsicosocial.
- c. Global, por utilizar de forma jerárquica y ordenada las distintas estrategias de intervención secuencial o simultánea para su mejor aplicación.
- d. Flexible como requisito de la individualización del tratamiento.
- e. Integral, al considerar la mejoría de las instancias biopsicosociales del paciente unidas al papel de las estructuras y dinámicas sociales.
- f. De reconocimiento y solución de las contradicciones propias del enfrentamiento de intereses y posiciones de los abordajes que incluye el sistema, las cuales han de interpretarse como una posibilidad de enriquecer la praxis del modelo.<sup>1</sup>

En tal sentido, el sistema terapéutico resultante debe considerarse como un “grupo de elementos interrelacionados o interdependientes de tratamiento y rehabilitación que constituyen una respuesta combinada a los problemas planteados por el abuso/adicción de psicotrópicos en una región, estado o país determinado.”<sup>1</sup> Además, dadas las características de los pacientes y sus familiares, es muy posible que un caso requiera varios servicios a la vez, o secuencialmente dispuestos, para atender las distintas condiciones que la patología adictiva y su comorbilidad requieren a lo largo de su recuperación definitiva; es decir, durante por lo menos dos años de abstinencia y quizá, según sea necesario, varios años de manejo psíquico-social y familiar, de seguimiento o retratamiento.<sup>1,63,64</sup> Asimismo, es preciso señalar la participación ordenada de los distintos enfoques o modelos de atención del mismo sistema, los cuales se complementan a efecto de distribuir la carga asistencial de la cobertura según las necesidades y evolución que plantea el manejo del caso.<sup>1,6,9,52</sup> De ahí que en el aludido sistema resulte fundamental que todos los elementos contribuyan a la coordinación de los servicios que prestan.<sup>12</sup> Lamentablemente, como ha ocurrido en el pasado, las personas que necesitan tratar su abuso/adicción —faltos de una política de coordinación nacional que las asesore y guíe— recurren indistintamente a los diferentes servicios disponibles en la comunidad, ignorantes o ajenos a la importancia de la evaluación conveniente del caso, en términos de cuál servicio les dará mejor atención para su inicio o continuación de manejo, según los criterios referenciales derivados de la condición clínica y características del caso, en el momento de expresarse la necesidad de su ubicación clínica más conveniente.<sup>44,64</sup> Por ejemplo, debido su amplia disemi-

nación social,<sup>74</sup> la dificultad evaluativa inicial de los posibles casos clínicos de adolescentes consumidores —que no ha sido bien resuelta en la actualidad, pese a la existencia de guías nemotécnicas y demás instrumentos clínicos— reclama una estrategia de investigación más precisa y rápida que apoye su oportuna y adecuada referencia,<sup>75,76</sup> en particular durante el embarazo y cuando existen en esta población conductas de alto riesgo para la salud o tendencias de consumo altas.<sup>77-82</sup>

Es imperativo considerar los criterios establecidos según la gravedad y tipo de padecimiento para la adecuada referencia de casos, los cuales contribuyen a un mejor y más expedito manejo. Se ha demostrado que la integración del manejo médico de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos a la par del manejo del abuso/adicción incrementa las tasas de abstinencia.<sup>83</sup> De ello deriva apreciar la ventaja de la indispensable hospitalización de ciertos casos.<sup>84-88</sup> Por ello, la índole exacta de los vínculos oficiales deberá ser determinada por el propio sistema con base en acuerdos contractuales y de colaboración. En tal contexto, es esperable que un sistema integral se caracterice por su buena coordinación y por la vinculación e integración de los diversos elementos de apoyo y tratamiento generales y específicos de que se disponga.<sup>52</sup> Según se trate, un sistema más amplio o ambicioso contará con una más amplia variedad de organismos e instituciones y organizaciones estratégicas de apoyo y financiamiento, que trabajen en la misma dirección manteniendo un acuerdo común. Es preciso, por lo tanto, considerar que los vínculos con organismos de enseñanza, empleo, bienestar social, así como con el sistema de justicia, son factores decisivos para cualquier sistema de tratamiento integral, especialmente si éste espera ser de alcance nacional.<sup>52</sup>

Ahora bien, lo que importa destacar en este planteamiento es que las principales formas de referencia de pacientes al sistema de tratamiento integral disparan por sí mismas procesos complejos en cuanto a la toma de decisiones respecto de la determinación de la gravedad de los casos de la remisión de aquellas personas que recurren al sistema. Es decir, este constructo teórico-práctico debe poder recibir y derivar adecuadamente y por igual tanto a las personas que se presenten por iniciativa propia como a las remitidas por familiares y amigos, por médicos generales (equipos de atención primaria de la salud), servicios comunitarios, servicios especializados, órganos del sector justicia y otros servicios del propio sistema. Al efecto se ha ideado una simplificación clasificatoria que de modo elemental determine si el caso es de urgencia o no lo es, con base en criterios sencillos y fáciles de reconocer.<sup>52</sup> Con ello se intenta que el servicio telefónico, los panfletos o mate-

riales al efecto que sirvan para realizar esta función, o bien el empleado de cualquier institución de tratamiento participante, puedan canalizar adecuadamente los casos.

Asimismo, la lista de organizaciones del sistema debe ser procesada e incluida por sus características funcionales, las cuales se recogen a través de una cédula diseñada *ad hoc* (figura 29-1), para constituir un directorio de distribución pública que permita hacer el cruce de referencias, enlazando:

- a. El diagnóstico situacional del caso (emergencia o situación de caso controlado).
- b. Las condiciones clínicas más relevantes en el momento de hacer la remisión (momento de la historia natural del padecimiento).
- c. El tipo de institución y características de que dispone para el mejor manejo de los casos.<sup>52</sup>

Respecto de las normas para la atención integral del abusador/adicto, cabe considerar que muchas esferas de atención a la salud y el bienestar social se basan cada vez más en el método de vías de atención integral para determinar y alcanzar los resultados deseables en cada usuario y su familia.<sup>66</sup> Sin importar los nombres que reciba —dado que se utilizan varios en los distintos países (vías esenciales de atención, protocolos de tratamiento, vías previstas de recuperación, algoritmos de tratamiento, normas de atención y puntos de referencias, etc.)—, todos ellos tienen por objeto crear un consenso profesional, que normatice los elementos de la atención con miras a aumentar su eficiencia, eficacia y rendimiento concebido en términos de la rentabilidad costo-beneficio y quizá más adelante, en otra oportunidad, cuando las condiciones lo permitan, iniciar la evaluación cualitativa de los servicios del sistema.<sup>20,21,26</sup>

Los componentes de la atención que se preste en los distintos niveles del manejo deberán facilitar la coordinación del sistema, vinculando entre sí e integrando los distintos servicios, tanto en sentido horizontal como vertical. Para ello hace falta disponer de mecanismos idóneos de referencia de los casos (paciente y familiares), y de comunicación de los resultados correspondientes a la entidad que los remite, por ejemplo, para una acción especializada y de regreso, o bien cuando se envían a otra unidad y de ésta a otra más, que pueda ser su destino final.

Tratándose de venoadictos, se recomienda evaluar las distintas metas secuenciales para su manejo:

- a. Reconocimiento inicial y selección de la forma de intervención.
- b. Evaluación integral del paciente (apoyo clínico mientras está en lista de espera).

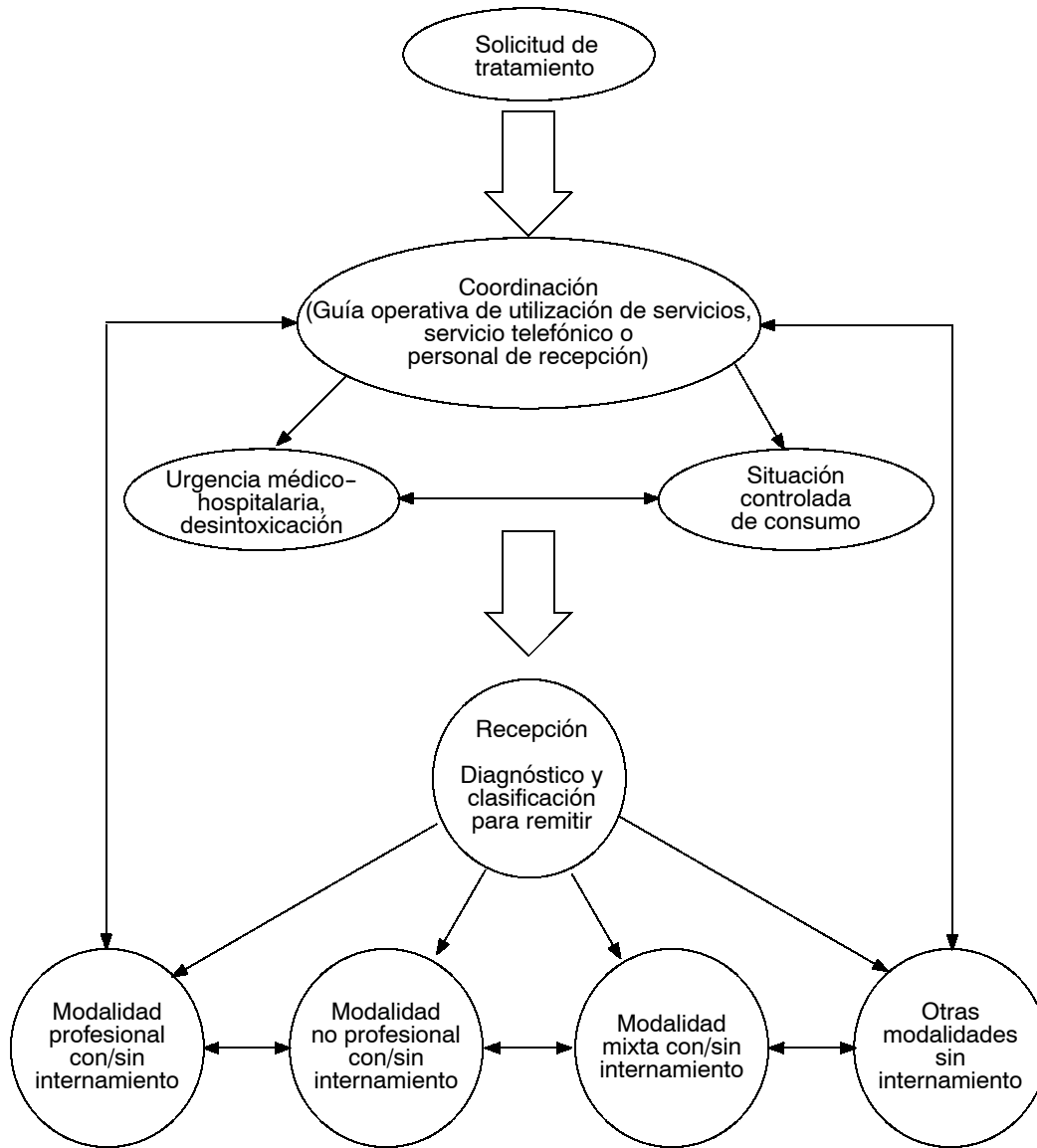


Figura 29-1. Ruta de acceso a los servicios del sistema.

- c. Iniciación del tratamiento: inducción de la dosis (metadona o buprenorfina según el programa al cual ingrese y planificación del tratamiento a largo plazo).
- d. Estabilización del manejo (mantenimiento con miras a consolidar la deshabituación), servicios de asesoramiento y apoyo.
- e. Observación y examen periódico cada tres meses.
- f. Abstinencia con supervisión médica estrecha (a menudo ocurre en régimen de internamiento en la comunidad).
- g. Planificación del alta (atención continuada o programa de prevención de recaídas, o ambos).
- h. Programa de apoyo en la comunidad o programa de rehabilitación residencial.

- i. Seguimiento periódico según las características del caso (paciente y sus familiares).<sup>50,52</sup>

Una de las características especiales de las normas para la atención integral de los pacientes es a través de guías específicas o protocolos de manejo con base en la observación de varianzas, contexto que supone la verificación del manejo para saber si se ha apartado del curso previsto y examinar las causas de su cambio, para obrar en consecuencia.<sup>20,21,26,72,73</sup>

Tal como lo plantea la UNUDD,<sup>12</sup> el funcionamiento de un sistema de tratamiento integral se basa en ciertos procesos de evaluación integral del usuario. De modo que el reconocimiento inicial de acuerdo con la filosofía y construcción del sistema<sup>58</sup> debe poder ser:

- a. Un procedimiento rápido encaminado a individualizar a las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias en sus distintas modalidades.
- b. Efectuar un análisis breve de la selección de la intervención que se espera que sea la más indicada para cada caso, y estructurar en consecuencia un plan integral y continuado de evaluación, a medida que se administre uno o más tratamientos y se presenten los correspondientes servicios de apoyo otorgados por las distintas instituciones del sistema.<sup>11,52</sup>

Al efecto, el reconocimiento inicial debe mantener su espíritu de procedimiento de inicio rápido, encaminado a clasificar de modo personal (pacientes y sus familiares) a quienes solicitan atención a causa de un trastorno no identificado aún.

En medicina, sirve generalmente para observar un factor de riesgo, un signo del trastorno o alguna fase sintomática temprana. Y para que sea rentable en términos de costo-beneficio, se aplica una prueba de reconocimiento inicial, la cual debe ser sencilla, precisa y válida; aceptada por las personas que se sometan a ella y al mismo tiempo estar vinculada con otros procedimientos diagnósticos. Y si bien no basta para diagnosticar trastornos relacionados con el consumo de sustancias —lo que es un punto importante en esta problemática—, el reconocimiento inicial servirá de alerta al personal encargado para determinar las necesidades de cada paciente. Dicho reconocimiento utiliza un procedimiento rápido de detección para:

- a. Individualizar a los posibles portadores de un trastorno relacionado con el consumo de psicotrópicos, ya sea inducidos (intoxicación, abstinencia, *delirium*, etc.) o derivados del consumo (abuso y dependencia),<sup>54,65</sup>
- b. Remitir al paciente a la instancia que ofrece los servicios que requiere su caso y proceder a la selección de la forma más adecuada de intervención aplicable.

En tal sentido, cabe señalar que el paciente que se someta a la prueba de reconocimiento inicial también puede a su vez presentar problemas personales/interpersonales inmediatos, independientes o indirectamente relacionados con el abuso/adicción, que deben ser atendidos en servicios generales o especializados. Por ejemplo, en el caso de un programa de tratamiento de sustitución, el reconocimiento inicial conlleva la identificación de signos y síntomas de adicción. Y si se emplea el procedi-

miento de evaluación inicial en la sustitución de opiáceos, quedarían excluidos del procedimiento —para determinar la necesidad de prescribir ese tratamiento— todos los pacientes que no presenten tolerancia a esas sustancias. De modo que, siempre que se pueda, el reconocimiento inicial debe basarse en la información facilitada por el paciente y complementarse con las investigaciones biológicas pertinentes.<sup>12,62-64</sup>

Existe una expectativa socioprofesional cada vez mayor acerca de que el personal de salud que presta servicios generales de atención a la salud y bienestar social, en particular aquellos no especializados en adicciones (médicos generales y familiares, departamentos de urgencias y servicios sociales, infantiles y familiares), pueda llevar a cabo un reconocimiento inicial básico, para determinar apropiadamente y en forma rápida los casos de abuso/adicción a psicotrópicos.<sup>63,64,72,73</sup> De la mano de lo anterior, la selección de la forma de intervención en tales casos se realiza por servicios especializados, a efecto de determinar lo antes posible —en el primer contacto con el servicio— el tipo de manejo más indicado para atender las necesidades y preferencias del paciente y el grado de urgencia que su caso representa, lo cual determina la respuesta requerida en términos del enlace de las tres condiciones mencionadas (cuadro 29-1): diagnóstico situacional del caso (emergencia o situación de caso controlado), condiciones clínicas más relevantes en el momento de hacer la remisión (momento de la historia natural del padecimiento), y tipo de institución y características de que se dispone para el mejor manejo de los casos, proceso que entraña el diagnóstico de la índole y gravedad del problema por vencer.<sup>52</sup> En consecuencia, la parte más importante de las actividades clínicas del sistema respecto a la valoración de los casos es la evaluación integral.<sup>20,21,26</sup> Aunque se dispone en muchos países de distintos instrumentos de evaluación, todos ellos se centran en las necesidades del paciente justo al inicio de su tratamiento,<sup>18,19</sup> el cual nunca debe iniciarse sin contar con una impresión diagnóstica.<sup>31,32,36,66</sup> La evaluación integral la realizan los profesionales a partir de su capacitación,<sup>31,32,53,66,73</sup> que es propia para personas con distintos problemas en diferentes ámbitos, y cuyas necesidades —de simples a complejas— probablemente exijan intervenciones terapéuticas, unas más estructuradas e intensivas que otras. En la evaluación integral suelen abordarse ciertas medidas específicas del desempeño personal y social del usuario:

- a. Estado de salud.
- b. Situación laboral y apoyo institucional.
- c. Consumo de drogas y alcohol y problemas conexos a título de comorbilidad.

**Cuadro 29-2. Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones Hoja de referencia de pacientes**

**Lugar y fecha**

- Institucin que realiza la referencia
- Institucin a la que se refiere
- Nombre del paciente
- Direccin y telfono
- Motivo del envio

**Evaluacin**

- a. Individual
- b. Familiar
- c. Comorbilidad
- d. Interconsulta. Especificar

**Diagnstico**

- a. Mdico/urgencia
- b. Psiquitrico
- c. Abuso/adiccin
- d. Comorbilidad
- e. Otro. Especificar

**Tratamiento.**

- a. Farmacolgico
- b. Psicoteraputico. Especificar:
  - i. Individual
  - ii. De pareja
  - iii. Grupal
  - iv. Familiar
  - v. Otra modalidad
  - vi. Ambos. Especificar

**Rehabilitacin.** Especificar

**Otro.** Especificar

- Descripcin breve del caso
- Impresin diagnstica
- Comentarios y observaciones

\* Souza y Machorro M, Guisa CVM, Dfaz BSL: *Hacia una integracin nacional de la teraputica antiadictiva*. Subdireccin de Hospitalizacin y Proyectos Clnicos. Mxico, Centros de Integracin Juvenil, A. C., 2005.

- d. Situacin legal y actividades delictivas.
- e. Relaciones familiares y sociales.
- f. Estado mental.

Su objetivo central es efectuar un anlisis funcional y determinar el mejor tipo de respuesta, lo cual implica un detallado anlisis de los antecedentes, contexto, perspectivas y consecuencias del abuso/adiccin de psicotrpicos, previo a la aplicacin de la historia clnica, que implica un sondeo ms extenso y a profundidad<sup>44,46</sup> y que, lamentablemente, no suele aplicarse en muchos establecimientos de tratamiento de adicciones en Mxico,<sup>17-19</sup> incumpliendo as la normatividad.<sup>66-70</sup> Y dado que muchas personas son consumidoras fuertes de varias sustancias a la vez, e incluso pueden haber desarro-

llado diversos problemas derivados del consumo, en dicha evaluacin se debern considerar las consecuencias de todas las sustancias involucradas —cada una por separado—, para garantizar el conocimiento del grado de afectacin producido; determinar la va de administracin de la droga analizada en ese momento, que es de capital importancia clnica, toda vez que el consumo endovenoso suele provocar problemas mdicos especficos y severos, como hepatitis viral, VIH, abscesos subcutneos, endocarditis y septicemia.<sup>36,59,84,85</sup>

Por otra parte, adems de evaluar las consecuencias del consumo de psicotrpicos, la amenaza que plantean la infeccin por VIH y otras enfermedades de transmisin sexual ha mostrado la importancia de evaluar ciertas prcticas sexuales, que en materia de consumo de drogas constituyen comportamientos de alto riesgo para la salud, como compartir material de inyeccin entre adictos, mantener relaciones sexuales sin proteccin, etc.<sup>48,49,63,64,66,71</sup>

Una tarea importante de dicha evaluacin —que, cabe enfatizar, no reemplaza ni suple a la historia clnica especializada—<sup>13,14,32,36,44,46,53,66</sup> consiste en determinar los obstculos que se oponen al cambio de conducta en el paciente y a mantener ese cambio una vez que se logra establecerlo. Tales obstculos conforman una amplia variedad, y esquemticamente se aglutinan en:

- a. Problemtica psicolgica (ansiedad, estados nimos alterados, comorbilidad psiquitrica diversa, etc.).
- b. Problemas sociales e interpersonales (derivados de la convivencia con un sujeto abusador/adicto).
- c. Otras cuestiones de tipo ambiental (fcil acceso a las drogas en el mercado negro o clnico, donde se accede a las recetas o directamente al medicamento).<sup>12</sup>

Para su deteccin existen varios instrumentos que facilitan la realizacin, comprensin y evaluacin integral de los casos. Uno de los ms utilizados es el ndice de Severidad de la Adiccin y su versin simplificada ndice Sumario de Severidad de la Adiccin, con el cual se determina rpida y fcilmente la magnitud de los problemas del paciente en siete reas simultneas:

1. Estado de salud.
2. Situacin laboral y apoyo institucional.
3. Consumo de drogas.
4. Consumo de alcohol.
5. Situacin legal.
6. Situacin familiar y social.
7. Estado mental.

Y cuando quien hace la entrevista es un clínico con cierta experiencia, logra reunir una gran cantidad de información acerca de las necesidades de cada paciente.<sup>6,31,71,72</sup>

Complementan la evaluación inicial los requisitos de selección necesarios para la admisión a los programas de tratamiento, en particular cuando éste es del tipo profesional —estructurado—<sup>12</sup> que se suministra de acuerdo con la normatividad vigente sólo en ciertas instituciones.<sup>48,51-53,57,58</sup> Dichos tratamientos se suministran de acuerdo con un plan de manejo escrito e individual,<sup>71-73,75,76</sup> como proceso colaborativo e incluso de evaluación, realizado conjuntamente con el paciente y no sólo acerca de éste.<sup>12</sup> En tal plan se consideran los puntos de vista y las motivaciones del consumo de los pacientes, así como sus apoyos y problemas personales y sociales.<sup>18</sup> De modo que en el plan de tratamiento que, de acuerdo con la NOM,<sup>59,62</sup> debe figurar en el expediente clínico de cada paciente, se debe:

- a. Describir al paciente y su situación personal, socioeconómica y jurídica.
- b. Mostrar comprensión y tomar en cuenta los aspectos culturales, étnicos y religiosos, así como su sexo y el desarrollo de su papel sexual.
- c. Describir los problemas que presenta en el momento de iniciarse el manejo.
- d. Especificar si se está autorizado a revelar información sobre el paciente (qué información se pedirá o se dará a otros organismos, instituciones o profesionales y en qué circunstancias).
- e. Describir las intervenciones específicas planeadas.
- f. Determinar las metas terapéuticas y los resultados positivos que impulsen su desarrollo.
- g. Describir cómo se revisará posteriormente el plan de manejo.<sup>12</sup>

Ahora, respecto de la preparación de un plan individualizado de tratamiento, cabe señalar la consideración a las distintas etapas por la que atraviesa el abusador/adicto dentro de un mismo tratamiento, y entre diferentes modalidades terapéuticas.<sup>50-52,72,73,76</sup> Así, por ejemplo, en un mismo manejo se incluye mínimamente el reconocimiento inicial, la evaluación, la incorporación al tratamiento, la planificación del programa y el alta. Las etapas entre tratamientos se relacionan con la posibilidad de compartir entre dos o más servicios la atención al usuario, toda vez que el concepto de plan de manejo refleja el hecho de que muchas personas sigan necesitando atención aun después de terminado el proceso de tratamiento,<sup>1,36,72,73</sup> lo cual es prácticamente la regla, en especial cuando se trata de paciente poliadictos o cróni-

cos.<sup>80-83</sup> De modo complementario, se reconoce como elemento capital la posibilidad de que los pacientes ingresen al sistema en distintas etapas de la historia natural de la patología adictiva, y que de acuerdo con su condición clínica de cada momento puedan pasar, según se requiera, de un servicio a otro.<sup>44</sup> Eso puede ocurrir tanto durante un mismo periodo como en los subsecuentes. Tal individualización del manejo propone, como puede apreciarse, un modo distinto del esquema tradicional, o sea una forma terapéutica para cualquier paciente sin importar las diferencias —siempre existentes— entre una y otra visión, lo que contrapone claramente los conocimientos de la medicina tradicional aplicada de modo genérico, así como de otras prácticas de intención curativa formuladas por la comunidad en distintos niveles.<sup>1,6,11,12,36,59,63,64</sup> Considérese como ejemplo al paciente que termina un programa de desintoxicación en el hospital y que podría beneficiarse de una estadía más o menos prolongada en un internamiento residencial para mantener y consolidar los resultados inmediatos a largo plazo, como la abstinencia productiva y el ataque frontal a la comorbilidad. Una vez externado, se puede a continuación realizar un seguimiento por conducto de un programa *ad hoc* en la comunidad. Pero una recaída puede, desde luego, hacer que el paciente recurra a los servicios de atención comunitaria de cualquier tipo. Por lo tanto, una vía interinstitucional determinada puede significar el desplazamiento por el sistema de tratamiento a medida que el paciente progresa o bien sufra recaídas.<sup>10,12</sup>

Así, la coordinación de la atención se convierte en un punto central de la gestión para la salud de los pacientes en el sistema, la cual se representa por el proceso de evaluación, planificación del tratamiento y gestión de la atención del paciente.<sup>12</sup> Y aunque se trata de una secuencia de gestión, representa a su vez una condición clave de la que puede depender un adecuado tratamiento integral entre los distintos organismos que conforman el sistema, precisamente a causa de su condición integrada, en la que el coordinador se encarga de:

- a. Elaborar, dirigir y revisar planes de atención documentados, basados en la evaluación permanente, incluida la determinación de riesgos.
- b. Asegurarse de que en el plan de tratamiento se tomen en cuenta las características sociodemográficas básicas, el sexo y la sexualidad del paciente.
- c. Asesorar a otros profesionales que participen también en el manejo sobre cualquier cambio conocido en las circunstancias del paciente que pudiera exigir una revisión o modificación de la atención que se brinda.

- d. Realizar el pronto seguimiento de los pacientes una vez dados de alta, cuando sea pertinente.
- e. Intentar que las personas que abandonaron su manejo regresen y se reincorporen.

A la par, se podría calificar de nivel o intensidad la coordinación de la atención a ambas modalidades que refleja el grado de problema del paciente. De ello se desprende que una coordinación simple o predeterminada sería aquella que se aplica a los pacientes que necesitan una sola modalidad de manejo, son relativamente estables y no representan un peligro para sí mismos o para los demás.

En cambio, un modelo de coordinación de atención polifacética, que entraña más apoyo y una atención más intensa o continuada, será más adecuado para el usuario que tenga múltiples necesidades que no puedan atenderse satisfactoriamente en un solo servicio; múltiples necesidades, pero que estén dispuestas a atenderse con un solo organismo; contacto con varios organismos en el momento de su referencia a tratamiento; posibilidades de representar un riesgo para sí mismos o para los demás.

Cuando se transfiere a un paciente de un programa de manejo a otros, como en el caso de un programa residencial a uno de asesoramiento en la comunidad, se recomienda la coordinación diaria del tratamiento al nuevo servicio, donde el nuevo responsable (encargado del establecimiento) lo será asimismo del manejo que asuma esta modalidad. No obstante, la coordinación general de la atención de las necesidades continuas de los casos puede seguir a cargo del organismo original, lo que es particularmente pertinente en aquellas condiciones en que la persona regresa a su lugar de residencia tras recibir un tratamiento en otra localidad, y a menudo requiere actividades de postratamiento.<sup>12</sup>

En suma, los aspectos fundamentales de un sistema de tratamiento integral contra las adicciones incluyen la administración de distintos tipos de tratamiento estructurado en determinada región, estado o país, conforme a las necesidades que plantean la patología adictiva y su comorbilidad.<sup>89-93</sup> Los planes ofrecidos deben enmarcarse en una respuesta más amplia, tal como compete a un plan de salud pública, la cual ha de contemplar incluso otros aspectos, como los sociolegales.<sup>94,95</sup> La parte central del funcionamiento del sistema descansa en la referencia de los casos, donde es imprescindible aclarar y formalizar los procedimientos para la remisión y la vinculación entre los organismos y sus respectivos servicios.<sup>12,96-99</sup> De modo que los elementos para los protocolos de atención a estos pacientes requieren, a su vez:

- a. La evaluación del caso.
- b. Reconocimiento inicial, selección de la forma de intervención y evaluación integral.
- c. La planificación de la atención, en la que la terapéutica estructurada se administra con arreglo a un plan escrito de atención individual diseñado *ex profeso*.<sup>100-105</sup>

En consecuencia, la coordinación de la atención ocupa un lugar primordial en el plan de tratamiento integral propuesto para este sistema. De acuerdo con Puchol,<sup>1</sup> cualquier proceso de intervención debe tener en cuenta y actuar de una forma planificada y sistemática sobre todas y cada una de las variables y dimensiones críticas implicadas en el problema.<sup>82,106-110</sup> El bosquejo nosográfico presentado pretende aportar una visión esquemática de las características de los trastornos adictivos, a efecto de promover su mejor manejo a través de un lenguaje común, altamente deseable entre las instancias nacionales de tratamiento.

## REFERENCIAS

1. **Puchol ED:** Trastornos adictivos (i): principios clave del tratamiento. *Revista de Psicología* www.hispavista.com 2005.
2. American Psychological Association (APA): *Addictive behaviors: readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, American Psychological Association, 1997.
3. **Kaufman E:** *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York, Guilford Press, 1994.
4. **Nathan P, Gorman J, Salkind N:** *Tratamiento de los trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid, Alianza Ensayo, 2002.
5. **Straussner S:** *Clinical work with substance-abusing clients*. Nueva York, Guilford Press, 1993.
6. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
7. **Miller W, Rollnick S:** *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York, Guilford Press, 1991.
8. NIDA: *Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug-dependent individual in treatment*. Research Monograph 165. Maryland, U. S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse, 1997.
9. **Ogborne RG:** *Mejores prácticas. Alcoholismo y toxicomanía: tratamiento y rehabilitación*. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues. Health Canada, 1999.
10. Asociación Americana de Psiquiatría: *Guías clínicas para el*



tratamiento de los trastornos psiquiátricos: compendio 2003. Barcelona, Ars Médica, 2003.

11. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
12. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD): *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación*. Cap. VI: Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Viena, Naciones Unidas, 2003.
13. **Souza y Machorro M**: *Estado actual de la enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México*. Primer Simposium Regional de las Américas "Nuevos Focos de Atención en la Psiquiatría". World Psychiatric Association y Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Guadalajara, 1998.
14. **Souza y Machorro M**: Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
15. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *I Curso sobre Adicciones para personal FINCA*. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1999.
16. **Souza y Machorro M**: La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Rea-dap Soc* 2000;8:99-106.
17. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M**: La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.
18. **Souza y Machorro M**: Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
19. **Souza y Machorro M**: El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuro* 2001;2(1):25-27.
20. **Graña J**: *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid, Debate, 1994.
21. **Díaz BSL, Souza y Machorro M, Romero RR, Quijano BEM, Guisa CVM**: *Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos*. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
22. Secretaría de Salud (SSa): *Ley General de Salud. Decreto de Reforma a la Ley General de Salud del 26 de mayo de 2000*. Incluye la modificación a la fracción II del artículo 188 del 31 de mayo de 2000 y la adición de los artículos 199-Bis del 5 de enero de 2001. México, SSa, 2000.
23. **Weintraub E, Dixon L, Delahanty J**: Reason for medical hospitalization among adult alcohol and drug abusers. *Am J Addict* 2001;10:167-177.
24. **Celerier E, Laulin JP, Corcuff JB**: Progressive enhancement of delayed hyperalgesia induced by repeated heroin administration: a sensitization process. *J Neurosci* 2001;21:4074-4080.
25. **Kaplan R, Slywka J, Slagle S**: A titrated morphine analgesic regimen comparing substance users and non-users with AIDS-related pain. *J Pain Symptom Manag* 2000;19:265-273.
26. **McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP**: Drug dependence, chronic medical illness implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284:1689-1695.
27. **Compton P, Charuvastra VC, Kintaudi K**: Pain responses in methadone-maintained opioid abusers. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:237-245.
28. **Parran T**: Prescription drug abuse. A question of balance. *Med Clin North Am* 1997;8:967-978.
29. American Society of Addiction Medicine: *Public policy statement on the rights and responsibilities of physicians in the use of opioids for the treatment of pain*. <http://www.asam.org/ppol/opioids.htm>. Consultado el 21 de enero de 2000.
30. American Medical Association (AMA): *Balancing the response to prescription drug abuse: report of a national symposium on medicine and public policy*. Chicago, American Medical Association, Department of Substance Abuse, 1990.
31. **Sandlow LJ, Dos Santos SR**: Addiction medicine and continuing medical education. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29(3):275-284.
32. **Klamen DL, Miller NS**: Integration in education for addiction medicine. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):263-268.
33. **Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D**: Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict* 1998;7(1):7-13.
34. **Weinstein SM, Laux LF, Thornby JL, Lorimor RJ, Hill CS et al.**: Medical students' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: implications for changing medical school curriculum. *South Med J* 2000; 93(5):472-478.
35. **Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J**: Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med* 2001;76(5):410-418.
36. **Souza y Machorro M**: *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
37. **Brookoff D**: Abuse potential of various opioid medications. *J Gen Intern Med* 1993;8:688-690.
38. **Roache JD, Meisch RA**: Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines. *Psychiatric Ann* 1995;25(3):153-157.
39. **Longo LP**: Non-benzodiazepine pharmacotherapy of anxiety and panic in substance abusing patients. *Psychiatric Ann* 1998; 28(3):142-153.
40. **Gold MS, Miller NS, Stennie K, Populla VC**: Epidemiology of benzodiazepine use and dependence. *Psychiatric Ann* 1995; 25:146-148.
41. **Miller NS**: Comorbid of psychiatric and alcohol/drug disorder: interactions and dependent status. *J Addict Dis* 1993;12(3):5-16.
42. **Sanguinetti VR, Samuel SE**: Comorbid substance abuse and recovery from acute psychiatric relapse. *Hosp Community Psychiat* 1998;44(11):1073-1076.
43. **Judd LL, Goodwin FK**: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *J Am Med Assoc* 1990; 264:2511-2518.
44. **Souza y Machorro M, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ**: Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Salud Públ Méx* 1985;17(4):291-307.
45. **Ratey JJ**: Paying attention to attention in adults. *Chadder* 1991:13-4.
46. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BS, Guisa CVM et al.**: Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
47. **Zealberg JJ, Brady KT**: Substance abuse and emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:803-817.

48. **Ian RH, Putnam SL, Jia H, Smith GS:** Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med* 2003;41(6):802-813.
49. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
50. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
51. **McRae AL, Brady KT:** Some pharmacologic advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. *Med Clin North Am* 2001; 85(3):12-37.
52. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL:** *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
53. **Klumen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480.
54. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, 2000.
55. World Health Organization: *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra, WHO, 1994.
56. **Costa M, López E:** *Educación para la salud*. Madrid, Pirámide, 1996.
57. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Understanding drug abuse and addiction: what science says*. U. S. Department of Health and Human Services, 2002.
58. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
59. Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud: *Approaches to treatment of substance abuse*. OMS/PSA/93.10. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993.
60. **Aszalos R, McDuff DR, Weintraube:** Engaging hospitalized heroin-dependent patients into substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1999;17:149-158.
61. **Weiss RD, Mirin SM:** Subtypes of cocaine abusers. *Infect Dis Clin N Am* 2002;16:571-587.
62. **Souza y Machorro M:** *Programa de capacitación de personal*. Coordinación de Salud Mental, Secretaría de Salud, SSA y Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad. Procuraduría General de la República, 1998.
63. **Heinrich CJ, Lynn LE:** Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(4):601-622.
64. **Souza y Machorro M:** Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría 2ª Época* 2005;21(1):25-37.
65. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades, CIE-10*. Cap. 5: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
66. **Souza y Machorro M:** *Las NOM y profesionalización de la terapéutica de las adicciones*. Simposio "Panorama Actual, Políticas y Procedimientos Clínico-terapéuticos de las Adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún, 2001.
67. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, 2000.
68. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*. 1995.
69. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*, 1998.
70. Diario Oficial: *Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, 2000.
71. American Society of Addiction Medicine: Public policy statement on screening for addiction in primary care settings. *ASAM News* 1997;17:17-18.
72. **Arvey R:** Treatment of addiction. *J Drugs* 2002;5(7):645-648.
73. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT): *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
74. SSA, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI: *Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco, alcohol y otras drogas, 2002*. México, 2003.
75. **Dias PJ:** Adolescent substance abuse assessment in the office. *Pediatr Clin N Am* 2002;49:269-300.
76. American Academy of Pediatrics, Center for Advanced Studies: Risk factors and their implications for prevention interventions for the physician. En: Schonberg SK (ed.): *Substance abuse: a guide for health professionals*. Elk Grove Village, AAP, 1988:1-10.
77. **Chasnoff IJ, Landress HJ, Barrett ME:** The prevalence of illicit drug or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting. *N Engl J Med* 1990;322:1202-1206.
78. **Kandel DB, Wu P, Davies M:** Maternal smoking during pregnancy and smoking by adolescent daughters. *Am J Public Health* 1994;84:1407-1413.
79. **Garofalo R, Wolf RC, Kessel S:** The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998;101:895-902.
80. **Grant BF, Dawson DA:** Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *J Substance Abuse* 1997;9:103-110.
81. **Anglin TM:** Interviewing guidelines for the clinical evaluation of adolescent substance abuse. *Pediatr Clin North Am* 1987;34:381-398.
82. **DiClemente RJ, Wingwood GM, Crosby R:** Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics* 2001;107:1363-1368.
83. **Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y:** Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:1715-1723.
84. **Hopper JA, Shafi T:** Management of the hospitalized injection drug user. *Infect Dis Clin N Am* 2002;16:571-587.
85. **Horowitz HW:** Learning to recognize scarring among intravenous drug users: a tool for HIV risk reduction. *Am J Public Health* 1997;87:1233-1234.
86. *The Physician's Guide to helping patients with alcohol prob-*

- lems. Washington, U. S. Department of Health and Human Services, 1995. NIH Publication No. 95-3769.
87. **Saitz R, O'Malley SS:** Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am* 1997; 81:881-907.
  88. **Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG:** Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997;81: 909-925.
  89. American Society of Addiction Medicine: *Patient placement criteria for the treatment of substance abuse-related disorders*. Chevy Chase, 1996.
  90. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry (GAP): Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.
  91. Centros de Integración Juvenil, A. C.: *Programa de deshabituación y mantenimiento con buprenorfina*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
  92. **Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM:** *Terapéutica sustitutiva con buprenorfina para abusadores/adictos a opiáceos*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006.
  93. **Souza y Machorro M:** Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2): 166-179.
  94. **Dove HW:** Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):481-488, xi.
  95. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
  96. **Regier DA, Farmer ME, Rae DS:** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
  97. **Brooner RK, King VL, Kidorf M:** Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:71-80.
  98. **Kessler RC, Crum RM, Warner LA:** Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313-321.
  99. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
  100. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004; 20(3):25-37.
  101. **Mercado CG, Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ:** *La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto*. Trabajo presentado en el Simposio Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de vida. X Congreso Nacional Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional "Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad". Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México, SSA, 1999.
  102. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
  103. Fideicomiso de los Institutos para los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA): *Programa de prevención y control de adicciones en la ciudad de México*. Secretaría de Desarrollo Social. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
  104. Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud: *Levels of cover for alcohol and drug problems: a sequential model*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.
  105. **Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG:** Integration of treatment and post-treatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):239-248.
  106. Centros de Integración Juvenil, A. C.: *Guía técnica del programa de atención curativa*. México, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, 2005.
  107. Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *J Studies Alcohol* 1997;58:7-29.
  108. **Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM:** Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6): 619-634.
  109. Addiction Research Foundation: *Co-occurring mental disorders and addictions: scientific evidence on epidemiology and treatment outcome: implications for services in Ontario*. Toronto, Addiction Research Foundation, 1997.
  110. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA:** *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7ª ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1999.

## Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínico en adicciones\*

La clasificación y el uso actual de una nosología personalizada parte de la consideración de un grupo de elementos clínicos derivados de características socio-demográficas, psicopatología, patrón de consumo, severidad sindromática, etc. Estos elementos conforman un esquema indispensable para el manejo profesional de los síndromes adictivos, sus problemas derivados y su comorbilidad, que lamentablemente no suele verse asumido por todas las organizaciones e instituciones que brindan tratamiento,<sup>1</sup> lo cual subestima la historia natural del trastorno, el carácter individual de la *patología* y el esperable nivel de atención preventiva como elementos predictores del binomio terapéutico-rehabilitatorio.<sup>2</sup> La adecuación de las metas terapéuticas a la psiquiatría de las adicciones se debe tanto al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes<sup>3</sup> como a su personalidad, con lo cual cada paciente sistematiza su comportamiento, lo mismo para el abordaje de sus problemas que en condiciones de salud.<sup>4-6</sup>

conjunto de situaciones asociadas a las cuales cada persona responde para funcionar con efectividad en su ambiente.<sup>7</sup> En este caso se destaca el énfasis situacional (en contraste con la connotación “intrapísica” tradicional de la palabra “problema o conflicto” del psicoanálisis y la psicología clínica).<sup>8</sup> Una situación se considera problemática si no se dispone de una respuesta efectiva cuando el individuo confronta tal situación. En tal contexto, se presentan a continuación, y en forma de recomendaciones, algunas situaciones que por sus aspectos novedosos, complejidades, ambigüedades o demandas conflictivas propician la falla de las acciones “automáticas” de confrontación efectiva, por lo que requieren una secuencia de solución de problemas. Ésta es, por cierto, típica y de alta ocurrencia en los problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos.<sup>9</sup> En el marco de la observación conductual de la psicopatología, que ha resultado harto eficaz en el tratamiento inicial de estos trastornos con un gran número de pacientes, la resolución de problemas se define como el proceso que hace disponible una variedad de alternativas de respuesta para enfrentar una situación problemática y aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más efectiva entre las alternativas disponibles.<sup>10</sup> De modo que una “solución”, entendida en términos de una respuesta efectiva, es una respuesta o patrón de respuestas que altera la situación en forma tal que ésta ya no sea problemática para el individuo, y simultáneamente optimiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas.<sup>11</sup>

### CONFRONTACIÓN DE PROBLEMAS

El término “problema” —usado desde el punto de vista conductual— se refiere a una situación específica o a un

Entrevista psiquiátrica y diagnóstico clínico en adicciones. Curso “Diagnóstico y Psicopatología”. Centros de Integración Juvenil, A. C. Sede México, 2005, y Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES, México, 2005. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. y Coordinador de la Maestría de Psicoterapia de las Adicciones, CIES. Dr. Lino Díaz Barriga Salgado, Director General Adjunto Normativo. Dr. Víctor M. Guisa Cruz. Director General. Centros de Integración Juvenil, A. C. souzaym@prodigy.net.mx

Ahora, como técnica, la “solución de problemas” se refiere al método por el cual el individuo intenta “descubrir” una solución a un problema dado, lo cual se aplica a cualquier terapéutica, aunque es más relevante aún en el manejo antiadiactivo, debido a la condición extrema de su particular reiteración.<sup>9,12</sup> La tarea incluye la combinación de respuestas adquiridas previamente de manera novedosa para producir un patrón de respuesta nuevo, o bien para formar una nueva asociación entre esta respuesta y la situación problemática particular en cuestión. Por lo tanto, no es equivalente a la emisión de una respuesta efectiva, referente a la ejecución o desempeño de la respuesta de que se trate, la cual es sólo uno de los posibles resultados de los intentos de solución al problema, y que está en función también de la historia de aprendizaje individual del paciente (ansiedad, motivación, déficit conductuales, etc.).<sup>13</sup>

En consecuencia, el adiestramiento en técnicas de solución de problemas incluye varios elementos:

- a. Definición.
- b. Anticipación de posibles consecuencias.
- c. Toma de decisiones.
- d. Evaluación de los resultados.<sup>13</sup>

Es importante reunir toda la información pertinente y anticiparse, hasta donde sea posible, en vencer los obstáculos más probables, cuestionando acerca de los problemas que puedan encontrarse en el proceso.

En el proceso de solución de problemas se identifican cinco etapas:

1. Orientación general (encuadre, contexto, marco de referencia):
  - a. Aceptar el hecho de que la situación problemática constituye una parte normal de la vida y que es posible enfrentar la mayoría de estas situaciones con efectividad.
  - b. Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurren.
  - c. Inhibir la tendencia a responder con el primer “impulso” o a “no hacer nada”.
2. Definición y formulación del problema:
  - a. Definir de modo funcional todos los aspectos de la situación. Cabe enfatizar que en la vida real las situaciones problemáticas suelen ser vagas o ambiguas, carecen de los hechos e información necesarios y no sugieren la dirección o las metas para resolverlas.
  - b. Formular o clasificar los elementos de la situación apropiadamente, separando información relevante de la que no lo es, identificando las

metas principales y especificar los subproblemas, temas, elementos o conflictos principales.

3. Generación de alternativas:
  - a. Se elimina la crítica o se posterga.
  - b. Se estimulan las ideas de cualquier tipo sin distinción.
  - c. En ese momento se prefiere la cantidad; la calidad se deja para después.
  - d. Se busca la combinación y el mejoramiento de las ideas.
4. Toma de decisiones:
  - a. Optimizar la calidad de las decisiones examinando la relación medios-fines.
  - b. Se pretende acceder a la utilidad esperada de cualquier alternativa considerando el valor de cada una, así como la probabilidad de que una alternativa particular logre el resultado esperado.
  - c. La determinación de la utilidad de una decisión se hace a la luz de los valores o criterio del individuo que toma la decisión.
5. Verificación:
  - a. Obtener información objetiva sobre las consecuencias reales del curso de acción elegido.
  - b. Evaluación del resultado con miras a practicar las correcciones necesarias dentro del marco empleado.<sup>14</sup>

En consecuencia, el algoritmo de la actividad incluye:

1. Definir el agente estresante o las reacciones de estrés como un problema por resolver.
2. Establecer los objetivos realistas lo más concretamente posible, expresando el problema en términos de conducta y delineando los pasos necesarios para lograr cada objetivo.
3. Generar una amplia gama de posibles cursos de acción alternativos.
4. Imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les pidiera que abordaran un problema similar.
5. Evaluar las ventajas y desventajas de cada solución propuesta y ordenar las soluciones, de la menos práctica y deseable a la más práctica y deseable.
6. Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica graduada.
7. Intentar la solución más aceptable y factible.
8. Esperar algunos fracasos, sin sentirse frustrado por no haberlo logrado.
9. Reconsiderar el problema original a la luz de un real intento de solución.<sup>15</sup> Desde el enfoque de las terapias cognoscitivas, se define una situación

problemática cuando *no se tiene a la disposición una respuesta alternativa efectiva para el individuo que confronta tal situación*.<sup>14</sup>

Las intervenciones destinadas a la solución de problemas enfatizan ciertos procesos de pensamiento: identificar elementos de la definición del problema, generar soluciones alternativas, evaluar consecuencias, etc.<sup>16</sup>

En ese marco se trabaja con variables que han demostrado la relación más consistente con las medidas de ajuste social,<sup>17,18</sup> como:

1. Pensamiento alternativo, habilidad de generar varias opciones o alternativas de soluciones potenciales a una situación dada.
2. Pensamiento de consecuencias, habilidad de prever las consecuencias inmediatas y a largo plazo de cada alternativa y de usar esa información en el proceso de toma de decisiones.
3. Tipo de pensamiento medios-fines, habilidad de elaborar o planear una serie de acciones específicas, como medios para obtener una meta dada, reconocer obstáculos potenciales para alcanzar la meta y usar un marco de referencia temporal realista para llevar a cabo los medios. Generalmente se hace un análisis de las habilidades consideradas prerequisites para enfrentar la situación.

En tal contexto se plantea, a modo de ejercicio, una serie de situaciones problemáticas hipotéticas y reales:

1. Enumerar sólo soluciones.
2. Enumerar sólo consecuencias.
3. Empatizar soluciones específicas con consecuencias específicas.
4. La creatividad es de suma utilidad, sobre todo con flexibilidad, es decir, donde no se fijan o limitan de antemano reglas o parámetros, salvo los que dicte el problema mismo.

Por lo tanto, se pretende no contaminar desde el planteamiento de solución del problema, con restricciones surgidas de la experiencia particular, la cual podría no ser aplicable a la nueva situación.

Asimismo, se pretende generar las opciones, ideas o alternativas sin evaluar de inicio qué tan convenientes, accesibles, factibles o adecuadas sean, sino producir una gran cantidad de propuestas y posponer la censura. Una vez que se tenga una gran cantidad de ideas, se puede empezar a decidir cuáles son las más apropiadas según el requisito del problema, los recursos disponibles y el grado de efectividad de la solución. No obstante,

cabe considerar que adiestrar a las personas para que pongan a prueba la realidad, resuelvan problemas y sean asertivos, podría en ocasiones exacerbar las reacciones estresantes.<sup>19</sup> Por ello, antes de intervenir, se recomienda comprender la naturaleza del problema y considerar la forma de:

1. Preparar a las personas antes de intervenir.
2. Motivarlas al cambio.
3. Abordar los problemas que derivan de su resistencia.

Debe analizarse lo que haya de ser enseñado (problemas y retos, variedades de respuesta intrapersonales e interpersonales, etc.) y considerar los distintos indicadores para el mejor desempeño del afrontamiento (funcionamiento social, estado de ánimo, adaptación escolar, síntomas fisiológicos, etc.). Otros muchos aspectos, como el momento de la decisión, el contexto y el análisis de los resultados, influyen en la determinación de la mejor respuesta o solución posible.<sup>20</sup>

## ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

En materia de tratamiento de adicciones, toda estrategia terapéutica, para ser exitosa, ha de enfatizar la prevención de la recaída y promover el crecimiento de los pacientes y su autodeterminación, cancelando en todo momento y contexto la dependencia a la(s) sustancia(s).<sup>21</sup> Pero el éxito final depende de las maniobras por realizar —se alude a una muy amplia gama de situaciones y circunstancias de la vida de los pacientes— en la etapa del postratamiento,<sup>9</sup> el cual se supedita a distintos factores simultáneos que representan una tríada conformada por:

1. Factores promotores de adherencia: motivación al tratamiento; grado de involucración desarrollado en el manejo y desempeño en la dinámica entre la institución y su tipo de manejo, el paciente y la familia y otros aspectos psicoterapéuticos; la eliminación de la recaída; el reforzamiento de la permanencia y la toma de conciencia de enfermedad mental; la participación activa de los afectados en la rehabilitación, que disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos.<sup>22</sup>
2. Características de personalidad: factores interpersonales de la infancia, actitudes y conductas familiares de consumo, deficiente manejo familiar e

inconsistencias, papel de la personalidad de los familiares; conflictos y experiencias tempranas o actuales de abuso físico y sexual, y otros eventos estresantes en la vida; rechazo escolar o de grupos de pares y otros contextos.<sup>4</sup>

3. Modalidades psicoterapéuticas disponibles: que complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia, cuya meta —más allá del no consumo— pretende la reconstrucción integral personal —hasta donde sea posible— del afectado, una vez logrado el control del consumo.<sup>23,24</sup>

La abstinencia, primera fase del manejo, es para ciertos autores la meta final del manejo antiadictivo; para otros, el tratamiento no logra ser integral sin reconstruir la personalidad del afectado.<sup>4</sup> Pero como no todos los pacientes pueden optar por analizar a fondo su psicodinamia, entender su psicopatología y por la vía de la percatación-acción dar completud al restablecimiento de su salud psicosocial en los diferentes planos de su vida, no siempre llega a consolidarse la meta final de reconstrucción.<sup>24-26</sup> No obstante, la adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral.<sup>2,27</sup>

## ASPECTOS NOSOGRÁFICOS

Todos los sistemas de clasificación de las enfermedades tienen como propósito consolidar un grupo de metas generales. La nosografía psiquiátrica cumple a la vez varias funciones: clínicas, administrativas, legales y científicas.<sup>3,21,28</sup> El sistema nosográfico se propone:

- a. Aportar un lenguaje común que permita comunicación de los profesionales de la salud.<sup>29</sup>
- b. Definir las características del trastorno y entender cómo difiere de otros trastornos similares.
- c. Servir a la evaluación de la historia natural de un trastorno.
- d. Desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales.<sup>30,31</sup>

Conocer la causa de un trastorno suele conducir al desarrollo de un tratamiento eficaz. No obstante, se desconoce la etiología o la fisiopatología de la mayoría de los trastornos mentales, salvo los debidos a enfermedad médica y algunos escasos trastornos —trastorno por es-

trés postraumático (TEP) y trastorno adaptativo—, en cuya definición se implica la etiología.<sup>32</sup> Además, en la mayor parte de los trastornos abundan las teorías etiológicas formuladas a consecuencia del trabajo clínico o de investigación de distintas orientaciones teóricas que tratan de explicarlo.<sup>30</sup>

## Clasificación psiquiátrica

El esfuerzo clínico-explicativo de la patología mental data de finales del siglo XIX con la primera revisión internacional. No obstante, la clasificación oficial de los trastornos mentales en EUA se realizó en 1840, pero no fue sino hasta el censo de ese país en 1880 que apareció por primera vez descrito el concepto de “enfermedad mental”. El tipo de clasificación modelo llamada DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) vio la luz en 1952. Posteriormente, ese tipo de clasificación coincidió por vez primera con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-8, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1965. Más tarde, en 1979, apareció la CIE-9, a la cual siguió el DSM-III en 1980. Para 1987 se hizo su revisión, titulada DSM-III-R. A ésta la siguió el DSM-IV de 1994 y su revisión, en boga actualmente, DSM-IV-TR, coincide con los términos planteados por el comité de expertos de la CIE-10 de 1993. A la fecha se realiza la formulación del DSM-V y la CIE-11, donde se espera que se plasme la mayor cantidad de semejanzas y a la par se anulen las diferencias, mismas que han generado problemas de tipificación de los cuadros nosológicos, e incluso algunos problemas sociales, a los investigadores y los clínicos que encaran cotidianamente esta labor.<sup>21,30</sup>

## Trastorno mental

El desarrollo y perfeccionamiento de un sistema de clasificación diagnóstica requiere una definición del trastorno mental. El DSM-IV-TR lo conceptúa: “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento (muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual) ni los conflictos

**Cuadro 30-1. Resumen nosográfico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)**

1. **Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.** Retraso mental; T. del aprendizaje; T. de las habilidades motoras (T. autista, T. desintegrativo infantil y T. generalizado del desarrollo no especificado); T. por déficit de atención y comportamiento perturbador (T. disocial, T. negativista desafiante); TDA/H no especificado; T. de comportamiento perturbador no especificado; T. de la comunicación; T. de la ingestión y la conducta alimentaria de la infancia o la niñez; T. de tics (T. de la Tourette, T. de tics motores o vocales crónicos, T. de tics transitorios y T. de tics no especificado); Trastornos de la eliminación (encopresis y enuresis); otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. T. de ansiedad por separación; mutismo selectivo; T. reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez; T. de movimientos estereotipados: T. de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (problemas de relación; relativos a abuso o abandono; duelo; capacidad intelectual límite; problema académico; comportamiento antisocial de un niño o adolescente y problema de identidad)
2. **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.** Delirium; demencia; T. amnésico; T. mentales debidos a una enfermedad médica; T. por consumo de sustancias
3. **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.** Síntomas mentales considerados consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica
4. **Trastornos relacionados con sustancias.** T. por consumo de sustancias (dependencia y abuso); T. inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias)
5. **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** Esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual); T. esquizofreniforme; T. esquizoafectivo; T. delirante; T. psicótico breve; T. psicótico compartido; T. psicótico debido a enfermedad médica; T. psicótico inducido por sustancias; T. psicótico no especificado)
6. **Trastornos del estado de ánimo.** Episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco); T. del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar); T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica; T. del estado de ánimo inducido por sustancias
7. **Trastornos somatomorfos.** T. de somatización (histeria o síndrome de Briquet); T. somatomorfo indiferenciado; T. de conversión; T. por dolor; hipocondría; T. dismórfico corporal; T. somatomorfo no especificado
8. **Trastornos ficticios.** Síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo
9. **Trastornos disociativos.** Amnesia disociativa; fuga disociativa; T. de identidad disociativo (personalidad múltiple); T. de despersonalización: T. disociativo no especificado
10. **Trastornos sexuales y de la identidad sexual.** Disfunciones sexuales (T. del deseo sexual —deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo—; T. de la excitación sexual; T. del orgasmo —disfunción orgásmica femenina y masculina, eyaculación precoz—; T. sexuales por dolor —dispareunia y vaginismo—; disfunción sexual debida a una enfermedad médica; disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada). Parafilias (exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, sadomasoquismo, fetichismo travestista, voyeurismo, parafilia no especificada). T. de la identidad sexual; trastorno sexual no especificado
11. **Trastornos de la conducta alimentaria.** Anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; T. de la conducta alimentaria no especificado
12. **Trastornos del dormir.** Disomnias; parasomnias; T. del sueño relacionado con otro trastorno mental
13. **Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.** T. del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos; T. explosivo intermitente; cleptomanía; piromanía; juego patológico; tricotilomanía; T. relacionados con sustancias; parafilias; T. antisocial de la personalidad; T. disocial; esquizofrenia; T. del control de los impulsos no especificado
14. **Trastornos adaptativos.** Síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable durante los meses siguientes al inicio del estresante: acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica). Debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias)
15. **Trastornos de la personalidad.** T. paranoide de la personalidad; T. esquizoide de la personalidad; T. esquizotípico de la personalidad; T. antisocial de la personalidad; T. límite de la personalidad; T. histriónico de la personalidad; T. narcisista de la personalidad; T. de la personalidad por evitación; T. de la personalidad por dependencia: T. obsesivo-compulsivo de la personalidad; T. de la personalidad no especificado
16. **Trastornos por ansiedad.** Crisis de angustia; agorafobia; T. de angustia sin agorafobia; T. de angustia con agorafobia; fobia específica; fobia social; T. obsesivo-compulsivo; T. por estrés postraumático; T. por estrés agudo; T. de ansiedad generalizada; T. de ansiedad debido a enfermedad médica; T. de ansiedad inducido por sustancias; T. de ansiedad no especificado; T. por ansiedad de separación
17. **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.** El problema está centrado en el diagnóstico o en el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental (problemas conyugales en los que ninguno de los cónyuges tiene síntomas que cumplan los criterios de trastorno mental)

\* American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4ª ed. Washington, 2001.



entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción<sup>32</sup> (cuadro 30-1). Cabe señalar, sin embargo, que aunque no se considera la homosexualidad como un trastorno *per se*, la disforia sexual de quienes tienen conflicto con su orientación sexual (equivalente a homosexualidad egodistónica) es aún clasificable como patología en ambas nosografías CIE-10, OMS, y DSM-IV-TR, APA, en los rubros “Otros trastornos psicosexuales” y “Trastorno sexual no especificado”, respectivamente. Por otra parte, aunque se acepta que no pueden especificarse límites más precisos para el concepto de trastorno mental, al igual que no puede hacerse para el de trastorno físico, desde 1992 varios autores han criticado la falta de precisión de la definición del sistema DSM, señalando que la alteración en cualquier trastorno mental radica en el sistema psicológico o conductual conservado a lo largo de la evolución, a causa de su valor adaptativo.<sup>33</sup> La definición y muchos de los criterios diagnósticos no distinguen de forma suficiente lo que es una situación normal de malestar y lo que es un verdadero trastorno.<sup>33</sup> Por otra parte, es un error común acerca de los trastornos mentales creer que cada categoría representa una entidad aislada con límites claros que la diferencian del resto de los trastornos e incluso de la normalidad. De ahí que los objetos de la clasificación invariablemente estén constituidos por las enfermedades que presentan las personas, mas no por las personas mismas.<sup>34</sup> Ello evita la connotación equívoca de que alguien con un trastorno mental tiene únicamente eso y no también otros atributos y propósitos en la vida. Tampoco implica que todas las personas con un trastorno mental determinado sean similares; por el contrario, pueden diferir en muchos rasgos importantes que afectarán tanto al tratamiento como al pronóstico. Véase en ello la necesidad de que exista una *confiabilidad* en el procedimiento diagnóstico. De hecho, la magnitud de la fiabilidad de una categoría debe corresponder a la magnitud de la concordancia entre los clínicos respecto a la identificación del trastorno, lo cual incluye el acuerdo sobre su presencia.<sup>35</sup> Como la validez del diagnóstico reside en el grado en que éste cumpla los múltiples propósitos para los que fue establecido,<sup>21</sup> cabe señalar los cuatro tipos de validez diagnóstica:

1. **Aparente:** grado en que la definición de un trastorno constituye una descripción razonable de una entidad clínica determinada y permite que los profesionales se comuniquen acerca del trastorno.
2. **Descriptiva:** grado en que los rasgos definitorios de una categoría diagnóstica son exclusivos de dicha categoría.

3. **Predictiva:** implica que si un diagnóstico tiene una alta validez predictiva, resulta útil para predecir la historia natural y la respuesta al tratamiento de un sujeto con dicho trastorno.

4. **De constructo:** grado de conocimiento que se posee de la etiología o del proceso fisiopatológico de un trastorno.<sup>35</sup>

La entrevista clínica y sus elementos. Los cambios sociales acaecidos en los últimos decenios han sido dramáticos en muchos sentidos. Se han afectado incluso los sistemas asistenciales de provisión de atención a la salud. El vertiginoso avance en el conocimiento de la etiología del trastorno mental, del progreso en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos como reflejo del mayor y mejor conocimiento de esta patología, y la reducción del tiempo disponible para la evaluación diagnóstica y el tratamiento psiquiátrico en las unidades asistenciales han sido factores decisivos del cambio en la atención de los pacientes.<sup>36-38</sup> Ese marco de trabajo sigue considerando la entrevista clínica como el principal medio para la evaluación de los pacientes;<sup>35</sup> de ahí que el diagnóstico no sea sólo un enunciado, sino una herramienta clínica tipológica y operacional en torno de la cual se construye el manejo de los afectados.<sup>21</sup> Todo explorador clínico especializado, o en su defecto el médico entrenado en adicciones, es el encargado de realizar el diagnóstico, el manejo a largo plazo de los trastornos adictivos, y de propiciar la comprensión de las relaciones interpersonales entre el paciente y su familia, entre éstos y el personal de salud y la institución.<sup>39-41</sup>

Del paciente se espera que asuma el papel a través del cual se le atenderá, interrogará, diagnosticará y tratará, mediante los más útiles procedimientos —establecidos para todos por igual—, con el fin de lograr la mejor y más pronta rehabilitación.<sup>42</sup> A tal efecto, en el contexto de una relación confidencial y diseñada *ex profeso* para dar ayuda, el paciente habrá de explicar todo aquello que le preocupe. El explorador, a su vez oyente y respondiente, intentará conseguir el mejor entendimiento posible de los problemas que se le planteen dentro de un contexto cultural y ambiental particular. Para ello, el profesional dispone de un grupo de estrategias destinadas a facilitar un intercambio libre y espontáneo de información, para que, una vez finalizada la entrevista, se llegue a la formulación diagnóstica que será la base del manejo. Y como se parte de la premisa de que cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más acertada será la estrategia terapéutica,<sup>34</sup> es importante realizar la exploración con el mayor número de detalles, cada uno de los cuales puede ser significativo por sí mismo y aún más en su conjunto.<sup>43</sup> La historia clínica en adicciones

incluye, como todo documento de investigación, una amplia información sobre el paciente en tanto individuo; el motivo de consulta principal; la descripción de la enfermedad actual; las capacidades adaptativas premórbidas y el conjunto de rasgos que delinear la personalidad del portador de la patología; los antecedentes relevantes, médicos, psiquiátricos y familiares relativos a la patología mental y médica, y otros datos pertinentes del desarrollo del paciente.<sup>43,44</sup>

El clínico siempre debe obtener tanta información como sea necesaria para llegar a un diagnóstico diferencial, para que en las oportunidades subsecuentes afine las hipótesis diagnósticas iniciales y se examine la influencia de los distintos factores participantes en el proceso mórbido que atiende.<sup>45</sup> Entre éstos destacan, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, los referentes al ámbito biológico, los psicológicos, en especial los que revelan la dinámica mental del afectado y sus conflictos, y los contextuales culturales, familiares y sociales que hacen particular la vida del paciente.<sup>46</sup> En el transcurso de la aplicación de historia clínica,<sup>43</sup> el profesional evalúa cuidadosamente las percepciones que el paciente tiene de sí mismo y de sus experiencias, las expectativas en relación con sus problemas, y de modo especial, dadas las características evasivas y poco comprometidas de muchos pacientes, las expectativas acerca de los objetivos del tratamiento, así como el tipo de relación terapéutica deseada.<sup>41</sup> Por su parte, la exploración psicopatológica representa desde el punto de vista clínico un muy útil resumen transversal de la conducta, el sensorio y las funciones cognoscitivas del paciente.<sup>24</sup> De ella resultan dos vertientes complementarias mediante las cuales se puede obtener la información relativa al estado psicopatológico actual del paciente, tanto de manera informal durante la entrevista como mediante la aplicación *ex profeso* de pruebas seleccionadas. La primera, o exploración informal, se basa en las observaciones del clínico y en el discurso libre y solicitado al paciente.<sup>34</sup> Dicha información incluye: apariencia y comportamiento; impresión causada por el contacto visual; actitud general durante la entrevista; estado de ánimo; calidad y cantidad del discurso; contenido y curso del pensamiento, y empleo de vocabulario.

Destacan de modo complementario la necesidad y la especificidad de las pruebas particulares realizadas de manera más formal, las cuales se fundamentan en la información y en los indicios derivados de la entrevista inicial. Éstas se dirigen a la determinación funcional de ciertas áreas: orientación, atención y concentración; memoria reciente y remota; cantidad de información; riqueza de vocabulario; capacidad de abstracción, capacidad de juicio e introspección; percepción y coordina-

ción.<sup>34,36</sup> De este modo, la primera entrevista constituye el método más importante para saber *quién es el paciente*. La meta es comprender a quién se refiere y muestra síntomas y signos compatibles con trastornos relacionados con sustancias, tanto los asociados con su consumo (dependencia y abuso) como los inducidos por el uso de sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, ansioso, del estado de ánimo, disfunción sexual y trastorno del sueño).<sup>46</sup> Aunque comparte muchos rasgos con la entrevista médica general y la psiquiátrica (que recoge los rasgos descriptivos de los principales diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV-TR),<sup>32</sup> la entrevista clínica —y su aplicación de instrumentos codificados en adicciones— presenta diferencias significativas que inducen a la comprensión multidimensional del paciente como persona y se vuelve útil para entender:

- a. Los rasgos psicológicos del paciente.
- b. Cómo se relaciona con su entorno.
- c. Influencias sociales, religiosas y culturales significativas en su vida.
- d. Motivaciones conscientes e inconscientes de su conducta.
- e. Puntos fuertes y débiles del Yo.
- f. Estrategia de afrontamiento que utiliza para la solución de sus problemas.
- g. Mecanismos de defensa predominantes y situaciones en las que suele emplearlos.
- h. El apoyo y la red social con que puede contar el paciente en un momento determinado.
- i. Puntos vulnerables del paciente, así como las áreas de aptitud y sus principales logros.<sup>40</sup> Véase cómo la entrevista clínica, en tanto acto creativo, es a la par un estudio de cambios en movimiento constante.<sup>30</sup>

Las semejanzas entre la entrevista médica, la psiquiátrica y la usada en adicciones incluyen:

- a. Filiación sociodemográfica del paciente.
- b. Motivo de la consulta.
- c. Historia del padecimiento actual.
- d. Antecedentes personales significativos y antecedentes sociofamiliares.

Por otro lado, las características diferenciales de la entrevista médica son:

- a. Exploración del componente emocional asociado a los acontecimientos significativos en la vida.
- b. Identificación de personas importantes para el paciente y tipo de relación interpersonal mantenida con éste a lo largo de la vida.

### Cuadro 30-2. Elementos por considerar en la primera entrevista

#### Información general

Motivo de la llamada
Localización del paciente
Cómo se puede contactar al paciente
Motivos de consulta actuales
Nombre y número de teléfono de quien lo ha enviado
Historia terapéutica
Trastornos médicos actuales
Expectativas del paciente sobre el tratamiento
Evaluación de la urgencia
Nombre y número de teléfono del médico general
Expectativas
Tiempo para la evaluación
Costo de la evaluación
Propósito de la evaluación
Disponibilidad del clínico para llevar a cabo el tratamiento

\* Modificado de: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.

- c. Identificación y definición de los principales factores que han influido en su desarrollo biopsicosocial (cuadro 30-2).

Tanto la entrevista psiquiátrica como la practicada a pacientes abusadores/adictos reúnen datos transversales referidos a los signos y síntomas de los trastornos psiquiátricos primarios (trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, esquizofrénicos y cognoscitivos). Simultáneamente se examinan las capacidades de adaptación y relación del paciente con su entorno a lo largo de la vida, que se traducen en forma de rasgos de carácter y, en ocasiones, en trastornos del carácter o de la personalidad.<sup>47</sup>

En ambos casos, psiquiátrico y de adicciones, tratándose de un examen exhaustivo, el clínico obtiene información histórica, que incluye la predisposición genética y familiar al tipo de problemas que presenta el paciente, así como una exploración física completa con las pruebas de laboratorio y las exploraciones radiográficas —y otras— necesarias para dilucidar los problemas médicos del paciente. Esta parte de la exploración permite evaluar la influencia de posibles trastornos médicos sobre los aspectos conductuales, anímicos y cognoscitivos, que en la exploración de la patología adictiva no es tan profunda ni tan específica. De hecho, cuando se busca complementar los diagnósticos psiquiátricos, la intención es estimar la intensidad de los factores estresantes psicosociales, así como el nivel más alto de capacidades adaptativas en la actualidad y durante el año previo, respectivamente.

Estos datos, como puede colegirse, aportan gran valor a la planificación del manejo y al establecimiento del pronóstico del trastorno adictivo u otro problema psiquiátrico vinculado o no con las adicciones. Tal similitud se debe al hecho de que la patología adictiva es una de las muchas variantes de los trastornos mentales. De modo que en el transcurso de la entrevista, el clínico valorará si el paciente muestra pensamientos o conductas (o ambos) de tipo psicótico y si presenta planes o pensamientos suicidas u homicidas, y simultáneamente evalúa su capacidad para controlar los impulsos. Si durante la entrevista el clínico determina que el paciente puede constituir, o es de hecho, un peligro para sí mismo o para los demás, debido a un trastorno adictivo o psiquiátrico decisivo en ese momento, está obligado a considerar el confinamiento residencial con fines de protección del afectado y de los demás.

Además, debe permitir la obtención de información para el análisis de los datos transversales, con el fin de llegar a un diagnóstico formal e información referente al crecimiento y desarrollo del individuo. Ambos tipos de entrevista, psiquiátrica y de adicciones, constituyen un acto de potenciales efectos curativos en el que un individuo que padece y presenta signos y síntomas morbosos obtiene alivio a partir de una relación humana confidencial y de confianza.

En tal sentido pueden utilizarse propositivamente diversos mecanismos de apoyo, como la introspección y la autorrevelación.<sup>24</sup>

Así, los elementos considerados clave en la promoción de los aspectos terapéuticos de la entrevista son la disposición a compartir información y la capacidad para escuchar de forma empática en el contexto de una relación profesional.<sup>3,24,31</sup>

En el curso de una entrevista diagnóstica, el clínico evalúa qué modalidades de terapia podrían beneficiar al paciente.<sup>48</sup> Ésta debe revisarse y actualizarse periódicamente,<sup>46,49</sup> de modo que el clínico ha de aportar a la entrevista su profundo conocimiento de la conducta normal y anormal, así como su dominio de los principios psicodinámicos que utiliza como marco teórico para comprender la complejidad de los rasgos de personalidad singulares del paciente, sus principales conflictos psicológicos, los mecanismos de defensa empleados, los aspectos biológicos negativos y positivos y, de modo especial, las capacidades adaptativas.<sup>24,47</sup>

El clínico evalúa, asimismo, las influencias de factores genéticos y de procesos orgánicos sobre la conducta, el pensamiento y el estado emocional del paciente, así como la psicopatología del paciente como un “todo”, teniendo en cuenta los factores biológicos, sociales, económicos, culturales y emocionales.<sup>24,47,50</sup>

Cabe señalar que ambas, la entrevista psiquiátrica y la empleada en adicciones, son un arte que se aprende con el tiempo, y deben aprenderse practicándolas bajo la tutela de supervisores experimentados.<sup>51</sup> La revisión cuidadosa y metódica del estilo, la técnica y el proceso de la entrevista realizada por un supervisor *ad hoc* mejoran el aprendizaje del personal clínico de adicciones, tan subestimado en el medio mexicano desde hace mucho tiempo.<sup>1,6</sup> Para facilitar el proceso de aprendizaje de las habilidades necesarias para llevar a cabo las entrevistas, pueden utilizarse distintos recursos bibliográficos y electromecánicos, etc., como los audiovisuales.<sup>48,52</sup>

De ahí que el personal en entrenamiento pueda servir de guías y esquemas de aprendizaje y manuales de principios o técnicas<sup>49,53</sup> donde se ubican las consideraciones generales sobre la entrevista, la relación médico-paciente y las técnicas específicas por utilizar.<sup>34</sup>

## ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA

La entrevista clínica en adicciones se forma por varios elementos, y algunos de los más importantes por considerar son:

- a. **Tiempo.** Es un factor destacado en la realización de cualquier actividad clínica; a menudo se utilizan sesiones de 45 a 60 min salvo ocasiones de primer contacto o cuando se requiera profundizar en la exploración o llenado de instrumentos clínicos precodificados, como la historia clínica del paciente adicto u otras pruebas psicológicas para completar un psicodiagnóstico.
- b. **Espacio** (diseñado *ad hoc*). Debe ser privado, confortable en términos del trabajo técnico, el cual es necesario para este tipo de entrevistas y produce mejores resultados si allana las dificultades o incomodidades a quienes lo utilizan.
- c. **Anotaciones.** Se recomienda que se hagan solamente las anotaciones indispensables y que, de ser posible, se realicen al término de la sesión, a efecto de no interferir, o de hacerlo lo menos posible, en la labor de contacto y establecimiento de lineamientos. Debe mantenerse el contacto visual con el interlocutor el mayor tiempo posible.
- d. **Interrupciones.** Se recomienda la eliminación de todo tipo de distracciones, en especial las que limiten la eficacia de la concentración y el *rappor*t entre el clínico y su paciente.
- e. **Acompañantes.** Es importante hacerse acompañar cuando el caso amerite información que sólo un familiar o persona cercana al paciente puede brindar. De lo contrario, es mejor eliminar todo tipo de acompañantes, ya que tienden a distraer, inhibir o censurar el procedimiento.
- f. **Secuencia.** Todo procedimiento clínico tiene una secuencia que debe respetarse, para favorecer su realización y completud.
- g. **Relación médico-paciente.** Es costumbre considerar que esta relación describe la unión entre el clínico y su paciente, pero debe considerarse en qué nivel de todo el procedimiento son varios los profesionales que, además del médico, entablan relación con el paciente. Todos ellos participan del mismo marco de trabajo, por lo cual la relación médico-paciente debe entenderse como concepto, incluyendo a todos los profesionales y no profesionales del equipo de salud.
- h. **Transferencia.** La proyección de pensamientos, emociones y sentimientos del paciente hacia el clínico conforman este mecanismo psíquico, el cual, por un lado, es imposible bloquear y, por otro, es necesario en sendos ámbitos, el psiquiátrico y el de adicciones. Su utilidad reviste gran importancia, pues en ella se basa en parte la participación profesional, al tiempo que da luz acerca de las razones del comportamiento de las personas.
- i. **Contratransferencia.** Las reacciones del clínico frente a los sentimientos, pensamientos y emociones de su paciente puestas en él conforman esta reacción humana, la cual puede convertirse en elemento (destrutivo) de conflicto cuando el clínico no está advertido de la reacción que muestra. En su defecto, puede ser utilizada de acuerdo con los fines de la terapéutica que se emplee en el manejo de los pacientes.
- j. **Alianza terapéutica.** La finalidad de todo procedimiento clínico es establecer una relación que permita el trabajo compartido. La alianza es el método que une al clínico con su paciente y, por lo tanto, es de suma utilidad.
- k. **Resistencia.** Los fenómenos de rebeldía, enojo y falta de colaboración por parte del paciente que causan el efectivo bloqueo del tratamiento se catalogan como resistencia; se considera que ésta es multifacética. Se pretende que toda relación humana, analizable en principio, muestre una cara resistencial,<sup>24,54</sup> más aún si se trata del sometimiento a situaciones de cierta dificultad, como el tratamiento de las afecciones de la salud, que de suyo amenazan la sensación de seguridad del pa-

ciente. Un proceso terapéutico debe poder contar con cierto control de la resistencia de los pacientes, a efecto de ser lo más efectivos posibles.

- I. Confidencialidad.** Éste es un elemento capital de toda actividad clínica, sin el cual se producen efectos devastadores contra la persona y los intereses del paciente. Las Normas Oficiales Mexicanas la reglamentan como imprescindible en el trabajo profesional.<sup>55</sup>

Por otra parte, cabe señalar la existencia de situaciones específicas donde se espera que los métodos y estilos de entrevista sean adaptados al tipo de paciente y de problema psiquiátrico que demande el servicio.<sup>56</sup> Por ejemplo, los procedimientos clínicos realizados con pacientes delirantes, deprimidos, potencialmente suicidas, somatomórficos (psicosomáticos), ancianos, niños, violentos, hostiles, negativistas, etc., dificultades ostensibles en aquellos pacientes enviados por un juez a tratamiento, pero sin su voluntad de participar, como los adictos preliberados. Otras modalidades son la (el) paciente violada(o), el hospitalizado y la entrevista a los familiares, cuyos propósitos informativo-educativos no son de corte estrictamente clínico.<sup>51</sup> Todos los casos anteriormente señalados caen en el marco de la actuación especial y demandan del profesional una actitud y conducta particulares.<sup>51</sup> En tal sentido, los pacientes regulares deben ser pertinentemente entrevistados, para lo cual se recomienda el uso del esquema señalado a continuación, previo a la exploración psicopatológica y física de cada paciente<sup>43</sup> (cuadro 30-3).

La exploración psicopatológica es muy importante para la producción del conocimiento acerca del paciente en términos de la información que capta el clínico y que le permitirá formular una opinión acerca del caso, especialmente respecto de la confiabilidad de los datos recogidos, así como del establecimiento de una hipótesis psicodinámica para el trabajo. Esta formulación, imprescindible para el trabajo psicoterapéutico, puede ser modificada con la evolución que ofrece la observación del paciente en las subsecuentes sesiones<sup>8</sup> (cuadro 30-4).

## ELEMENTOS TÉCNICOS DE LA DINÁMICA DE LA ENTREVISTA

Sin pretender agotar todas las posibilidades de intervención clínica en la materia (que, por otra parte, deben aprenderse y supervisarse en la acción terapéutica pro-

### Cuadro 30-3. Esquema de orden de la anamnesis del paciente adicto

#### Identificación del paciente

Procedencia  
 Motivo de consulta  
 Historia de la enfermedad actual  
 Antecedentes psiquiátricos personales  
 Antecedentes de consumo de alcohol y drogas  
 Antecedentes familiares  
 Psicobiografía  
 Periodo prenatal  
 Desarrollo durante la lactancia y la primera infancia  
 Media infancia  
 Última infancia y adolescencia  
 Historia durante la vida adulta  
 Historia sexual  
 Antecedentes médicos

\* Modificado de: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.

piamente), se señalan algunos de los principales elementos técnicos que conforman la dinámica de la entrevista, mismos que, aglutinados en sendos grupos se conocen por su eficacia en la facilitación o el bloqueo de

### Cuadro 30-4. Exploración psicopatológica

#### Descripción general

Aspecto físico  
 Conducta motora  
 Lenguaje  
 Actitud  
 Emociones  
 Estado de ánimo  
 Expresión afectiva  
 Adecuación  
 Alteraciones senso-perceptivas  
 Alucinaciones e ilusiones  
 Despersonalización y desrealización  
 Proceso del pensamiento  
 Curso del pensamiento  
 Contenido del pensamiento (delirios, obsesiones, compulsiones, preocupaciones y fobias)  
 Pensamiento abstracto  
 Escolarización e inteligencia  
 Concentración  
 Orientación (tiempo, espacio, persona y situación)  
 Memoria (remota, reciente, inmediata)  
 Control de los impulsos  
 Capacidad de juicio  
 Introspección  
 Confiabilidad  
 Formulación psicodinámica

\* Modificado de: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.

**Cuadro 30-5. Fases de la entrevista****A. Inicial**

Motivo de consulta  
 Enfermedad actual  
 Sentimientos sobre acontecimientos importantes

**B. Media**

El paciente como persona  
 Historia familiar multigeneracional  
 Condiciones de vida actuales  
 Ocupación  
 Aficiones  
 Educación  
 Escala de valores  
 Entorno cultural y religioso  
 Historia militar  
 Historia social  
 Antecedentes médicos  
 Desarrollo  
 Historia sexual  
 Aspectos cotidianos  
 Cualidades y defectos

**C. Final**

Tiempo restante  
 Temas importantes no tratados  
 Preguntas del paciente  
 Compartir las impresiones clínicas con el paciente  
 Consentimiento para obtener grabaciones  
 Consentimiento para hablar con otras personas

Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.

las acciones clínicas pretendidas. Se considera que dichos elementos bien manejados producen una dinámica productiva a lo largo de las fases que cursa la entrevista (cuadro 30-5), es decir, siempre que sean productivos, o sea, facilitadores del curso y tono de la entrevista. Pueden, por el contrario, ser obstaculizantes (de bloqueo) del proceso y, por lo tanto, improductivos (cuadro 30-6).

**Elementos de facilitación****Mensajes facilitadores**

Son aquellos que expresamente inducen la espontaneidad de comunicar el motivo de la atención profesional, y abren y mantienen dicha exposición. El elemento más importante de la entrevista psiquiátrica es permitir de primera intención una tribuna libre al paciente, a efecto de que relate su historia de forma ininterrumpida, adoptando una actitud de escucha atenta y sin formular demasiadas preguntas que puedan interrumpir el curso de

**Cuadro 30-6. Elementos técnicos de la entrevista****Facilitación**

Mensajes facilitadores  
 Preguntas abiertas  
 Reflexiones sobre tópicos  
 Facilitación comunicacional  
 Refuerzo positivo  
 Manejo del silencio  
 Interpretación (hechos, situaciones y significados globales)  
 Lista de preguntas  
 Redirección de la entrevista  
 Transición a otro tópico  
 Autorrevelaciones o descubrimiento

**Bloqueo**

Mensajes obstructivos  
 Preguntas excesivamente directas  
 Uso de preguntas consecutivas  
 Uso de otros recursos "tópicos anticipados"  
 Consejo prematuro  
 Falsas afirmaciones  
 Actuar sin dar explicaciones  
 Preguntas despreciativas  
 Atrapar al paciente con sus propias palabras  
 Mensajes paraverbales  
 Falsas afirmaciones, comunicación paradójica  
 Actuar sin dar explicaciones  
 Preguntas despreciativas  
 Afirmaciones tipo juicio moral: "Usted está mal"  
 Mensajes no verbales de resentimiento

\* Modificado de: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.

la entrevista. Más adelante se podrá dirigir el interrogatorio con apego a una historia clínica, o incluso con la aplicación de instrumentos codificados.

**Preguntas abiertas**

Una pregunta abierta es la que induce el diálogo y a la vez muestra un tema que el clínico está interesado en explorar, aunque permite que sea el paciente quien elija las áreas consideradas relevantes.

**Reflexiones**

A menudo se desea que el paciente se fije en los acompañantes afectivos de sus verbalizaciones (parfraseo de lo dicho por el paciente; subrayar los sentimientos que acompañan a un acontecimiento referido). Al repetir con otras palabras la verbalización del paciente, éste tiene la oportunidad de rectificar las cogniciones erróneas que pueda tener el clínico sobre su estado.

## **Facilitación**

El clínico usa lenguaje corporal e indicios verbales mínimos, para fomentar y asegurarse de que el paciente continúe una línea determinada de pensamiento, con las mínimas interrupciones posibles en el flujo de las verbalizaciones (asentir con la cabeza o hacer comentarios del tipo: sí... ya..., y verbalizaciones: ya veo, continúe, ¿qué más?, ¿algo más? y prosiga).

## **Refuerzo positivo**

Los temas tratados suelen ser aspectos sobre los que el paciente no está acostumbrado a hablar y que le resultan difíciles de explicar. Cuando el paciente ha luchado con un tema en concreto y más tarde se ve capaz de comunicarlo claramente, el clínico ha de indicar su aprobación mediante el uso de refuerzos positivos.

## **Silencio**

El uso juicioso del silencio en la entrevista es un componente importante del repertorio de técnicas para la entrevista. En el caso del paciente, los silencios (distintos de lo que ocurre con el manejo propositivo del silencio por parte del entrevistador) le permiten distanciarse de lo que ha estado diciendo y lo ayudan a ordenar sus pensamientos, o a entender mejor el significado psicológico y el contexto de lo sucedido en la entrevista. Pero los silencios pueden indicar también una forma de resistencia; en tal caso se debe animar al paciente a que prosiga su discurso respondiendo a estos silencios con: dígame, qué está pensando...

## **Interpretación**

El clínico colabora con el paciente para que éste sea capaz de entender sus propias motivaciones y el significado de sus pensamientos, sentimientos y acciones. Examina pautas repetidas de conducta y extrae inferencias acerca de ellas. El clínico debe conducirlo hacia la autointerpretación tomando algunos datos que el paciente supone no relacionados, para ayudarlo a identificar determinadas pautas. El paciente podrá conectar estos acontecimientos y sentimientos aparentemente no relacionados y hacer inferencias por sí mismo. Otro modo de interpretación es presentar al mismo tiempo las pautas de conducta y hacer inferencias para el paciente como hipótesis provisionales que éste puede aceptar o rechazar.

## **Lista de preguntas**

Proponer una serie de respuestas cuando el paciente sea incapaz de describir o cuantificar el grado de especificidad de aquello que se cree importante en situaciones concretas. El clínico utiliza una serie de preguntas de comprobación cuando las preguntas abiertas no proporcionan la información necesaria y se precisan datos más específicos. Este tipo de técnica facilitadora suele ser de mucha ayuda para dilucidar problemas médicos.

## **Redirección de la entrevista**

Cuando la entrevista no progresa porque el paciente insiste en un único tema, el clínico señala la necesidad de pasar a otras áreas de exploración. Asimismo, el clínico se muestra firme respecto al hecho de tener suficiente información sobre aquel tema y de entender las preocupaciones y los sentimientos del paciente acerca de esa cuestión concreta.

## **Transiciones**

Una vez que el clínico considera que tiene información suficiente sobre una parte concreta de la historia de un paciente, le indica su satisfacción por la comprensión de esta parte de la entrevista y lo invita a pasar a otro tema.

## **Autorrevelaciones**

En ocasiones, el clínico considera que revelar ciertos pensamientos, sentimientos o acciones de sí mismo puede ser beneficioso para el paciente. Éstas pueden hacerse en respuesta a una pregunta del paciente, o darse en situaciones en que el clínico crea que el compartir sus propias experiencias va a beneficiar al paciente.<sup>34</sup>

## **Elementos de bloqueo**

### **Mensajes obstructivos**

Éstos tienden a interferir en el curso deseablemente interrumpido de las verbalizaciones del paciente y se interponen en el establecimiento de una relación de confianza entre ambos. Como constituyen una mala práctica como elementos técnicos de la entrevista, deben evitarse.

### **Preguntas excesivamente directas**

Antítesis de las preguntas abiertas, ocurren cuando se conduce al paciente a una única respuesta; no permiten

que el paciente escoja los aspectos que más lo preocupan. El uso excesivo de preguntas directas hace que el paciente responda sólo a lo que se enumera y lo empuja a convertirse en receptor pasivo de un interrogatorio, lo que no le permite llegar a una situación de igualdad como interlocutor.

### **Preguntas consecutivas**

En lugar de permitir al paciente responder a una pregunta concreta, el clínico formula varias preguntas a la vez. Es posible que el paciente no sepa a cuál responder o que intente condensar todas las preguntas en una sola y responda con un sí o un no.

### **Tópicos anticipados**

En vez de responder a las aportaciones que brinda el paciente sobre acontecimientos importantes, el clínico pasa de un tema a otro y se muestra insensible ante lo que para el paciente es importante valorar.

### **Consejo prematuro**

El clínico afirma su autoridad indicando al paciente lo que debe hacer sin tener información suficiente, sin involucrarlo en la búsqueda.

### **Falsas afirmaciones**

Cuando el clínico señala sin utilidad para el paciente algo que no debe decirse. Las afirmaciones innecesarias de este tipo representan “ruido” comunicacional y conceptual, por lo que deben eliminarse.

### **Actuar sin dar explicaciones**

Cuando el clínico —con la ventaja que le concede el hecho de no ser el interrogado y la distancia que toma respecto de los hechos, dada por su posición, experiencia y objetividad—, genera, no obstante, una actuación inadecuada o hace afirmaciones incomprensibles aun para el paciente, con base en la información producida.

### **Preguntas despreciativas**

Cuando el clínico, por la forma y contenido de la pregunta que dirige al paciente, descalifica hechos o situaciones particulares.

### **Atrapar al paciente con sus propias palabras**

Cuando el clínico repara en algo dicho por el paciente para mostrarle —mediante sus propias palabras— un sentido opuesto, contrario o excluyente de lo que se dijo.

### **Mensajes paraverbales**

Cuando el clínico retira conductualmente su aceptación al paciente negando con la cabeza, a partir de algo que ocurre en la sesión; cuando prefiere hacer otra cosa que atenderlo; cuando pierde contacto visual o muestra su desaprobación cerrando los ojos cuando el paciente se repite, etc..

### **Falsas afirmaciones**

Cuando el clínico asegura al paciente que algo va a ocurrir o no, o bien cuando tiene insuficiente información para llegar a esa conclusión o a la situación clínica; cuando sugiere que podría ocurrir justo lo contrario e infunde falsos ánimos al paciente.

### **Afirmaciones tipo juicio de valor**

Cuando el clínico presenta al paciente afirmaciones o negaciones valorativas (axiológicas) respecto de las situaciones que debe describir o interpretar.

### **Mensajes no verbales de resentimiento**

Cuando el clínico, molesto con la conducta de su paciente, tiende a desaprobarlo, y en lugar de enfrentarse al debate racional correspondiente, utiliza el lenguaje corporal para indicar su desaprobación. La conducta del clínico puede causar en el paciente sentimientos de baja autoestima y hacerlo sentirse degradado, lo que es inadecuado.<sup>34</sup>

Como puede verse por la descripción sucinta de las actividades clínicas por realizarse en el campo de las adicciones, se pueden describir racionalmente muchas actividades en torno de la atención de los pacientes,<sup>27</sup> y no obstante, dada su naturaleza, toda la enseñanza que contiene su aprendizaje debe complementarse con actividades supervisadas.<sup>48</sup> Ello brinda la oportunidad de enseñar la técnica básica y, en su caso, corregir los errores de la mala práctica derivada de la inexperiencia y demás dificultades intrínsecas de esta labor.<sup>30,31</sup> El uso de técnicas dirigidas a la solución de problemas es de utilidad en un amplio espectro de actividades, en particular en el abordaje clínico de los pacientes, cuando se



visualizan las dificultades de su ejercicio y se llevan a cabo las recomendaciones al efecto, consistentes en el diseño y la aplicación de recomendaciones puntuales para corregir las desviaciones conductuales de la actuación profesional (e incluso paraprofesional). En complementariedad, los aspectos nosográficos ayudan a consolidar las metas clínicas, administrativas, legales y científicas necesarias para el desarrollo de la actividad diagnóstico-terapéutica.<sup>58</sup> Amén de definir las características propias de los trastornos a partir de su historia natural, de desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales y de su etiopatogenia —que promueve mejores manejos—, aportan un lenguaje común altamente deseable en la comunicación del equipo de salud.

Por su parte, los elementos técnicos de la clínica en adicciones son, como en cualquier otra actividad médica, esenciales para el abordaje y la comprensión de la

problemática de los pacientes.<sup>59</sup> Las dificultades de la dinámica de la entrevista, así como la exploración psicopatológica, son piezas clave para el diagnóstico y de máxima utilidad en el tratamiento integral de los casos. Esa aspiración clínica es particularmente importante ahora que se dirigen esfuerzos para enfrentar el problema mediante un sistema nacional, diseñado de acuerdo con las directrices internacionales al efecto, es decir, de manera coordinada entre todas las instituciones y organizaciones que participan en ello,<sup>60</sup> manejo que todo equipo profesional debe incluir a título indispensable,<sup>61</sup> no sólo por su apego a la normatividad vigente,<sup>55</sup> lo que es razón válida por sí misma, sino por la responsabilidad social que asumen los servicios asistenciales en la materia, a favor de la comunidad. Deseamos que las directrices planteadas sean de utilidad para todos aquellos que colaboran en la noble tarea de ayudar a quienes tanto lo requieren.

## REFERENCIAS

1. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por que profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
2. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Terapéutica antiadictiva. Utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.
3. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
4. **Souza y Machorro M:** Personalidad y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(4):336-345.
5. **Beck AT, Freeman A:** *Terapia cognoscitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, Paidós, 1995.
6. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2002;2(1):25-27.
7. **Feixas G, Miró MT:** *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, Paidós, 1993.
8. **Freud S:** *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
9. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
10. **Greenberg LS, Rice LN, Elliot R:** *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona, Prixe, 1996.
11. **Lambert MJ, Bergin AE:** Achievements and limitations of psychotherapy research. En: Freedheim DK (ed.): *History of psychotherapy: a century of change*. Washington, American Psychological Association, 1992:360-390.
12. **Godfried MR:** *De la terapia cognoscitiva conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao, DDB, 1996.
13. **Messer SB:** Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist* 1986;41:1261-1272.
14. **D'Zurilla TJ, Godfried MR:** Problem solving and behavior modification. *Abnormal Psychol* 1971;78:107-126.
15. **Wasik BH:** *Home visiting. Procedures for helping families*. 2ª ed. Communications, University of North Carolina, 2005.
16. **Ruiz JJ, Cano JJ, Imbernon JJ:** *Psicoterapia cognoscitiva de urgencia*. Jaén, R&C Editores a Demanda, 2000.
17. **Shure MB, Spivac G:** Interpersonal problem-solving as a mediator of behavioral adjustments in preschool and kindergarten children. *J Applied Developmental Psychology* 1980;1:45-57.
18. **Olivares J, Méndez FX:** *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.
19. **Lazarus AA:** *Terapia multimodal*. México, IPPEM, 1984.
20. **Ruiz Sánchez JJ, Cano Sánchez JJ:** *Psicoterapia por la personalidad*. Madrid, Espasa, 2001.
21. **Souza y Machorro M:** Nosología y propeútica de los programas antiadictivos. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(2):166-179.
22. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
23. **Frank JD:** Therapeutic factor in psychotherapy. *Am J Psychotherapy* 1982;25:350-361.
24. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
25. **Watchel PL:** Terapia psicodinámica integradora. En: Linn SJ, Garske JP (eds.): *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, DDB, 1988.
26. **Watchel PL:** *Action and insight*. Nueva York, Guilford Press, 1987.
27. **Klamen DL, Miller NS:** Integration in education for addiction medicine. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(3):263-268.
28. **Souza y Machorro M:** *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.

29. **Souza y Machorro M, Quijano BE, Reséndez RR, Arroyo PF, Quintanilla BJ et al.:** *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
30. **Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA:** *Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ª ed. The American Psychiatric Press, 2002.
31. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
32. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. 4ª ed. Washington, 2001.
33. **Wakefield JC:** The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 1992;47:373-388.
34. **Scheiber SC:** Entrevista psiquiátrica, historia clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *Tratado de psiquiatría*. Tomo I. 3ª ed. Washington, The American Psychiatric Press, 2002;6:191-219.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. V: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
36. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC, 2004: 25-46.
37. **Klamen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480, xi.
38. **Watzlawick P, Weakland J, Fisch R:** *Cambio*. Barcelona, Herder, 1976.
39. **Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM:** Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6): 619-634.
40. **Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D:** A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA* 1987;257(21): 2945-2948.
41. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.
42. **Lemmens T, Singer PA:** Bioethics for clinicians: conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998; 159(8):960-965.
43. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. *Psiquiatría 2ª Época* 1998; 14(1):9-25.
44. **El Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S:** Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction* 2000;95(6):949-957.
45. **Prochaska JO, Di Clemente CC:** The transtheoretical approach. En: Norcross JC (ed.): *Handbook of eclectic psychotherapy*. Nueva York, Brunner Mazel, 1986.
46. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
47. **Millón T:** *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, Martínez Roca, 1994.
48. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
49. **Souza y Machorro M:** Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría 2ª Época* 2005;21(1):25-37.
50. **Millón T:** *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona, Masson, 1998.
51. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
52. **Souza y Machorro M, Díaz BSL:** Actualización médica y tecnología comunicacional. *Revista CII, Órgano informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C.* 1997;9:77-78.
53. **Bland E, Oppenheimer L, Brisson CG, Morel C, Holmes P, Gruslin A:** Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27(3):483-490.
54. **Strupp HH, Binder JL:** *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao, DDB, 1993.
55. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20 (3):25-37.
56. **Luborsky L:** Helping alliances in psychotherapy. En: Claghorn E. (ed.): *Successful psychotherapy*. Nueva York, Brunner Mazel, 1976:92-116.
57. **Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D:** Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict* 1998;7(1):7-13.
58. **Díaz BSL, Souza y Machorro M, Romero RR et al.:** *Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos*. Dirección General Adjunta Normativa y Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos; Director General de Centros de Integración Juvenil, A. C.
59. **Souza y Machorro M:** Enfermedad y salud mental. *Psicología Iberoamericana* 2000;8(3-4):93-96.
60. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz Barriga SL:** *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
61. **Goldstein FJ:** Does need more training in diagnosing and treating addiction. *J Am Osteopath Assoc* 1999;99(9):456.



---

# Glosario de términos\*

---

Las adicciones son trastornos de etiopatogenia compleja y multifactorial<sup>1</sup> cuyo vertiginoso desarrollo cobra polifacéticos matices reincidentes<sup>2</sup> que se cronifican y generan altos costos sociales.<sup>3</sup> Ello justifica plenamente la necesidad de atenderlas de modo propositivo con los mejores recursos.<sup>4,5</sup> La variedad de síndromes adictivos y su comorbilidad como problema mundial requieren una organización terapéutica constante e integral de alcance nacional,<sup>6</sup> capaz de atender a la vez, y con la misma preferencia, lo urgente y lo trascendente;<sup>7</sup> que conquiste y mantenga la abstinencia;<sup>8</sup> que dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa,<sup>9</sup> invitando al paciente, a familiares, amigos, compañeros, etc.,<sup>10</sup> a consolidar una reinserción social que posibilite la rehabilitación productiva, integral y duradera.<sup>11,12</sup> Sin embargo, los esfuerzos desplegados no se comparan con el impacto y la diseminación social del problema.<sup>13</sup>

Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,<sup>14</sup> se debe lo mismo a la prevalente idea social en torno a la obtención de placer y su validez ética comunitaria<sup>15</sup> que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello,<sup>16</sup> reforzado por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento.<sup>17</sup> En tal contexto, la psicoterapia, por ejemplo, —de la que, por cierto, la mayor parte de la sociedad, el personal de salud y los médicos incluso no disponen de mayor conocimiento, aunque a veces la critiquen—, se vuelve fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología.<sup>9,18</sup> No

basta con prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos, hacen falta modalidades reflexivas capaces de reforzar el tratamiento<sup>19-21</sup> con el fortalecimiento de actividades antiadictivas, la promoción del inicio<sup>1</sup> oportuno del manejo de tales problemas<sup>16,19</sup> y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono —tan frecuente, que caracteriza este problema psiquiátrico— redundaría en la afectación de los afectados, debido entre otros factores a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca.<sup>1,13,16,22</sup>

Una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los programas antiadictivos, y de modo especial en la reducción del daño, en muchos casos no es esperable pronto ni de modo fácil. Existen múltiples dificultades por vencer antes de consolidarse, aunque la mayor parte de los profesionales estén de acuerdo en que la meta del manejo sea la abstinencia total, permanente y sin concesiones.<sup>20,21,23</sup> La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa en el manejo integral,<sup>24,25</sup> de modo que las generalizaciones y sobreesimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática.<sup>13,14,16,26</sup>

En tal contexto, el lenguaje utilizado en esta actividad necesita unificarse y diseminarse entre todos los participantes, a efecto de que compartan un mismo código comprensible y práctico que permita alcanzar los variados objetivos de manejo. El divorcio conceptual-lexicológico existente que tanto ha problematizado la

---

\* Souza y Machorro M, Quijano BE, Reséndez RR, Arroyo PF, Díaz Barriga SL, Guisa CVM: *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.

comunicación debe eliminarse en aras de superar la confusión semántica en la que algunos grupos sociales aún se debaten, especialmente ahora que entre las organizaciones e instituciones del país priva la necesidad de integrar la red terapéutica antiadictiva.<sup>1,3,6</sup>

La confusión social existente respecto del vicio y el castigo como forma de “tratamiento” a los pacientes etiqueta erróneamente esta patología. En términos de ese prejuicio prosopoléptico (*prosopton*, máscara, y *lapsus*, error, equivocación), se confunde al sujeto con su apariencia-estereotipo social, originando actitudes y conductas inadecuadas e injustas. Y como las adicciones están plagadas de prejuicios e incomprensión aun entre quienes laboran en el gremio, la incomprensión de los pacientes se convierte en producto de ignorancia y mala interpretación; es tarea de todos la desmitificación de todo aquello que se requiera para reorientar la buena voluntad de la comunidad.<sup>13</sup>

Asimismo, para alcanzar los propósitos de la normatividad en adicciones: *Establecer y uniformar los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas*,<sup>27-29</sup> es necesario sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que, en su carácter obligatorio, se constituye en una herra-

mienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>2</sup>

Es imprescindible la utilización de un modelo profesional inclusivo e integral que dé cuenta del problema: desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada (más de cinco años); que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos de que disponen los programas y su personal, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional a lo largo de la historia natural del trastorno, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio social.<sup>30</sup>

Ello demanda preparación organizada de los recursos humanos y materiales,<sup>26</sup> así como un lenguaje unificado, claro e inconfundible que permita referirse siempre de idéntica forma a los conceptos empleados.

Los 484 términos que componen esta propuesta básica para el tratamiento de problemas adictivos y patologías derivadas o concomitantes fueron recogidos de la literatura, los principales documentos temáticos, la Norma Oficial Mexicana y los catálogos oficiales. No están dispuestos tipológica ni jerárquicamente, ya que se considera de mayor utilidad para su revisión que estén en orden alfabético.

**Abstinencia (síndrome de).** Síndrome desadaptativo de comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o a la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias. Muchos (quizá todos) individuos con abstinencia de sustancias presentan un deseo-necesidad imperiosa de consumo, y su conducta de búsqueda, para reducir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol; anfetaminas, metanfetaminas y otras sustancias afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia. También afectan a los síntomas de abstinencia la dosis y duración y otros factores, como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y sín-

tomas de la intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia. Como en el síndrome de intoxicación, otros factores por considerar para su diagnóstico y tratamiento son: la evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias, presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; el uso adecuado de las pruebas de laboratorio y gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y la abstinencia; curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

**Abstinentes.** Quien no consume ninguna sustancia.

**Abuso.** Patrón de consumo desadaptativo diferente del que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el individuo está consciente de tener un problema causado o desencadenado por su uso y que pone en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas derivados de ello pueden presentarse repetidamente por

un tiempo prolongado, y para su diagnóstico deben estar presentes por lo menos durante un tiempo, no menor de un mes.

**Abuso de sustancias** (*que no producen dependencia*).

Uso repetido e inapropiado de sustancias sin potencial adictivo; se refiere a una gran variedad de fármacos, como psicotrópicos antidepresivos y neurolépticos, laxantes, analgésicos, esteroides y otras hormonas, vitaminas y antiácidos, entre otros.

**Acatisia.** Estado de alteración psicomotora, iatrogénico e involuntario producido por la administración de neurolépticos prescritos para el manejo de afecciones psiquiátricas, caracterizado por movimiento regular e incesante —sin angustia— como deseo de relajarse los músculos esqueléticos. Movimientos reiterativos.

**Acetaldehído.** Principal producto de la degradación del etanol formado por la oxidación de éste. Sustancia tóxica implicada en la reacción de enrojecimiento por alcohol denominado síndrome de *flushing* y de ciertas secuelas físicas de su consumo a largo plazo.

**Acting out.** Término técnico frecuentemente usado en psicología para designar la conducta de actuación de estirpe inconsciente en un individuo.

**Actitud.** Disposición de la psique a actuar o reaccionar en determinada dirección, aunque sea inconsciente. La actitud “fija el hábito de reacción y determina no sólo el modo de actuar, sino el modo de experiencia subjetiva y hasta el modo de compensación por el inconsciente”.

**Aculturado.** El que se encuentra mental y físicamente en armonía con los patrones de su cultura.

**Adenomegalia(s).** Crecimiento de los ganglios linfáticos, a menudo doloroso, e indicador de patología regional.

**Adenopatía.** Enfermedad ganglionar. Inflamación de los ganglios que refleja problema en la zona (inguinal u otra).

**Adicción** (*dependencia, drogadicción, toxicomanía, drogodependencia*). Enfermedad psiquiátrica primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recaída (recaída), en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto en su desarrollo como en sus manifestaciones. La enfermedad suele ser progresiva y fatal y se caracteriza por el uso repetido de una(s) sustancia(s) psicotrópica(s) que permite(n) al individuo estar periódica o crónicamente bajo estados alternos de intoxicación-abstinencia; genera a su vez una compulsión en su consumo impidiendo el cese voluntario. Además de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia y sus efectos, existe preocupación por ella y consumo

reiterativo a pesar de sus consecuencias adversas, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación. Ello puede llevar a cambiar el uso de la sustancia por otra semejante o de más intensos efectos, y a tratar de conseguirlas por cualquier medio. Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga, caracterizado por una modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir el *fármaco* en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos *psíquicos*, y en ocasiones para evitar el malestar que se presenta si no se consume. La adicción no es un término diagnóstico en la CIE-10, pero sigue siendo usado de muchas maneras por los profesionales de la salud como sinónimo de dependencia (síndrome de dependencia). Adicción o dependencia del conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

**Adicto.** Persona que presenta adicción; que depende del consumo de uno o varios psicotrópicos. Persona con dependencia de una o más sustancias psicoactivas o psicotrópicos.

**Adicto** (*en recuperación*). Persona que ha dejado de utilizar sustancias psicotrópicas y está en un proceso de reinserción social.

**Afasia.** Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas —lectura, escritura o habla— debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

**Afecto.** Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emociones) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del humor, que concierne a un “clima” emocional más generalizado y persistente, el término “afecto” se refiere a cambios más fluctuantes en el “tiempo” emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades: *Aplanado*: ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva. *Embotado*: reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. *Inapropiado*: discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideaación. *Lábil*: variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva. *Restringido o constreñido*: reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

**Agente ametístico.** Sustancia que se administra con el propósito de revertir o mitigar los efectos de la intoxicación etílica. Tales compuestos actuarían supuestamente inhibiendo los efectos del alcohol a nivel del SNC o bien acelerando su metabolismo en el hígado; pero aún no existen evidencias de sustancias con tales propiedades para propósitos terapéuticos.

**Agitación (psicomotora).** Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcerse las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

**Agonista.** Sustancia que actúa a nivel del receptor neuronal y produce efectos similares a los que refiere la droga. La metadona es un agonista semejante a la morfina a nivel de los receptores opiáceos.

**Alcalinidad.** Grado de elevación del potencial hidrógeno (pH) de una sustancia, entre el 7 y el 14 de una escala convencional.

**Alcaloide.** Sustancia base de origen natural (generalmente vegetal), orgánica, compuesta de nitrógeno. Por lo común se encuentra en forma de sales de ácidos orgánicos.

**Alcohol absoluto.** El etanol contiene no más allá de 1% de masa de agua.

**Alcohol etílico (etanol).** Líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y olor característico; se encuentra en bebidas fermentadas como la cerveza y el vino, y destiladas como el brandy, el whisky, el vodka, etc. Es un depresor del SNC, produce una aparente euforia inicial sobre los centros inhibitorios corticales. Tiene efectos locales en piel, mucosas, tejido subcutáneo, nervios periféricos y el SNC, en el sistema cardiovascular y músculos esqueléticos. En la mayoría de las culturas es frecuentemente consumido y responsable de una morbimortalidad considerable. En México, la mayoría de quienes ingieren alcohol etílico prefieren bebidas fermentadas del lúpulo, como la cerveza, y los destilados de la uva del tipo del brandy, pero en algunas zonas rurales aún predomina el consumo de fermentados del agave, mientras que en otras regiones se usan las mezclas de ambas.

**Alcoholismo.** Se denomina así el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico. Por extensión se ha usado equivocadamente para calificar todas las formas de consumo (perjudicial o no) de etanol.

**Alcoholoepilepsia.** Crisis o cuadro convulsivo ocurrido como consecuencia de la discontinuación de bebidas alcohólicas u otras sustancias (drogas alcoholobarbitúricas), cuando el nivel de alcohol en sangre

(NAS) ha disminuido (BAL). Clínicamente cursa con rigidez muscular y pérdida de la conciencia.

**Alexitimia.** Incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones.

**Alianza terapéutica.** Se refiere a un tipo particular de relación entre el paciente y el clínico en la cual trabajan en el diseño y el logro de los mismos objetivos; su base es el respeto mutuo y el entendimiento.

**Alogia.** Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla expresiva). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

**Alucinación.** Percepción sin estímulo externo que puede ocurrir en todos los campos sensoriales; falsificación sensorial y perceptiva. Existen varios tipos de alucinaciones: auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas, somáticas, hipnagógicas (durante el dormir) e hipnopómpicas (al despertar). Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones se distinguen de las ilusiones, en las cuales un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El individuo puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. La persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras que otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término "alucinación" no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se duerme, al conciliar el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias. Algunos tipos de alucinaciones son: *Auditiva*: percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza, y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza. Congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. *Gustativa*: percepción de sabores

(habitualmente desagradables). No congruentes con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo. *Olfativa*: percepción de olores, como de goma quemada o pescado podrido. *Somática*: percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondriaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil. *Táctiles*: percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (sensación de que algo se mueve o reptar bajo la piel). *Visual*: percepción de imágenes estructuradas, como personas, o bien imágenes informales, como destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

**Alucinógenos.** Agentes químicos que producen alteraciones en la percepción y pensamiento cuyas sensaciones se asemejan a los cuadros de las psicosis funcionales (psicodislépticos). Grupo de diversas sustancias que incluye a los ergóticos y compuestos afines (dietilamida del ácido lisérgico, LSD,<sup>25</sup> semillas de gloria matinal), fenilalquilaminas (mescalina, o 2,5 dimetoxi-4-metilamfetamina y MDMA o 3,metilén-dioxi-metanfetamina, también llamada “éxtasis” D, alcaloides del indol (psilocibina, DMT o dimetiltryptamina y otros compuestos varios). Se excluyen de este grupo la fenciclidina y la marihuana (delta-9-tetrahidrocannabinol, THC) debido a que, aunque estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, muestran diferencias significativas en sus efectos psicológicos y sobre el comportamiento.

**Ambivalencia.** Término que Bleuler designó para la tendencia en los trastornos mentales, particularmente en la esquizofrenia, a otorgar igual expresión a sentimientos contrarios como amor y odio. Expresión simultánea de afectos o actitudes opuestas.

**Amnesia.** Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia: *Anterógrada*: pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico. *Retrógrada*: pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico. El disturbio de la memoria puede ser completo, parcial, permanente o temporal, atribuible por igual a causas orgánicas o psicológicas.

**Analéptico.** Fármaco estimulante; inductor. Que acelera la actividad de alguna parte de la fisiología normal del organismo. En psiquiatría, se usa *psicoana-*

*léptico* para referirse a la droga que estimula la actividad nerviosa del cerebro. Psicotomimético.

**Analgésico.** Fármaco o sustancia que alivia el dolor.

**Análogo.** Compuesto químico que es similar a otra droga en sus efectos, pero que se diferencia ligeramente en su estructura química.

**Anestésico.** Agente farmacológico usado con el fin de combatir el dolor por la disminución-pérdida transitoria de las sensaciones.

**Anfetaminas.** Aminas simpaticomiméticas clasificadas como psicotrópicos por su fuerte poder estimulante sobre el SNC. Las sales más comunes derivadas de esta droga son el sulfato de dextroanfetamina y el clorhidrato de metanfetamina. Farmacológicamente, sus compuestos semejantes son el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepramona (dietilpropión). Sus efectos son parecidos a los de la cocaína, pero tienen mayor duración y pueden ser más potentes.

**Angustia, ansiedad.** Sensación de temor, aprensión o inquietud que surge de anticipar un peligro cuyo origen se desconoce y no se comprende. La angustia se distingue del miedo porque este último sí tiene una causa conocida: se tiene miedo a los animales, a estar solo, a ciertas personas, etc.

**Anhedonia.** Pérdida o incapacidad para experimentar placer.

**Anorexia.** Pérdida del apetito; estado mental que permite la postergación, en ocasiones prolongada, de la ingestión de alimentos. Relativo a la anorexia. Anorexia nervosa.

**Anoréxico.** Agente supresor del apetito.

**Anorexígenos.** Fármacos (anfetamínicos) cuyos efectos sobre el hambre y el deseo de ingerir alimento se usan propositivamente en medicina para el control de la obesidad. Pérdida del apetito.

**Ansiedad.** Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Estado disfórico semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. Aprensión, anticipación o temor a un peligro posible.

**Ansiolítico.** Tranquilizante, sedante o hipnótico.

**Antagonista.** Sustancia que bloquea los efectos de otro agente farmacológico. Tal reacción es antagonista cuando interactúa con un receptor inhibiendo la reacción de los agentes agonistas que producen los efectos psicológicos o conductuales mediados por el receptor en cuestión.

**Antidepresivo.** Grupo de agentes psicofarmacológicos prescritos con el fin de corregir los trastornos depresivos y otras condiciones clínicas, como los ataques



de pánico. Sus tres grandes categorías son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

**Antidoping.** Uso intencional de reactivos químicos formulados para detectar sustancias psicotrópicas diversas en sangre, orina o saliva de un paciente o candidato a tratamiento.

**Apego al tratamiento.** Compromiso que muestra un paciente en el mantenimiento de su tratamiento en todas sus formas. Un programa de compromiso acertado ayuda al paciente a promover la instalación de su tratamiento como un recurso importante para él.

**Ataxia.** Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares, sin debilidad ni espasmo de éstos; existen muchas variedades. Dícese de la ataxia mental o intrapsíquica. Incoordinación para la deambulación. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario; típico de la gente intoxicada con alcohol.

**Atención.** Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distractibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

**Atención integral médico-psiquiátrica.** De acuerdo con la NOM, es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

**Atención médica.** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

**Atipia.** Variación, diferencia, que no es típica de su género, modalidad.

**Autoconfrontación por video.** Consiste en grabar a un bebedor cuando está intoxicado y después, al estar sobrio, presentarle el video para que confronte la conducta que adopta al estar bebiendo.

**Autoterapia en doce etapas.** Actividades de tratamiento fundamentadas en la perspectiva etiológica del alcoholismo y otras adicciones, al igual que en el enfoque de doce etapas de AA o de otros grupos de ayuda mutua afines.

**Avolición.** Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica, la avolición es generalizada e impide que el individuo complete distintos tipos de actividades (trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

**Barbitúricos.** Grupo de depresores del SNC que deri-

van químicamente del ácido barbitúrico (amobarbital, pentobarbital, secobarbital), usados como anti-epilépticos, anestésicos, sedantes e hipnóticos cuyo efecto agudo y crónico semeja los efectos del etanol (drogas alcoholobarbitúricas). Estos agentes pueden llegar a causar intoxicación, síndrome de abstinencia, demencia y síndrome psicótico residual.

**Bebida alcohólica.** Aquella que contenga alcohol étlico en una proporción de 2 a 55% en volumen.

**Benzodiazepinas.** Grupo de agentes farmacológicos cuyo principal efecto sedante, ansiolítico e hipnótico, relajante muscular y antiépiléptico, es producido por la potenciación del efecto GABAérgico, el mayor neurotransmisor inhibitor del SNC. Las benzodiazepinas de corta acción son halazepam y triazolam. El alprazolam, el flunitrazepam, el nitrazepam, el lorazepam y el temazepam se consideran de acción intermedia, y el oxazepam de acción lenta. La discontinuación abrupta de la dosis de estas sustancias en personas que las han ingerido más de seis meses produce síndrome de abstinencia en la mitad de los casos, por lo cual debe considerarse su elevado poder adictivo.

**Biodisponibilidad de una sustancia o medicamento.** Grado en que el ingrediente activo de un fármaco es absorbido por el organismo en la forma en que es fisiológicamente activo.

**Blackout.** Amnesia anterógrada aguda, no asociada con pérdida de la conciencia, que a menudo resulta de la ingestión de alcohol u otras sustancias como las benzodiazepinas.

**Bulimia nervosa.** Enfermedad cuyo rasgo esencial es comida ingerida en forma de “borrachera” (atracción) y métodos compensadores inadecuados de prevenir la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos portadores de bulimia nervosa ocurre —siempre excesivamente— bajo la influencia de la forma del cuerpo y su peso.

**Buspirona.** Agente ansiolítico no benzodiazepínico capaz de desarrollar potencial adictivo.

**Cafeína.** Sustancia xantínica con moderado efecto estimulante sobre el SNC, vasodilatadora y diurética a la vez. Se encuentra generalmente en el café, el té y los refrescos de cola. Es probablemente la droga más popular del mundo. Puede consumirse a partir de distintas fuentes: café (preparado de 100 a 140 mg/100 mL); café instantáneo (de 65 a 100 mg/100 mL); té (de 40 a 100 mg/100 mL); soda cafeinada (de 45 mg/100 mL), analgésicos sin receta médica y remedios para el resfriado (de 25 a 50 mg por pastilla), estimulantes (de 100 a 200 mg/pastilla), pastillas para perder peso (de 75 a 200 mg/pastilla). El chocolate y el

- cacao tienen niveles mucho más bajos de cafeína (5 mg/barra de chocolate). El consumo de cafeína, omnipresente en todo el mundo, produce ingestiones promedio por persona de aproximadamente 200 mg/día.
- CAGE.** Instrumento breve tipo cuestionario, de proyección de alcoholismo, que pregunta a los individuos sobre sus tentativas de reducir el consumo de bebidas, molestia sobre la crítica de otros respecto de su consumo, culpa relacionada con el uso de bebidas, y el uso de bebidas alcohólicas como revelación.
- Cannabis.** Término genérico que se refiere a varias preparaciones de psicotrópicos; como droga de abuso es la más representativa. Marihuana.
- Capacidades integradas.** Posesión de actitudes específicas, valores, conocimiento y habilidades requeridas para proporcionar de modo apropiado servicios de atención a la salud a individuos con trastornos por consumo de sustancias u otros.
- Cardiomiopatía alcohólica.** Trastorno difuso del músculo cardíaco generalmente visto en pacientes que han tomado por largos periodos (10 años o más). Se caracteriza por insuficiencia biventricular, disnea, palpitaciones, edema y distensión abdominal por ascitis. La falla más frecuente de arritmia es la fibrilación auricular.
- Cartas de consentimiento informado.** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.
- Caso índice.** Persona infectada por el VIH o que tiene diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a partir de la cual se infectan otras personas.
- Catalepsia.** Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un periodo prolongado de tiempo.
- Catalítico.** Alude al proceso químico de catálisis; reacción de catalización. Aquello que participa de una reacción determinada modificando los resultados con su presencia y sin alterarse. En cierto sentido, el agente que facilita, induce o acelera una reacción específica.
- Cataplejía.** Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.
- Catarsis.** Expulsión espontánea o provocada de sustancias nocivas al organismo; por extensión, en la ciencia psicológica se aplica como la eliminación de recuerdos (pensamientos), sentimientos o emociones que perturban la conciencia o el equilibrio emocional.
- Choque anafiláctico.** Reacción alérgica grave que lleva eventualmente a la muerte.
- Cinesia.** Percepción sensible del movimiento muscular por medio del cual el individuo puede estimar la posición de su cuerpo.
- Cinético.** Referido al movimiento y las fuerzas que lo afectan.
- Cocaína.** Alcaloide obtenido de las hojas de la *Eritroxylon coca* o sintetizado de sus derivados en forma de clorhidrato. Analgésico usado en oftalmología y odontología, que reduce el sangrado local por causar fuerte vasoconstricción. Produce dependencia si se usa en repetidas ocasiones, y suele ser una droga de abuso que actualmente está en incremento en México y otros países.
- Codependiente.** Término popular que alude al doble vínculo de dependencia patológica establecido en la relación entre una persona dependiente y otra, como el adicto y su pareja (dependiente-dependiente). Por extensión, se usa para designar al pariente, amigo cercano o colega de un paciente consumidor, abusador o adicto de psicotrópicos u otras sustancias, que se vincula en forma enfermiza (dependencia emocional) y limita el crecimiento saludable de la pareja o relación, en su caso. Todo padecimiento o disfunción asociado que resulta de la preocupación por las necesidades y el comportamiento de los otros.
- Cognoscitivo, cognitivo.** Relativo a la capacidad de la mente para entender conceptos e ideas.
- Colaboración formal.** Ocurre cuando la naturaleza de la invalidez del paciente requiere información más específica e intervención más compleja y específica. Este nivel de la relación médico-paciente asegura que el personal preste atención tanto a la salud mental como a los trastornos por abuso de sustancias en el tratamiento.
- Colaboración informal.** Ocurre en distintas enfermedades mentales y adictivas. El personal de salud procura realizar una identificación eficaz del caso, en la que se requiere compromiso para la prevención y la intervención temprana. Un ejemplo de este tipo de colaboración es la petición telefónica de consejo o información general en cuanto a los orígenes y el curso clínico de la depresión, ansiedad u otros problemas, en un abusador/adicto.
- Coma, estado de.** Estado en el que se encuentran abolidas las respuestas psicológicas y motoras a la estimulación interna y del entorno.
- Comorbilidad.** Diagnóstico dual. Uso múltiple de drogas (poliadicción) y concomitantes de las adicciones,

como los trastornos de personalidad, del dormir, de la sexualidad, psicóticos, etc., que son habituales en la vida de los pacientes con problemas de adicción a psicotrópicos. Los más frecuentes son: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, disfunción familiar, trastornos por ansiedad, depresión e intentos suicidas, VIH/SIDA, esquizofrenia, tabaquismo-cafeinismo, trastornos alimentarios, trastornos del sueño e insomnio, disfunción sexual y parafilias, trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, “adicción” sexual. Consumo de fármacos de uso médico; otros.

**Complejo relacionado con el SIDA.** Al cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (adenomegalia persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

**Comportamiento catatónico.** Importantes anormalidades motoras que incluyen inmovilidad motora (catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizado) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

**Compulsión.** Necesidad patógena involuntaria de repetir cierta acción de manera ritualista y estereotipada, incontrolable por la volición, que a menudo representa un significado simbólico. *Compulsión a la repetición.*

**Comunicación educativa.** Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

**Comunidad terapéutica.** Modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de abusadores y adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social a través del apoyo mutuo. En ella se emplean actividades de observación constante del paciente, al que se le pide responsabilidad, compromiso activo y prolongado en sus servicios. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales. Su programa de terapia a largo plazo, estructurado e intensivo, se realiza en un entorno especial y con frecuencia incluye la participación del sistema de justicia penal. Se ha modelado con base en los programas que existen en EUA, como Synanon.

**Comunidad terapéutica modificada.** Comunidad terapéutica cuyo acercamiento al tratamiento antiadictivo adapta los principios y métodos de la comunidad terapéutica a las circunstancias actuales del paciente contra su recaída. Emplea intervenciones con funciones especiales, las cuales comparte con la comunidad; tiene objetivos terapéuticos y educativos. Todas sus intervenciones se agrupan en cuatro categorías: realce de la comunidad, manejo terapéutico/educativo, dirección a cargo de la comunidad combinada con la dirección clínica y profesional.

**Condiciones de riesgo.** Actividades o situaciones en las que existe posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

**Conducta compulsiva.** Comportamiento motivado por un impulso irresistible de ejecutar una acción en contra de la voluntad consciente del individuo.

**Confabulación.** Elaboración de acontecimientos o datos que llenan las brechas de un relato, o constituyen ficciones completas como reacción a preguntas que no pueden responderse de manera práctica a causa de alteraciones organicofuncionales de la memoria. Es un rasgo del síndrome amnésico.

**Conflicto psíquico.** Se habla de conflicto cuando en el individuo se oponen exigencias internas contrarias; puede ser manifiesto entre el deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios. Es latente si se expresa de último modo deformado en el conflicto. Es manifiesto si se traduce en la formación de síntomas, trastornos de conducta u otros. En psicoanálisis se considera el conflicto como un elemento constitutivo básico del ser humano.

**Confrontación.** Técnica psicológica intensiva y delicada empleada en actividades individuales y de grupo, en la cual los individuos presentan el uno al otro sus observaciones y reacciones a comportamientos y actitudes respecto de asuntos de preocupación, las cuales deberían ser cambiadas. La confrontación presenta “la realidad” a los individuos. Su objetivo es la reacción en el comportamiento y la petición irresistible al paciente para el logro de la honestidad personal, veracidad en relación con otros y un comportamiento responsable.

**Confusión.** Trastorno de la conciencia con pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo. Se presenta por alteraciones de la memoria o por déficit de la atención.

**Consentimiento informado.** Acuerdo por escrito mediante el cual el usuario del servicio, el familiar más cercano en vínculo o, en su caso, el representante legal autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedi-

mientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.

**Consulta.** En el contexto de los programas de tratamiento, tipo tradicional de la relación informal entre quienes ofrecen el tratamiento y sus beneficiarios; petición; intercambio de información.

**Consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos).** Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

**Consumo perjudicial.** Uso nocivo o abuso de sustancias psicotrópicas; patrón de consumo que está afectando ya sea a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o a la mental (como los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva o psicotrópica.

**Contratos conductuales.** Uso de eventualidades ambientales específicas, como estímulos de la conducta y el reforzamiento de conductas, que son incompatibles con el consumo de alcohol o de drogas.

**Contratransferencia.** Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del paciente (analizando), y especialmente frente a la transferencia de éste. Se da en toda relación médico-paciente e incluso en otras relaciones interpersonales, aunque de manera modificada.

**Convulsión(es).** Síntoma de un trastorno crítico nervioso, caracterizado por movimientos involuntarios tónico-clónicos de los miembros. Es un episodio repentino de la actividad eléctrica descontrolada del cerebro. Si esta actividad anormal se extiende en el cerebro, el resultado puede ser el desmayo y un estado relativamente amplio de afectación. Las crisis pueden ocurrir como resultado de herida principal, infección, accidentes cerebrovasculares, abstinencia de fármacos hipnóticos o sedantes u otros psicotrópicos, o bien como consecuencia de altas dosis de estimulantes.

**Crack (tipo de cocaína).** Sustancia estimulante derivada del clorhidrato de cocaína que habitualmente se consume por aspiración al fumarla.

**Craving.** Deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (la mayor parte de las veces), de consumir psicotrópicos u otras sustancias. Esta condición exhibe la pérdida del control sobre el consumo, inducido por la provocación psíquica (recuerdo), que se asemeja en su mecanismo a la abstinencia alcohólica.

**Creencias adictivas.** Conjunto de ideas centradas alre-

dedor de la búsqueda de placer; asimismo, repercuten en la confrontación para resolver los problemas derivados del consumo, su alivio o escape de situaciones conflictivas, etc.

**Crisis de angustia.** Periodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados con la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis existen síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocia con un precipitante situacional, ocurriendo como “llovido del cielo”; determinada situacionalmente cuando la crisis ocurre casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional (“señal”) o en su anticipación; y predispuesta situacionalmente cuando la crisis tiende a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocia invariablemente con él.

**Cuidados intensivos.** Atención breve e intensa que reciben los pacientes intoxicados o graves para su estabilización, y manejo posterior como el que reciben en las unidades de urgencia u hospitales generales.

**Culpabilidad.** Sentimiento ligado a la transgresión de un mandato moral.

**Delirio.** Falsa creencia que persiste a pesar de las explicaciones racionales y de la evidencia en contrario. Existen numerosas formas de delirio; la más conocida por el común de la gente es el “delirio de persecución”, que en psiquiatría equivale a los *estados paranoides*, expresión ésta mucho más general. En la práctica pueden observarse desde simples “ideas” delirantes que expresan creencias esotéricas o “mágicas”, hasta los delirios estructurados, que son falsas interpretaciones de hechos más complicados.

**Delirio tóxico.** Estado confusional orgánico agudo caracterizado por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, agitación y paranoia, provocado por el consumo de una o varias sustancias.

**Delirium.** Síndrome orgánico cerebral agudo reversible caracterizado por confusión y conciencia alterada, atención, percepción, orientación, pensamiento, memoria, emoción, conducta psicomotora, y disturbios del ciclo sueño-vigilia; es fluctuante y puede durar de horas a semanas, y varía en su grado de severidad por ser consecutivo a una alteración de metabolismo cerebral.

**Delirium tremens.** Estado de confusión acompañada de temblor (temblor) y alucinaciones intensas. Los sínto-

mas pueden incluir agitación, insomnio, taquicardia y convulsiones. El *delirium tremens* a menudo ocurre en personas con trastornos por consumo de alcohol, tras su abstinencia.

**Demanda.** Concepto clínico que designa la petición, la solicitud de un sujeto dirigida a un especialista en relación con algo que le resulta sintomático, perturbador.

**Demencia.** Deterioro orgánico y global de las funciones intelectuales que permanece sin obnubilación o falla funcional de la conciencia.

**Dependencia.** En 1964, el Comité de Expertos de la OMS reemplazó los términos “adicción” y “habitua-ción” por el de *dependencia*, que se usa indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas; dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de opiáceos). El término se usa también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de un síndrome de abstinencia o cesación —más o menos abrupta o significativa— del consumo de una sustancia. En tal sentido restringido, la dependencia cruzada es tenida como complemento de la tolerancia cruzada, y ambas se refieren a la sintomatología física, también llamada *neuroadaptación*.

**Dependencia cruzada.** Capacidad farmacológica de un agente o clase de sustancias para suprimir las manifestaciones del síndrome de abstinencia de otras sustancias o clases y mantener el estado físico del dependiente.

**Dependencia física.** Estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga que se manifiesta por la presencia de intensos trastornos físicos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios, como el síndrome de abstinencia, se sostienen por la producción de signos y síntomas psíquicos y físicos de naturaleza característica, respectivamente.

**Dependencia psíquica.** Condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica que requiere una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar.

**Depresión.** En lenguaje común significa simplemente estado por el que atraviesan los individuos *normales*, caracterizado por tristeza, sentimientos de incapacidad, pesimismo y disminución de la actividad vital. En psiquiatría, este término se aplica a un *síndrome* en el que los *síntomas* principales son la tristeza, que puede llegar a ser “dolor moral”; el *retardo psicomotor*; la falta de concentración; la *angustia* acompañada de ideas obsesivas, y una visión muy negativa

del presente y el futuro. Suele haber trastornos del sueño (principalmente insomnio) y cambios en el peso corporal (adelgazamiento o, por el contrario, obesidad), e ideas de muerte o de suicidio. Generalmente, este estado no tiene relación directa con sucesos de la vida del individuo deprimido, aunque en ocasiones se presentan episodios emocionales que precipitan la depresión.

**Depresores.** Agentes que suprimen, inhiben o decrementan la función del SNC, como los sedantes, opiáceos, anticonvulsivos y neurolépticos.

**Dermografismo.** Reacción química que ocurre en el organismo y que da a la piel una condición tal que permite escribir sobre ella y dejar una marca que dura por espacio de varios minutos antes de borrarse.

**Descarrilamiento (“pérdida de asociaciones”).** Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna, o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase u oración a otra, el individuo cambia idiosincráticamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce dentro de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

**Deseo.** En psicología y psicoanálisis, alude a algo ligado con los recuerdos inconscientes de la infancia. El deseo aspira a restablecer, de acuerdo con las leyes del proceso primario, los signos vinculados con las primeras experiencias de satisfacción. Es el resorte de los sueños; asimismo, es uno de los polos del conflicto defensivo. La separación entre el deseo y su “realización” constituye uno de los elementos esenciales de “progreso” para el ser humano.

**Desinhibición.** Estado de liberación interna que anula la restricción que exhibe la conducta de un individuo.

**Desintoxicación.** Proceso correctivo mediante el cual un individuo es removido y protegido del efecto de una intoxicación por psicotrópicos u otras sustancias. Se alude a la terapéutica del síndrome de intoxicación.

**Desorientación.** Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de dónde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

**Despersonalización.** Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (sintiéndose como si uno estuviera soñando).

**Desrealización.** Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

**Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.** Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

**Diaforesis.** Sudoración profusa.

**Diagnóstico dual (múltiple).** Comorbilidad o coocurrencia en un mismo individuo de dos patologías simultáneas, es decir, trastorno por uso de psicotrópicos u otras sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Aunque se denomina *dual*, puede referirse a *más de dos* condiciones sindrómicas que ocurren a la vez.

**Diagnóstico nosológico.** Nombre del trastorno o entidad clínica que representa una alteración de la salud en la clasificación internacional de enfermedades.

**Dialéctica.** Ciencia filosófica que trata del raciocinio y de sus leyes, formas y modos de expresión. En cierto sentido se refiere a lo complementario (contradicción) de ambas partes de un todo, como el “impulso natural del ánimo” que lo sostiene y guía en la investigación de la verdad.

**Diplopía.** Imperfección funcional transitoria de la visión conjugada de los ojos por efecto de un fármaco. Es difícil distinguirla de la visión borrosa.

**Dis.** Prefijo que indica o significa dificultad, desorden, alteración, imperfección o mal estado.

**Disartria.** Articulación imperfecta del habla debida a alteraciones del control muscular. Lenguaje farfullante; dificultad en la articulación de las palabras.

**Discinesia.** Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

**Diselpidia.** Desconfianza extrema.

**Disforia por la identidad sexual.** Disgusto persistente o molestia por algunas de, o todas, las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico. Trastorno del estado anímico, distimia, sinónimo de depresión.

**Dislalia.** Dificultad emisiva en la expresión verbal de las palabras debida a la alteración de los órganos del lenguaje.

**Disociación.** Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

**Disolventes volátiles.** Nombre genérico que se da en la CIE-10, OMS, a distintas sustancias de abuso con efecto psicoactivo, como hidrocarburos alifáticos y aromáticos (componentes de la gasolina, pegamentos, disolventes y pinturas en nebulizador). Los hi-

drocarburos halogenados son menos utilizados (limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, nebulizadores), junto con otros compuestos volátiles (ésteres, cetonas y glicoles), otros ingredientes activos (tolueno, benceno, acetona, tetracloroetileno, metanol y otras sustancias). Otras sustancias de la larga lista de tales compuestos son gases anestésicos (óxido nitroso, éter) y vasodilatadores de acción corta (nitrito de amilo o butilo: *poppers*). Estas sustancias volátiles se encuentran en una amplia gama de productos comerciales y pueden ser tomadas intercambiándolas, dependiendo de su disponibilidad y preferencias personales.

**Disomnía.** Trastornos primarios del sueño o del despertar caracterizados por insomnio o hipersomnias como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

**Dispersión.** Disgregación. Véase *Descarrilamiento*.

**Disponente de sangre o alguno de sus componentes.** Individuo que suministra sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis.

**Distonía.** Alteración del tono muscular.

**Distractibilidad.** Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

**Disulfiram.** Droga prototípica de sensibilización usada con fines terapéuticos, que promueve reacciones adversas (*flushing*) al combinarse con ingestión de alcohol.

**Dopamina.** Neurotransmisor presente en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y las sensaciones de placer.

**Doping.** Uso o manejo de sustancias que artificialmente proveen a un individuo mejoría e incremento de su capacidad física o psicológica a efecto de potencializar su condición atlética.

**Droga.** Sustancia química de origen natural, sintético o semisintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos. En el sentido más amplio, cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida, se la define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus

- funciones. Usada en tal sentido se considera sinónimo de *fármaco*.
- Droga adictiva.** Sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal forma que produce un estado de *adicción*. En tal sentido se prefiere usar el nombre genérico de “psicotrópicos” (habitualmente usados con fines tóxicos), en contraposición al de “psicofármacos” (habitualmente usados con fines curativos).
- Droga ilegal o ilícita.** Todo fármaco, adictivo o no, que puede causar daño al organismo o al *psiquismo*, y que ha sido incluido en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada país ha elaborado para los fines de proteger al individuo y a la sociedad (en tal sentido, se prefiere usar el nombre genérico de “psicotrópicos”).
- Drogas de diseño.** Grupo relativamente nuevo de sustancias con propiedades psicotrópicas estimulantes (anfetaminas de estructura química semejante; metanfetamínica), producidas específicamente para su venta y consumo en laboratorio clandestino. Dícese en tal sentido que se diseñan.
- Ecolalia.** Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido, de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.
- Ecopraxia.** Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.
- Educación antialcohol/antidrogas.** Aportación y análisis de datos concretos sobre el alcohol (abuso de alcohol/adicción etílica) y otras drogas (abuso de drogas/adicción) mediante, por ejemplo, conferencias, documentales o lecturas, con el objeto de provocar un cambio de actitud o de conducta.
- Educación para la salud.** Proceso de enseñanza/aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.
- Educación para la salud mental.** Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.
- Empatía, empatizar.** Capacidad intelectual y afectiva de las personas para captar los fenómenos emocionales de otra persona como si fueran propios. Disposición fundamental del terapeuta para el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.
- Empírico.** Que se tiene confianza en cierta observación o experiencia, sin tomar en cuenta los principios teóricos o la teoría al respecto.
- Encargado.** Persona responsable del establecimiento o tratamiento de los usuarios.
- Encefalopatía.** Enfermedad cerebral, cualquier enfermedad del encéfalo.
- Endocrino.** Designación de los órganos o glándulas de secreción interna y todo lo relativo a los mismos.
- Endocrinopatía.** Lo referente a las enfermedades de las glándulas.
- Enfermedad mental.** Aquellas alteraciones de la salud mental consideradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud: F10 a F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas. F22: Trastornos de ideas delirantes persistentes. F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios. F32: Episodios depresivos. F33: Trastorno depresivo recurrente. F34: Trastornos del humor (afectivos) persistentes. F38: Otros trastornos del humor (afectivos). F40 a 49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. F41: Otros trastornos de ansiedad. F42: Trastorno obsesivo-compulsivo. F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F44: Trastornos disociativos (de conversión). F45: Trastornos somatomorfos. F48: Otros trastornos neuróticos. F50 a 59: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. F51: Trastornos no orgánicos del sueño. F52: Disfunción sexual no orgánica. F61: Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. F62: Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. F63: Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. F81: Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. F82: Trastorno específico del desarrollo psicomotor. F83: Trastorno específico del desarrollo mixto. F84: Trastornos generalizados del desarrollo. F93: Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia. F94: Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F95: Trastornos de tics. F98: Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F99: Trastorno mental sin especificación.
- Entrenamiento conductual por autocontrol.** Actividades encaminadas a enseñarle al paciente métodos para modificar sus hábitos de consumo de alcohol, con objeto de que logre moderar su consumo. Le enseña las maneras de reaccionar en situaciones de alto riesgo. En este método, que también se conoce como *entrenamiento por autogestión*, a veces se utilizan guías de autoterapia.

**Entrenamiento en habilidades sociales.** Entrenamiento de habilidades conductuales que permitan el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales.

**Entrevista motivacional.** Método centrado en el paciente dirigido a consolidar una motivación intrínseca para cambiar, explorando y resolviendo la ambivalencia.

**Epistaxis.** Sangrado a través de la nariz. Hemorragia nasal.

**Erógeno.** Que provoca sensaciones sexuales.

**Erótico.** Relativo a las sensaciones sexuales o a sus estímulos.

**Erotismo.** Término genérico que designa el ansia o excitación sexual, inherente a las membranas mucosas, la piel y los órganos de sensaciones especiales.

**Erotomanía.** Exageración patológica de la conducta sexual (sensaciones, emociones, reacciones).

**Esplenomegalia.** Crecimiento visceral anormal del bazo.

**Esquizofrenia.** Tipo de psicosis. Los pacientes diagnosticados presentan alucinaciones que ocurren en ausencia de estímulo real, dada su naturaleza patológica. Asimismo, muestran discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico. El trastorno dura durante al menos seis meses e incluye al menos un mes con los síntomas de fase activa, incluso dos o más de los siguientes síntomas: delirios, ilusiones, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento alterado y otros síntomas negativos.

**Establecimiento.** En la NOM, todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicotrópicas.

**Establecimiento para la atención médica.** En la NOM, todo aquel, fijo o móvil, público, social o privado, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.

**Estado de ánimo.** Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, la alegría, la cólera y la ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el “tiempo” emocional, el estado de ánimo se refiere a un “clima” emocional más persistente y sostenido. Éstos son los tipos de estado de ánimo: *Disfórico*: estado de ánimo desagradable, como tristeza, ansiedad o irritabilidad. *Elevado*: sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente “arriba”, “en éxtasis”, “en la cima del mundo” o “por las nubes”.

*Eutímico*: estado de ánimo dentro de la gama “normal”, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado. *Expansivo*: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios. *Irritable*: fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

**Estado de ánimo expansivo.** Expresión de los sentimientos propios sin restricciones, frecuentemente asociada con una sobreestimación de la propia importancia o significación. Puede darse en presencia de algún efecto estimulante como parte de la euforia (cocaína o anfetamínicos).

**Estado intersexual.** Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

**Estado paranoide.** Trastorno *psicótico* en el cual un *delirio*, generalmente persecutorio o de grandeza, es la anormalidad esencial y explica los trastornos en el humor, la conducta y los pensamientos, incluyendo las *alucinaciones* que puedan presentarse.

**Esteatosis.** Desarrollo de una colección grasosa dentro de un tejido o víscera, como en la *esteatosis hepática*.

**Esteroides.** Grupo de hormonas sintéticas que afectan el proceso químico del funcionamiento corporal, sexual y fisiológico. Su efecto puede incrementar el volumen de la masa muscular que buscan algunos atletas para favorecer su capacidad de ejecución y rendimiento.

**Estigma.** Asociación negativa vinculada con una actividad o condición, que ocasiona vergüenza o rechazo social.

**Estilo de vida.** Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.

**Estimulante.** Sustancia cuya acción sobre la mente es capaz de producir sentimientos de *euforia*, aumento del estado de alerta y disminución del apetito y de la sensación de fatiga.

**Estrategia de acercamiento.** Estrategia que busca activamente a personas de una comunidad con posibles trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias), o bien los derivados de su consumo (dependencia y abuso), para su manejo inmediato.



**Estrategias de tratamiento.** Manejo específico, intervención integral o técnicas terapéuticas merced a las cuales se obtiene el control de dos o más trastornos, al combinarse en una sesión sola o interacción, o bien en una serie de interacciones o sesiones múltiples.

**Estrés.** Respuesta fisiológica ante eventos psicológicos en la cual están implicados ciertos estímulos con características específicas, respuestas emocionales, fisiológicas y cognoscitivas, así como variables que funcionan como mediadoras entre la presentación del estímulo y la respuesta autónoma que incrementa la actividad hormonal.

**Estresante psicosocial.** Acontecimiento o cambio vital que puede asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

**Estupor, estado de.** Condición en la que el individuo está parcialmente consciente o sensible. Insensibilidad acompañada de gran disminución de los movimientos espontáneos. Alude a la disminución de un nivel particular de conciencia; en éste puede haber causas tanto funcionales como orgánicas. Se aprecia en el consumo de algunas sustancias, la depresión y la esquizofrenia. Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

**Etiología.** Estudio de las causas de las cosas. En medicina alude al origen de las enfermedades.

**Etiopatogenia (ico).** Relativo al origen. Causalidad y desarrollo de las enfermedades; mecanismo del proceso de enfermedad.

**Euforia.** Sensación de bienestar, elación.

**Evaluación clínica de los casos en programas profesionales.** De acuerdo con las recomendaciones internacionales de los programas de tratamiento, debe contener las siguientes características: ocurre *a fortiori* previa al manejo de casos; investiga condiciones psicofísicas al arribo; evaluación psiquiátrica-psicológica y para el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad; elabora plan terapéutico o deriva a mejor alternativa de manejo; entrevista psicológica (autoinformes, observación de la conducta y pruebas cuantitativo-cualitativas), psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad.

**Exámenes de laboratorio mínimos indispensables.** Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina. En caso de sospecha clínica de SIDA se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por VIH.

**Expediente clínico.** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, o de cualquier otra índole,

en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

**Exposición a estímulos.** Exposición de los bebedores o usuarios de drogas al estímulo (vista, gusto, olfato) del uso de alcohol o drogas sin proporcionarles la sustancia, con la suposición de que tal estímulo eliminará el deseo o la necesidad.

**Éxtasis.** Término popular para designar la etilen-dioxi-metanfetamina (MDMA), un miembro de la familia de las anfetaminas. En dosis pequeñas, la MDMA causa la deformación de percepciones emocionales. En dosis más altas, esto causa el potente estímulo típico de las anfetaminas.

**Extraña, idea.** Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del individuo consideraría totalmente inverosímil. *Inserción del pensamiento:* idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente. No congruente con el estado de ánimo. Véase *Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo*. *Persecutoria:* idea delirante cuyo tema central consiste en que el individuo (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él. *Somática:* idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

**Factor de riesgo.** Atributo o exposición de una persona o población, asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicotrópicas.

**Factores protectores.** Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

**Fármaco.** Término genérico que se refiere por igual a una sustancia química, droga, medicamento o psicotrópico. En sentido estricto, “droga medicinal” o “medicamento”, como los psicofármacos habitualmente usados en la clínica psiquiátrica. Sin embargo, se acepta en el sentido más amplio —a pesar de la confusión que pueda producir en el público y personas no iniciadas— como sinónimo de “droga” en general. Cuando se hace referencia a las drogas psicotrópicas —que habitualmente se usan por automedicación y para fines tóxicos, no curativos—, se involucra en alguna forma a los psicofármacos (aunque éstos se prescriben por indicación, bajo esquema y con propósito curativo).

**Farmacocinética.** Procesos de absorción, distribución y eliminación de los fármacos en el organismo.

**Farmacodependencia o drogadicción.** Dependencia

o adicción a una o más sustancias psicotrópicas. Ver *Dependencia*.

**Farmacodependiente.** Individuo que depende del uso de fármacos. Adicto.

**Farmacodinamia.** Relativo a la dinámica y efectos que un fármaco tiene en el organismo.

**Farmacoterapia.** Acción curativa que ejerce el profesional a través del uso de psicofármacos, para la corrección de los estados mórbidos de los pacientes, dada la gran diversidad de modalidades y problemas que enfrenta. En psiquiatría y adicciones, alude a la corrección de los síndromes de intoxicación, abstinencia, adicción u otras condiciones que derivan del consumo —crónico— de psicotrópicos.

**Fase residual.** Fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

**Fenciclidina y sustancias de acción similar** (*ketamina, ciclohexamina y dizocilpina*). Sustancias estimulantes psicodislépticas desarrolladas inicialmente como anestésicos en la década de 1950, para convertirse en drogas fácilmente accesibles en la calle en la de 1960. Se pueden tomar por vía oral o intravenosa, o bien se fuman. La fenciclidina (vendida ilegalmente bajo una serie de nombres como PCP, polvo de ángel y píldora de la paz) es la sustancia más consumida de este grupo.

**Fenómeno de estela.** Anomalía perceptual asociada con el consumo de psicotrópicos alucinógenos en el que los objetos en movimiento se perciben como una serie de imágenes independientes y continuas.

**Filosofía de los programas profesionales.** Abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio); modelo interdisciplinario y transdisciplinario que combina profesionales y paraprofesionales; ambiente libre de drogas en instalaciones *ad hoc*; manejo residencial (urgencias e internamiento); ambulatorio (consulta externa); valoración integral: laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría; uso de instrumentos clínicos codificados; modalidades psicoterapéuticas de óptica cognitivo-conductual; supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar; discrimina y ataca las causas de recaída; apoya al paciente con grupos de ayuda mutua y gestiona servicios de casa de medio camino; impulsa crecimiento personal vía psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica; programas de capacitación profesional al personal de salud y de educación en salud mental; programas de investigación; publicación de sus resultados.

**Flashback.** Trastorno que se presenta posterior al con-

sumo de alucinógenos y a consecuencia de él, pero sin requerir nueva administración. Reviviscencia caracterizada por la presencia de síntomas variados, pérdida de las fronteras del Yo y emociones intensas. Es episódico y generalmente de corta duración (de segundos a horas), y puede duplicar exactamente los síntomas de episodios alucinogénicos previos por diversas sustancias de esta índole. Puede precipitarse por fatiga, ingestión de alcohol o intoxicación por mariguana, entre otras.

**Flushing, síndrome de.** Reacción idiosincrática al alcohol.

**Fobia.** Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror. Temor morboso, obsesionante y angustioso que sobreviene de circunstancias determinadas, relacionadas con la vida psíquica inconsciente del paciente. Se usa como sufijo en misofobia, miedo al polvo y a la suciedad, y en acrofobia, miedo a las alturas.

**Formación reactiva.** Actitud o hábito psicógeno en sentido opuesto al deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste, como pudor que se opone a tendencias exhibicionistas. Estas formaciones pueden ser localizadas o manifestarse por comportamiento particular, y constituirse en rasgos de carácter más generalizados, integrados al conjunto de la personalidad.

**Frustración.** Más allá de un cierto umbral, la frustración, es decir, la no realización de un deseo o de una necesidad, puede ser patógena y suscita una fuerte agresividad y angustia; el desarrollo del Yo, sin embargo, reposa sobre la frustración. Lo contrario de la frustración es la gratificación.

**Fuga de ideas.** Flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

**Ganglio; ganglionar.** Engrosamiento de forma, tamaño y estructura variable en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

**Genética.** Ciencia, rama de la biología encargada de estudiar los problemas de la herencia. Relativo a la génesis u origen de las cosas.

**Gestión del estrés.** Actividades encaminadas a incrementar la capacidad del paciente de relajarse y afrontar el estrés. Las actividades pueden abarcar ejercicios de relajamiento progresivo, retroalimentación

- biológica, meditación, desensibilización sistemática y otras técnicas conductuales.
- Ginecomastia.** Crecimiento anormal de las mamas en el hombre.
- Grandeza, ideas de.** Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, tales ideas pueden alcanzar proporciones delirantes.
- Grupo.** Forma de organización natural del ser humano, ya que el individuo es un producto de relaciones y sólo puede vivir en relación. Para Freud, "...todas las relaciones que, hasta el presente, han constituido el objeto de las investigaciones psicoanalíticas, pueden considerarse, a justo título, como fenómenos sociales..."
- Grupo de alto riesgo.** Aquel cuyos miembros, según se ha demostrado a través de diversas investigaciones y estudios, tienen por sus características biopsicosociales mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas; por ejemplo, niños y adolescentes de y en la calle.
- Grupo de ayuda mutua.** Agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicotrópicas.
- Grupos con prácticas de (alto) riesgo.** Aquellos que han demostrado, a través de estudios epidemiológicos, poseer mayor riesgo de adquirir infección por VIH/SIDA que el resto de la población. Pertenecen a estos grupos los varones homosexuales y bisexuales, los individuos heterosexuales (hombres y mujeres) con múltiples parejas sexuales, los dependientes de drogas de aplicación endovenosa, los hemofílicos y politransfundidos, así como las parejas sexuales y los hijos de cualesquiera de estos individuos. Debido a la extensión del problema, hoy es preferible hablar de individuos con prácticas de alto riesgo, no de grupos.
- Habilitación.** Aprendizaje y adquisición de habilidades necesarias para la vida diaria.
- Habla apremiante.** Habla excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aun cuando nadie la escuche.
- Hematemesis.** Vómito de sangre.
- Hemoptoico.** Dícese del esputo contaminado con sangre. Expectorcación sanguinolenta.
- Hepatitis.** Inflamación del hígado acompañada de lesión tisular que daña la glándula y propicia el riesgo de muerte. La hepatitis puede ser de la duración limitada o una condición crónica. Puede ser causada por infección viral o por la exposición crónica a venenos, productos químicos, medicamentos y psicotrópicos de abuso, como el alcohol.
- Heroína.** Psicotrópico opiáceo semisintético derivado de la  *morfina*. Es un potente  *analgésico narcótico* que provoca también  *euforia* y posee un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico.
- Hiper.** Prefijo que indica superior, arriba.
- Hiperacusia.** Sensibilidad dolorosa a los sonidos.
- Hipercapnia.** Aumento de la concentración de CO<sub>2</sub> —bióxido de carbono— en la sangre.
- Hiperprosexia.** Aumento de la atención, sinónimo de hipervigilancia.
- Hipersomnia.** Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados. Trastorno del dormir. Exagerada tendencia de un organismo a mantenerse durmiendo o con sueño. Catalepsia
- Hipertermia maligna.** Episodio de elevación grave y persistente de la temperatura corporal asociado a la ingestión masiva de sustancias, o de aquellas especialmente lesivas o alterantes del equilibrio funcional del SNC.
- Hipnosis aplicada a las adicciones.** Hacer que la persona entre en trance hipnótico y en seguida darle instrucciones precisas para que modifique su futuro consumo de sustancias.
- Hipo.** Prefijo que indica inferior, abajo.
- Hipocondria.** Preocupación excesiva por la propia salud que no se basa en una patología real, sino más bien en interpretaciones no realistas de los signos físicos o de las sensaciones como anormales.
- Hipotensión ortostática.** Tipo de tensión arterial baja que se promueve cuando el individuo se levanta de súbito, cambia de postura o empieza a deambular.
- Hipotímico.** Relativo al talante; disminución del estado de ánimo; tendencia a la depresión.
- Homeostasis.** Concepto biológico fundamental aplicado a la medicina, que se refiere al equilibrio funcional y dinámico del organismo. También llamado estado estable.
- Hospitalización.** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- "Ice".** Término de argot para referirse a la forma fumada de la metanfetamina. Tal como ocurre con la cocaína (de primera), se prepara para su consumo vía inhalación (fumada), a temperaturas relativamente bajas para que produzca un vapor. Su efecto es euforia, energía y agitación, seguidas de un periodo de depresión profunda.

**Ictericia.** Signo de alteración o mal funcionamiento hepático consistente en la aparición del color amarillento en conjuntivas y piel, debido a la elevación de las bilirrubinas en el torrente sanguíneo, y por hemólisis.

**Idea delirante.** Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree, y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no es aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el individuo (no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuo y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes: *Celos delirantes*: idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual. Congruente con el estado de ánimo. Véase *Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. *De grandeza*: idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación con una deidad o una persona famosa. *De referencia*: idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del individuo adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia. *De ser controlado*: idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el control de uno mismo. *Difusión del pensamiento*: idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros. *Erotomaniaca*: idea delirante de que otra persona, habitualmente de estatus superior, está enamorada del individuo. Idea firme y fija que no responde a las explicaciones racionales, mantenida en contra de los argumentos lógicos y a pesar de la evidencia objetiva en contrario.

**Idea sobrevalorada.** Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el individuo es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia podría no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a la cual pertenece el individuo.

**Ideación paranoide.** Ideación que implica sospecha o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

**Ideas de referencia.** Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada individuo. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

**Identidad sexual.** Convicción interna —psíquica e involuntaria— de una persona acerca de ser varón o mujer.

**Ilusión.** Percepción distorsionada o mala interpretación de un estímulo sensorial real. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, como escuchar el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces. Véase también *Alucinación*.

**Imaginación.** Función psíquica que desempeña un importante papel en el ejercicio de determinadas actividades psíquicas. La función imaginativa está en la base de toda creatividad, de toda inventiva.

**Incoherencia.** Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada “ensalada de palabras” para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

**Inconsciente.** En el marco de la primera tópica freudiana, el sistema inconsciente designa el conjunto dinámico de los deseos, tendencias, recuerdos reprimidos que, a diferencia del sistema preconscious, no puede acceder al campo actual de la conciencia. Estos contenidos están regidos por los mecanismos del proceso primario; desconocen el tiempo y la contradicción. Cargados con fuerza, los recuerdos o los de-

seos reprimidos tratan de hacer un retorno en la conciencia y en la acción (retorno de lo reprimido), pero no pueden tener acceso a la conciencia sin haber sido antes sometidos a las deformaciones de la censura.

**Inhalable.** Sustancia volátil que se administra, para su consumo de fines tóxicos, a través de las vías respiratorias. Entre ellas se encuentran disolventes, pinturas, lacas, barnices, pegamentos, adhesivos, etc.

**Inhalante, inhalador.** Dícese de quien consume inhalables.

**Inhibidor de proteasa.** Medicación usada para tratar el VIH, ya que interfiere con la acción de esta enzima al bloquear la reproducción viral.

**Insight.** Término inglés traducido como “conocimiento de sí mismo”. Introspección.

**Insomnio.** Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio: *Insomnio inicial:* dificultad para conciliar el sueño. *Insomnio medio:* despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades. *Insomnio terminal:* despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

**Integración.** En el contexto de los programas de tratamiento, denota la estrecha relación entre salud mental y ambos grupos de trastornos: los inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) y los derivados de su consumo (dependencia y abuso).

**Interconsulta.** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

**Interpretación.** Comunicación que el psicoterapeuta hace al paciente, con el objeto de hacerle acceder al sentido latente. La interpretación se aplica a todas las producciones del inconsciente. El modelo de interpretación de los sueños, por debajo del contenido manifiesto, revela el contenido latente.

**Intervención.** Estrategia de tratamiento específica, terapia o técnica usada para tratar uno o varios trastornos.

**Intoxicación (síndrome de).** Síndrome reversible específico de la(s) sustancia(s) de que se trate, debido a su reciente ingestión o exposición. Los cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo (agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro

de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el SNC y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, e implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico varía entre las personas y depende de la sustancia implicada, dosis, duración o cronicidad de su uso, tolerancia del individuo a los efectos de la sustancia, tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia, y entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado. Los síntomas y signos difieren según su consumo sea inmediato, agudo, sostenido o crónico. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. Así, tanto la intoxicación por anfetaminas y metanfetaminas como por cocaína puede dar lugar a ideas megalomaniacas e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, midriasis, hipertensión y transpiración o escalofríos. También el alcohol y sustancias como los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos producen síntomas de intoxicación similares. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social; el comportamiento desadaptativo sitúa al individuo en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten, a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede deberse a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de “ataque y retirada” por el que la sustancia altera el proceso fisiológico, y la recuperación dura más tiempo que la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia, los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos. Como en la abstinencia, otros factores por considerar para su diagnóstico y tratamiento son: evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; síntomas dependientes

de la cultura, la edad y el sexo; uso adecuado de las pruebas de laboratorio y gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y la abstinencia y curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

**Ipsilateral.** Del mismo lado.

**Juego patológico.** Enfermedad cuyo rasgo esencial es la persistencia maladaptativa y recurrente en los juegos de azar, cuyo comportamiento afecta, interrumpe o daña las relaciones personales, familiares y socio-profesionales.

**Lentitud psicomotora.** Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

**Libido.** Energía de las pulsiones sexuales; implica tomar en cuenta el punto de vista económico. “Designamos, así, con él la energía de las pulsiones relacionadas con todo aquello susceptible de ser abarcado con la palabra amor.”

**Linfadenitis.** Inflamación de los ganglios linfáticos. Adenitis.

**Líquidos de riesgo.** Sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, líquido preeyaculatorio, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial y leche materna.

**Macropsia.** Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

**Mal viaje.** En el argot de los consumidores de sustancias, se refiere a la mala experiencia dada por el uso de un determinado psicotrópico, como los alucinógenos, las anfetaminas y otros estimulantes como los antihistamínicos y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

**Marcador biológico.** Compuesto biológico que provee evidencia de la presencia o vulnerabilidad de un trastorno específico.

**Mariguana.** Sustancia psicoactiva estimulante-psicodisléptica derivada de la planta *Cannabis*. El delta-9-tetrahidrocannabinol es el responsable de sus efectos. Tiene distintos efectos sobre el cerebro (la intoxicación produce euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargo, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente). Ocasionalmente aparecen ansiedad (que puede ser grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos se acompañan de irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia.

**Mecanismo de defensa.** Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o inter-

nos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (proyección, dicotomización, y *acting out*) son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

**Medicamento.** Sustancia química usada con fines curativos, por medio de una dosis y en respuesta a una indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria. En tal sentido alude a los *psicofármacos*.

**Medicamento agonista.** Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

**Medicamento agonista/antagonista.** Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos mu, kappa y delta), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

**Melena.** Evacuación de heces con sangre digerida.

**Metadona.** Opiáceo sintético usado en la terapia de mantenimiento de los pacientes dependientes de opiáceos.

**Micropsia.** Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

**Midriasis.** Dilatación pupilar. Es resultante de efectos anticolinérgicos o de drogas similares, de diferentes sustancias (incluso de distintas clases) como en la intoxicación por anfetaminas —metanfetaminas— o cocaína. Puede aparecer asimismo en el caso del alcohol u otros sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

**Miliequivalentes por litro; mEq/L.** Unidad internacional que designa la expresión de la concentración de una sustancia contenida en un litro de solución.

**Miosis.** Constricción pupilar. Es resultante, por lo general, de intoxicación por opiáceos.

**Morbilidad.** Número de enfermos de un padecimiento dado, entre la población expuesta al riesgo de adquirirlo, multiplicado por una constante (generalmente 100 000).

**Morboso.** Relativo a la enfermedad, que la causa o concierne a ella. Enfermizo.

**Morfina.** Sustancia psicotrópica prototípica de las drogas *opiáceas* de efecto *analgésico* que produce, además, euforia con somnolencia placentera y que posee un alto potencial adictivo.

**Movimientos estereotipados.** Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, morder objetos, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

**Naloxona.** Bloqueador de los receptores opiáceos que antagoniza las acciones de las drogas opiáceas, revirtiendo la intoxicación. Se prescribe para el tratamiento de la sobredosis de este tipo de sustancias.

**Narcolepsia.** Trastorno caracterizado por deseos incontrolables de sueño profundo.

**Narcóticos o drogas narcóticas.** Sustancia psicotrópicas —ilegales— que en dosis terapéuticas disminuyen la sensibilidad, alivian el dolor y producen sueño (narcosis, de ahí su nombre), pero que en grandes dosis causan *estupor*, coma o convulsiones e incluso la muerte. Dícese de las drogas “fuertes” con poder adictivo alto que la gente equivocadamente cree por igual que son narcóticos. Por ello vale decir que *no todos los psicotrópicos de abuso y adicción son narcóticos (sólo algunos de los sedantes disponibles que sean derivados de los opiáceos)*.

**Negación.** Proceso en el que el individuo, a pesar de formular alguno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezcan.

**Neuroadaptación.** Mecanismo fisiológico que explica cambios neuronales asociados a la tolerancia y a la aparición del síndrome de abstinencia.

**Neuroléptico(s).** Psicofármacos tranquilizante(s) mayor(es) conocidos por su acción antipsicótica. Incluye fenotiacinas (clorpromacina y tioridacina) y butirofenonas (haloperidol). Medicación con la que se suelen tratar algunos trastornos mentales tales como las psicosis, sobre todo la esquizofrenia. Se usa también en diferentes indicaciones médicas psiquiátricas.

**Neurosis.** Afección psicógena cuyos síntomas son expresión simbólica de un conflicto psíquico, que tiene sus raíces en la esfera infantil del individuo y constituye compromisos entre el deseo y la defensa. Sus variadas manifestaciones han permitido clasificarla en varios tipos. Ver CIE-10, OMS.

**Neurotransmisores cerebrales.** Nombre asignado para referirse, de modo general, a las distintas sustancias

cerebrales que permiten la neurofisiología (nerviosa y mental) del ser humano. Incluyen a la dopamina, la noradrenalina, la serotonina, GABA y sus metabolitos respectivos, entre otras.

**Nicotina.** Compuesto psicoactivo de tipo alcaloide, de efecto estimulante y relajante a la vez, que es el principal componente del tabaco. Puede consumirse en distintas modalidades de tabaco (cigarrillos, pipa y puros, en polvo, con la toma de medicamentos como parches y chicle de nicotina).

**Nistagmo.** Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

**Nosografía.** Clasificación de enfermedades.

**Nosología.** Descripción del cuadro clínico de un trastorno particular en una clasificación de enfermedades.

**Nosológico(a).** Referente a la nosología. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de la descripción, diferenciación y clasificación de las enfermedades.

**Objetivo, (ser); objetivismo.** Relativo al objeto. Tendencia a ver las cosas como son. Dícese de lo que existe fuera del sujeto que lo capta y existe realmente; tal cual es en el mundo. Contrario a subjetivo; subjetivismo.

**Objetivos y acciones de la psicoterapia en adicciones.**

La terapia psicológica del paciente abusador/adicto se caracteriza por diversos objetivos según sean los casos, pero convergen la mayoría de las ocasiones en: toma de conciencia de enfermedad; manejo de mecanismos defensivos; desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas, desarrollo de tolerancia a la frustración, a la demora, y desarrollo de control de los impulsos. Sus acciones se dirigen a: informar y desmitificar, dar educación preventiva; dar promoción continua a la rehabilitación; conocimiento individual conyugal y familiar para solucionar conflictos vinculados a la adicción; mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas; refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua y psicoterapia; psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual reestructuración de la personalidad y despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha.

**Odinofagia.** Dolor de la cavidad bucal al deglutir.

**Ontogenia; ontogénico.** En fisiología, se refiere a la formación y desarrollo del individuo considerado con independencia de la especie.

**Ontología; ontológico.** Parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentes.

**Opiáceos.** Sustancias psicotrópicas —ilegales— derivadas del opio que tienen la propiedad común de suprimir el dolor, producir euforia con somnolencia placentera (narcosis) y causar dependencia. Su potencia es tan elevada y su acción tan rápida que tienen un alto potencial adictivo. Este grupo de sustancias tiene varios efectos (analgésicos, anestésicos, antidiarreicos y antitusígenos). Existen varios tipos: naturales ( morfina), semisintéticos (heroína) y sintéticos con acción similar a la de la morfina (codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina, fentanilo) y medicamentos (pentazocina, buprenorfina). La droga de la que más se abusa es la heroína, habitualmente por vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse cuando se dispone de heroína muy pura.

**Organización.** Entidad o institución que proporciona servicios de salud mental en diferentes instancias de servicio (hospitalización, residencial o ambulatorio). No obstante, no se clasifica como hospital psiquiátrico o general ni como centro de tratamiento residencial.

**Paciente.** Beneficiario directo de la atención médica. En la NOM se alude a la persona infectada asintomática o enferma de SIDA.

**Pancitopenia.** Reducción del número de eritrocitos, neutrófilos y plaquetas en la biometría hemática.

**Papel o “rol” sexual.** Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente “masculinos” o “femeninos”.

**Parafernalia.** En adicciones, término amplio que describe los objetos usados durante la preparación química o el uso de drogas de abuso. Incluyen jeringas, agujas de jeringuilla, clips de escarcho, marihuana, y tubos de ensayo, ligas, cucharas, goteros, etc.

**Paranoia.** Tipo de ilusión o idea falsa que no se altera por vía del argumento razonado o prueba, sino lo contrario. La paranoia clínica implica la ilusión de que la gente o los acontecimientos están de algún modo relacionados con la persona afectada. Los individuos paranoicos puede creer que los demás hablan de ellos trazando proyectos desviados o planeando hacerles daño. A menudo ocurre durante episodios de consumo crónico o con dosis altas, o bien durante la abstinencia de hipnóticos o sedantes del tipo del alcohol.

**Parasomnia.** Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

**Parestesias.** Sensación de hormigueo de un miembro como cuando su irrigación está siendo insuficiente. Sensación de “dormido o entumecido”.

**Parontofobia.** El grado más extremoso de rechazo e inadaptación. Fobia extrema.

**Participación comunitaria.** Proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

**Participación social.** Proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

**Patogenia; patogenicidad.** Mecanismo de producción involucrado en la génesis de una enfermedad. Etiopatogenia origen del proceso morboso.

**Patognomónico.** Signo o síntoma específico inequívoco de una enfermedad; basta con su sola presencia para asentar el diagnóstico correspondiente.

**Patosexualidad.** En medicina, término que designa los aspectos anormales y enfermizos de la sexualidad humana.

**Patrón de consumo o historia de consumo.** Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e *intoxicación*, contexto del consumo y problemas asociados.

**Pensamiento mágico.** Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

**Pérdida del control.** Inhabilidad para modular la cantidad y frecuencia de consumo de psicotrópicos u otras sustancias y que impide el cese del consumo.

**Personalidad.** Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

**Placebo.** Fármaco o procedimiento que no tiene un principio activo curativo en sí y que obra por sugestión. *Efecto placebo:* efecto que ocurre sin base farmacológica real; de origen psicológico.

**Plan de cuidados posteriores del paciente abusador/adicto.** Se basa en la identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias; detección



- del deseo–necesidad imperiosa de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia (*craving*) y estrategia de afrontamiento de problemas; uso de capacidades para reaprender mecanismos de abordaje de conflictos y promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo; apoyo en grupos de ayuda mutua y psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia.
- Potencial de dependencia.** Propensión de una sustancia a consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psíquicas, que da como resultado un aumento de la dependencia de una sustancia.
- Práctica sexual protegida.** Aquella en la cual existe penetración, pero se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.
- Práctica sexual segura.** Aquella en la cual no existe penetración ni traspaso de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.
- Prácticas (sexuales) de alto riesgo.** Actividades que aumentan las posibilidades de adquirir una enfermedad. En el caso de la infección por VIH/SIDA se incluyen prácticas sexuales como el coito anal y el vaginal sin condón con múltiples compañeros, el compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas intravenosas y otras. Especialmente son aquellas en que existe penetración pene–ano, pene–vagina, pene–boca, boca–genitales externos, sin el uso correcto de una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre. Tales prácticas a menudo se encuentran en pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos.
- Precauciones estándar.** Técnicas para el manejo de pacientes por parte del personal de salud que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales.
- Prevalencia.** En epidemiología, número de casos habituales de un problema determinado a los cuales se les suman los casos nuevos (incidencia).
- Prevención.** Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicotrópicas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.
- Prevención de recaídas.** Actividades cuyo objetivo primordial es enseñar a los pacientes técnicas para manejar situaciones de alto riesgo de recaídas y para incrementar la confianza en sí mismos (grado de autoeficacia).
- Principio del placer.** Uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer.
- Problemas legales.** Tipo de problemática que a menudo tienen los consumidores de sustancias, la cual es proclive a tener mayor riesgo de caer en conductas de alto riesgo. Tales comportamientos pueden causar la detención y otros problemas jurídicos. Ejemplos de tales comportamientos son la conducción de vehículos automotores en estado de intoxicación, actos delictivos para obtener dinero o sustancias, fracaso en pagar sus cuentas, deudas de tarjeta de crédito, posesión o venta de drogas, desahucios y violencia relacionada con la obtención de sustancias, actividades no remunerativas e ilegales, etc.
- Pródromo.** Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.
- Programa de salud mental.** Serie organizada de servicios e intervenciones cuyo enfoque primario es el tratamiento de los trastornos mentales, y el proporcionar estabilización de problemas agudos y la terapéutica relativa al manejo inmediato y a largo plazo de los casos.
- Programa integrado.** Programa de tratamiento que combina activamente el manejo del abuso de sustancias con intervenciones de salud mental, para tratar las alteraciones y problemas del paciente con más eficacia.
- Programa profesional antiadictivo.** Las actividades terapéuticas profesionales se caracterizan por las acciones y objetivos que realizan, y difieren ampliamente de las no profesionales: disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores; incorporar a la familia al tratamiento y al seguimiento posterior; favorecer el proceso autogestivo a la comunidad, inicio expedito de rehabilitación; generar noción de una vida sana sin drogas, prevención de recaídas, promoción de crecimiento personal, investigación epidemiológica, clínica aplicada y socio-médica; capacitación, actualización y supervisión profesional clínica y asesoría a instituciones de salud y otras; generar conciencia sobre efectos nocivos del consumo de psicotrópicos y disminuir el impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas. Además, las características de los programas profesionales reúnen por lo general: integración psicomédica y psiquiátrica en todas sus acciones, acorde a la legislación de la salud; se basa en la historia natural de la enfermedad; prioriza la ubicación, orden de actuación y eficacia de sus procedimientos; utiliza en

forma consecutiva los perfiles profesionales (equipo de salud) y el procedimiento inicial al ingreso del paciente; no actúa fuera del recinto; acciones evaluativo-correctivas que se aplican una vez controlado el cuadro agudo; atiende a la vez sintomatología adictiva y comórbida; busca remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable. Los programas actúan a través de las siguientes acciones: farmacoterapia; psicoterapia individual y grupal; psicoterapia de grupos de familias; orientación familiar; círculo de lectura dirigida; cine debate terapéutico; actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas y *ad limitum*; grupos de ayuda mutua.

**Promoción de la salud.** Acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población, y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

**Promoción de la salud mental.** Estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

**Pronóstico.** Juicio de un clínico acerca de un caso, o estimación acerca de la respuesta que puede observarse de un trastorno o condición clínica, respecto de su tratamiento.

**Propósitos de la acción psicoterapéutica individual.** Ubicar la etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual; fomento del manejo antiadictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia; promover la motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica; eliminar la culpa, impulsar la responsabilidad y desmitificar creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva; educar y conducir al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida. El uso de entrevistas clínicas y la aplicación de la batería psicológica tiene el propósito de establecer: análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción; tipificación de la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones; generar la unión paciente-técnica-terapeuta que permita asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio. El paciente no podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico.

**Proyección.** Operación mental por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona o cosa cualidades, sentimientos y deseos, incluso objetos que no reconoce y rechaza de sí mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia.

**Prueba de realidad.** Proceso postulado por Freud que permite al sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos, y evitar la posible confusión de lo que el sujeto percibe y lo que meramente se representa.

**Pruebas de tamizaje.** Las de laboratorio para la detección de anticuerpos antiVIH, en plasma o suero sanguíneo. Incluyen metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

**Pruebas específicas.** Las de laboratorio que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo.

**Pruebas suplementarias.** Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos antiVIH en suero sanguíneo. Incluyen metodología, como la inmunoelectrotransferencia (*Western blot*), inmunofluorescencia, radioinmunoprecipitación (RIPA).

**Psicodislépticos.** Sustancias estimulantes que producen una acción distorsionante de la fisiología normal del cerebro, que da por resultado un cuadro de inducción farmacológica semejante a la psicosis.

**Psicofármaco(s).** Sustancia(s), droga(s) o medicamento(s) como los antidepresivos, tranquilizantes y otros, que actúa(n) sobre la mente y obedece(n) a una prescripción dada por indicación profesional y cuya utilidad sirve al propósito curativo y es, por lo tanto, signada por el facultativo, bajo su responsabilidad y vigilancia. En tal sentido se usa el término en contraposición a psicotrópico.

**Psicogénesis.** Evolución o desarrollo de la mente. Causalidad de los fenómenos psicológicos y su consecuencia.

**Psicopatología, psicopatológico.** Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

**Psicoplasticidad.** Aptitud generalmente histérica para desarrollar síndromes patológicos.

**Psicosis.** Trastorno mental en el que la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada se encuentra deteriorada. Suele cursar con *delirios* y *alucinaciones*.

**Psicosis anfetamínica.** Trastorno caracterizado por ideas delirantes de tipo paranoide, frecuentemente acompañadas por alucinaciones auditivas o táctiles, hiperactividad y labilidad en el talante, que se desarrolla durante o inmediatamente después del uso

moderado o intenso de productos anfetamínicos (simpaticomiméticos). Típicamente, la conducta exhibida es hostil e irracional y puede desencadenar violencia sin motivación aparente.

**Psicoterapia.** Tratamiento de los conflictos mentales por medio de la palabra y otros elementos psicológicos de ambos participantes (médico y paciente) y de ciertas técnicas destinadas *ex profeso*. Sus objetivos en general se dirigen a remover, atenuar o modificar los síntomas de un trastorno (primario o secundario) mental. Existen distintas variedades según su indicación y los recursos para ello (individual, de pareja, grupal o familiar), además de sus enfoques y conceptualización teórico-práctica. En sentido amplio, tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, a través de sugestión, persuasión, confrontación, interpretación y otros agentes psíquicos considerados inespecíficos. Las modalidades aludidas en el texto son individuales, de pareja, grupal y familiar.

**Psicoterapia orientada hacia la introspección.** Actividades individuales o de grupo que consideran que los problemas de alcohol o de drogas son los síntomas de una psicopatología subyacente, y que buscan resolver los conflictos a través del uso de interpretaciones y el desarrollo de la comprensión de sí mismo. A veces se la denomina terapia orientada hacia la introspección, para diferenciarla de la consejería (*counselling*), la cual se centra más en el presente y en la resolución de problemas.

**Psicótico.** Término que ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a: ideas delirantes o alucinaciones prominentes en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría: alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluye asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). El término define conceptualmente la pérdida de los límites del Yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV-TR subrayan diferentes aspectos de las definiciones de psicótico.

**Psicotomimético.** Fármaco estimulante. Analéptico. Inductor de estimulación psíquica.

**Psicotrópico** (*droga, droga psicoactiva, psicodroga*). Sustancia que altera el proceso y curso normal de las

funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.). Aunque todas las sustancias que actúan sobre la mente significan genéricamente lo mismo: psicofármaco, psicoactivo y psicotrópico, se usa este último adjetivo calificativo para diferenciar el uso de las sustancias con acción sobre la mente que se utilizan sin propósito médico (automedicación), del de las drogas curativas, medicamentos o psicofármacos cuya prescripción obedece a una indicación de salud y es dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia, como los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

**Psíquico(a).** Vida mental, incluyendo la consciente y la inconsciente. *Psiquismo*: este término se utiliza, por lo general, para referirse a las funciones mentales de una persona: pensamiento, juicio, razonamiento, etc.

**Pulsión.** Concepto límite entre lo psíquico y lo somático, designa un proceso dinámico que tiene su fuente en una excitación corporal localizada. La pulsión moviliza al aparato psíquico, al igual que la motricidad, de tal modo que ponga en acción una conducta que termine por descargar la tensión existente en el nivel somático. Esta descarga constituye el “fin” de la pulsión, que se logra con la ayuda de un “objeto”.

**Rabdomiólisis.** Lesión muscular destructiva causada por la acción directa de las toxinas o fármacos responsables de la intoxicación, a menudo desencadenada por cocaína, estimulantes y simpaticomiméticos de acción similar.

**Rash.** Alteración (dermatológica) cutánea consistente en la aparición de una mácula rosácea irregular que forma pequeñas lesiones elevadas, puntiformes, pruriginosas o no, que desaparecen momentáneamente a la presión de la piel.

**Reacción adversa a drogas.** En el campo farmacológico y médico general, se usa para denotar una reacción física, y menos frecuente de índole psicológica, a un agente terapéutico, la cual puede predecirse como alérgica o idiosincrática. Mal viaje.

**Reacción al alcohol** (*flushing*). Síndrome caracterizado por el enrojecimiento de cara, cuello y hombros tras la ingestión del etanol, en reacción a él.

**Reacción de Antabuse.** Reacción de una sustancia por efecto de su combinación con el etanol (*flushing*, a nivel dérmico de otras reacciones vasculares a nivel sistémico). Efecto disulfiram.

**Reacción idiosincrática.** Respuesta personalizada a cualquier sustancia, impredecible y sin relación con la droga, caracterizada por sedación o euforia, reacciones vasculares, espasmo carpopedal, apnea y otros.

**Recaída.** Reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello

a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia. Como tal, representa el episodio interactivo que caracteriza la evolución clínica de los casos de pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos y otras sustancias. Se considera una dificultad para cambiar o mantener el proceso de cambio esperado.

**Recomendaciones acerca del manejo de la dependencia (adicción) a psicotrópicos.** En muchos casos se requiere la participación del paciente adicto en un programa profesional. Habitualmente se intenta desarrollar las siguientes metas: terapéutica residencial oportuna y de calidad; diagnóstico integral (biopsicosocial); abstinencia total y permanente, y tratamiento personalizado (CIE-10; DSM-IV-TR); conciencia de enfermedad y capacidad para autogestión; fomento-mantenimiento de la abstinencia; acceso permanente a información científica sobre el problema y actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia; acciones preventivo-rehabilitatorias a la comunidad; mantener el propósito de continuar tratamiento a largo plazo.

**Recuperación.** Estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

**Reducción de la demanda.** Término usado en las políticas y programas dirigidos a reducir la solicitud o petición de las personas de psicotrópicos u otras sustancias. Se aplica primariamente a las drogas ilegales, en particular para referirse a las estrategias educacionales terapéuticas y rehabilitatorias como contraparte de aquellas de tipo legal y de persecución de la producción y distribución social de drogas (disponibilidad).

**Referencia-contrarreferencia.** Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**Reflejos osteotendinosos.** Reacción involuntaria del tendón muscular esquelético a la estimulación profunda.

**Reforzador.** Cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

**Reforzamiento comunitario.** Enfoque de gran amplitud que pretende cambiar el entorno del consumo de alcohol o del uso de drogas de un individuo proporcionándole a éste intervenciones como las farmacoterapias, ayuda para encontrar empleo, orientación en materia de relaciones y esparcimiento, etc.

**Rehabilitación.** Actividad médica destinada a limitar la incapacidad existente en un organismo, producida por la enfermedad. Se considera parte del tratamiento

de cualquier afectación psicoorgánica. En adicciones se usa como parte de la estrategia curativa después de haberse controlado la etapa inicial o aguda del cuadro y de haberse modificado la voluntad del paciente (abusador o adicto) para aceptar su enfermedad y trabajar por la recuperación psicosocial de su persona, habitualmente afectada por la enfermedad a partir de su carácter crónico y reiterativo. De acuerdo con ciertos criterios terapéuticos, se espera que ocurra por lo menos a lo largo de los cinco primeros años de tratamiento, dado que el padecimiento puede afectar muchos años de la vida del paciente.

**Rehabilitación del adicto.** Proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas o psicotrópicas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

**Rehabilitación integral.** Conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permitan superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida sociocultural.

**Reinserción social.** Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor de quien usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

**Remisión.** Estado en el cual un trastorno mental o físico ha sido vencido, o detenido un proceso de enfermedad.

**Represión.** Operación mental por medio de la cual un sujeto intenta rechazar o mantener inconscientes representaciones, pensamientos, imágenes o recuerdos ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de la pulsión que fuera susceptible de provocar por sí misma placer, como el sexo, ofreciera el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

**Resbalón.** En argot, se considera el episodio de consumo inicial, breve o de poca repercusión clínica, tras un periodo de sobriedad.

**Resistencia.** Todas las fuerzas que se oponen al tratamiento terapéutico. Freud habla asimismo de la resistencia al psicoanálisis en un sentido mucho más amplio: como molestia psicológica, el psicoanálisis suscita infaltablemente "resistencias".

**Resumen clínico.** Documento elaborado por un médico en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la

- atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Retención de tratamiento.** Guarda de los pacientes implicados en actividades terapéuticas a efecto de recibir los beneficios de los servicios requeridos.
- Retrospectiva.** Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.
- Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.** Nombre genérico que reciben los ansiolíticos y sustancias afines (benzodiazepinas, zolpidem y zaleplon, carbamatos —glutetimida, meprobamato—, barbitúricos —secobarbital— e hipnóticos afines a los barbitúricos —glutetimida, metacualona—, y anticonvulsivantes).
- Seguimiento (postratamiento).** Recursos o servicios que se ofrecen a los pacientes que necesitan apoyo continuo y otros servicios después de su tratamiento.
- Seropositividad.** Prueba inmunológica que sale positiva en el suero sanguíneo (VIH positividad).
- Serotonina.** Neurotransmisor relacionado con los estados de conciencia, ánimo, depresión y ansiedad.
- Sexo.** Estatus biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.
- Sexualidad.** Campo de las pulsiones, deseos, actividades (y sus transposiciones por transferencia, sublimación, etc.) relativos a la vida sexual.
- Signo.** Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado (un soplo cardíaco, anormalidades de la presión arterial, alteraciones del pulso, etc.); caracterizado por un hallazgo clínico observable y mensurable.
- Signo de Romberg (positivo).** Evidencia neurológica que se muestra ante la ataxia e incoordinación del individuo para la bipedestación estable. Se explora con los pies juntos y los brazos extendidos al frente, y la cabeza echada hacia atrás al mostrarse el balanceo.
- Simbiosis.** Término controversial ampliamente usado; a diferencia del campo de la biología, donde se utiliza para describir la participación de dos organismos que sacan provecho de una vida en común, en psicología se refiere a menudo a aquella condición enfermiza de relaciones de dependencia emocional de uno de los miembros de una pareja respecto al otro.
- Simpaticomiméticos.** Fármacos agonistas; tienen efectos semejantes a los causados por el sistema simpático. Sinónimo de estimulante.
- Síndrome.** Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes. Estado patológico producido por una o varias causas a la vez que se manifiestan en un conjunto de signos y síntomas más o menos típicos, que puede caracterizar a su vez un estado mórbido particular, como el síndrome de intoxicación por psicotrópicos (sedantes, estimulantes o psicodislépticos), el síndrome de abstinencia, etc.
- Síndrome alcoholofetal (alcohólico fetal).** Afectación directa producida por el consumo abundante de alcohol durante el embarazo sobre el crecimiento y desarrollo ponderal del recién nacido, que se evidencia generalmente en talla pequeña, peso menor del esperado en promedio y retardo mental persistente, y demás alteraciones físicas que pueden incluir malformaciones congénitas de corazón, grandes vasos, extremidades y paladar, entre otras.
- Síndrome amnésico (inducido por drogas).** Daño crónico y a menudo de gran magnitud ocurrido sobre la memoria reciente o remota, producido por el uso de psicotrópicos o alcohol, o ambos.
- Síndrome amotivacional.** Constelación de hallazgos clínicos asociados al uso de sustancias, tales como apatía, pérdida de la efectividad, disminución de la capacidad de realizar planes a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, alteración de la capacidad de concentración y dificultad para continuar rutinas elementales o simples. Se asocia al consumo prolongado de marihuana y otros psicotrópicos, pero está íntimamente vinculado a la personalidad premórbida del paciente.
- Síndrome cerebral alcohólico.** Denominación inespecífica que se refiere a distintas condiciones, como intoxicación aguda, intoxicación patológica, síndrome de abstinencia, *delirium tremens*, alucinaciones, síndrome amnésico, demencia y trastorno psicótico.
- Síndrome de abstinencia (de supresión del consumo, descontinuación).** Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia de un psicotrópico cuando suspende su consumo bruscamente o cuando lo disminuye en forma significativa.
- Síndrome de adicción al alcohol (alcoholismo).** Síndrome descrito por Edwards y col. (1975) cuando se presenta sensación de bienestar que impulsa al consumo de bebidas. Presentación de un “patrón” estereotipado de bebidas. Primacía por beber por sobre cualquier otra actividad. Tolerancia fisiológica a las bebidas. Síntomas de abstinencia repetidos. Reincidencia a beber nuevamente. Reinstalación del síndrome después de beber unos días.

**Síndrome de dependencia.** Complejo fenómeno conductual, cognoscitivo y fisiológico que se desarrolla después del repetido uso de una(s) sustancia(s) y puede ser específico de un tipo de sustancia (tabaco) o bien de una clase de ellas (opiáceos). Sinónimo de adicción. Conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicotrópicas.

**Síndromes adictivos.** Todas aquellas condiciones psicopatológicas relacionadas con el uso, abuso, mal uso y adicción de psicotrópicos y otras sustancias. Aunque en estricto sentido tal denominación se refiere a la adicción propiamente tal, a esta patología a menudo anteceden, acompañan o se derivan de ella otras variadas condiciones clínicas agudas denominadas síndromes de intoxicación y de abstinencia, que son el objeto de estudio de la presente obra.

**Sinergia.** Efecto que dos o más fármacos tienen sobre el organismo, que resulta más grande que el efecto que tendrían sumados o cada uno por separado.

**Sinestesia.** Estado en el que una experiencia sensorial estimula a otra modalidad de experiencia sensorial (un sonido produce la sensación de un color particular).

**Síntoma.** Manifestación subjetiva de enfermedad experimentada en un individuo; estado patológico en el que los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador (dolor, náusea, angustia, etc.).

**Síntoma de conversión.** Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.** Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maniaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maniaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o sobre una re-

lación con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si éstos se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.** Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maniaco. En el caso de la depresión, los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de relaciones interpersonales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

**Sistema nervioso autónomo.** Porción del sistema nervioso que inerva los músculos estriados del corazón, músculos lisos y glándulas del organismo. Se divide en sistema simpático (toracolumbar) y parasimpático (craneosacro).

**Sistema nervioso central, SNC.** Conjunto de órganos (cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y médula espinal) con relación funcional entre sí.

**Stat.** Abreviatura que significa “en el acto”. En el mismo momento en que se indica.

**Stress.** En psicoanálisis, se refiere a una fuerte reacción emocional a consecuencia de un trauma afectivo; estrés.

**Subjetivo; subjetivismo.** Relativo al sujeto. Perteneciente a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto de referencia. Distorsión subjetiva, se usa para denotar oposición contra el mundo externo; contrario a objetivo, objetivismo.

**Suicidalidad; índice de suicidio.** Medida o estimación de la probabilidad de suicidarse que presenta una persona. Comportamiento de riesgo elevado que se asocia con los trastornos por sustancias, ya inducidos (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o derivados de su consumo (dependencia y abuso), u otros trastornos comórbidos como los depresivos, ansiosos, psicóticos y otros.

**Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga.** Sustan-

cia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas. Psicotrópico (droga), fármaco o medicamento que actúa a nivel cerebral con acción sobre la función mental.

**Sustancias sinérgicas.** Aquellas que producen suma- ción en sus efectos farmacológicos.

**Sustancias volátiles (*disolventes, disolventes volátiles —inhalables*).** Aquellas que tienen la propiedad de evaporarse a temperatura ambiente y suelen inhalar- se buscando producir un efecto psicotrópico.

**Tabaco.** Producto derivado de la planta *Nicotina tabacum* y sus sucedáneos, en su forma natural o modifi- cada, en las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar, y cuya sustancia ac- tiva es la nicotina.

**Tabaquismo.** Dependencia o adicción al tabaco.

**Talante.** Estado de ánimo.

**Taninos.** Tinturas naturales incluidas en el café y en otros productos de origen vegetal.

**Taquicardia.** Aceleración de la actividad del corazón.

**Taquifilaxis(a).** Producción rápida del fenómeno de to- lerancia por medio de la administración repetida de dosis de una sustancia (opiáceos).

**Taquisfigmia.** Pulso rápido.

**TDA/H.** Siglas de: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

**Telangiectasias.** “Arañas vasculares” (formaciones ve- nosas irregulares) que se observan en el abdomen de los pacientes alcohólicos crónicos que han desarro- llado lesiones hepáticas que llevan a la producción de hipertensión portal y, consecuentemente, a la forma- ción de red venosa colateral.

**Terapia antirretroviral.** Tratamiento que reciben los pacientes infectados por el virus de la inmunodefici- encia humana, VIH/SIDA.

**Terapia aversiva.** Terapia diseñada para condicionar al sujeto a evitar el alcohol al combinar las imágenes o el consumo de éste con experiencias desagradables como los electrochoques, las náuseas, el vómito o consecuencias nefastas imaginadas.

**Terapia cognitiva.** Terapia destinada a la identificación y modificación de pensamientos y creencias desa- daptados que contribuyen al problema del uso de sus- tancias.

**Terapia cognitivo-conductual.** Enfoque terapéutico que procura modificar pensamientos negativos o

contraproducentes y su comportamiento consecuti- vo. Está dirigida al pensamiento como el centro para producir el cambio de conductas; es decir, se espera que la adaptación haga al individuo pensar de modo distinto, y pensando distinto es esperable que su ac- tuación sea diferente.

**Terapia con fármacos antidipsotrópicos.** Uso de drogas como el disulfiram (Antabuse®) o carbimida cálcica (Temposil®) para producir una reacción de aversión a consumir alcohol.

**Terapia de deshabitación.** Uso de drogas con el pro- pósito de disminuir el deseo de beber alcohol.

**Terapia de grupo.** Psicoterapia que se ofrece a un gru- po de personas. Puede incluir la psicoterapia grupal ortodoxa u otros tipos de grupos, como los de apoyo y los de orientación.

**Terapia de mantenimiento.** Tratamiento de la adic- ción a una droga por prescripción de un sustituto, que tiene la propiedad de exhibir dependencia cruzada y tolerancia cruzada, como en el caso de la metadona en el tratamiento de la dependencia de heroína.

**Terapia familiar y conyugal.** Proceso terapéutico en el que participan el cónyuge, miembros de la familia y cualquier otra persona clave con el fin de mejorar la comunicación, la resolución de problemas y otros aspectos de la vida familiar. El método permite modi- ficar los hábitos de consumo de alcohol y psicotrópi- cos del paciente, siempre apoyando a la familia.

**Tic.** Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereoti- pados.

**Tolerancia.** Decremento de la respuesta a una droga que ocurre a consecuencia de la adaptación de un or- ganismo a los efectos de ésta por su administración continuada, con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado. Ambos factores, fisiológicos y psicosociales, contribuyen a su desarrollo, y pue- den ser físicos, psíquicos y conductuales. Se define también como un decremento de la sensibilidad del SNC a la sustancia. Es uno de los criterios para el es- tablecimiento del síndrome de dependencia (adic- ción).

**Tolerancia cruzada.** Desarrollo de tolerancia a una sustancia a la que el individuo no ha sido previa- mente expuesto, como resultado de la ingestión agu- da o crónica de otra sustancia.

**Toxicidad.** En adicciones, alude generalmente a la naturaleza venenosa de alguna sustancia; calidad vene- nosa.

**Tóxico, veneno.** En toxicología, se refiere al uso nocivo o abuso de sustancias dañinas utilizadas para produ- cir sensaciones agradables o disminuir el dolor, como

la morfina y otras. Efectos transitorios o permanentes perjudiciales a la función de un órgano o grupo de órganos en el cuerpo cuando se usan las drogas.

**Toxina.** Veneno producido por distintos microorganismos.

**Transexualismo.** Importante disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan al otro sexo biológico.

**Transferencia.** Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de modo especial, en la relación psicoanalítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida en un marcado sentimiento de actualidad.

**Trastorno afectivo residual** (relacionado con el consumo de alcohol o drogas). Algunos cambios en el afecto que persisten más allá del periodo en que normalmente afectan de modo directo; se dice que son residuales, como los cuadros psicóticos y otras reacciones a las drogas.

**Trastorno por ansiedad.** Enfermedad cuyos principales hallazgos son la ansiedad y la preocupación. Los individuos afectados encuentran difícil lidiar con sus propias preocupaciones, que incluyen una lista de síntomas como fatigabilidad constante, falta de descanso, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del dormir, entre otros muchos síntomas y signos del trastorno.

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDA/H.** Trastorno caracterizado por un modelo persistente de falta de atención o irreflexión (o ambas), además de hiperactividad, que a menudo es más serio que el típicamente observado en individuos de un nivel comparable de desarrollo.

**Trastorno por estrés postraumático.** Enfermedad cuyo rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a estímulos estresantes traumáticos extremos, que implica la experiencia personal directa de un acontecimiento que causa heridas de muerte o seria amenaza actual u otra amenaza para la integridad física de alguien; haber atestado un acontecimiento que implique muerte, herida o amenaza para la integridad física de otra persona; o haber experimentado muerte inesperada o violenta, daño serio o impactos nocivos a alguna persona cercana o familiar.

**Trastornos afectivos** (del humor). Trastornos depresivos (“depresión unipolar”), trastornos bipolares y trastornos basados en el humor derivados de una condición médica general, y trastorno del humor inducido por el consumo de sustancias.

**Trastornos comórbidos.** Término empleado para describir la coocurrencia de un trastorno por abuso o dependencia y otro trastorno mental. Los pacientes con trastornos comórbidos tienen uno o más trastornos mentales, lo mismo que uno o más trastornos por consumo de sustancias. Trastorno dual.

**Trastornos de la personalidad.** Patrones de comportamiento rígidos, inflexibles y mal adaptativos de severidad suficiente como para causar ansiedad interna o daño significativo del funcionamiento normal. Son estructurantes del estilo personal de la conducta, y no meras reacciones a circunstancias externas que impactan transitoriamente la vida emocional de las personas. Se tipifican tres grupos basados en la similitud de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Las principales características aplicables a los pacientes abusadores/adictos son: el trastorno *paranoide* provoca desconfianza y suspicacia que hace interpretar maliciosamente las intenciones de los demás. El *esquizoide* cancela las relaciones sociales y restringe su expresión emocional. El *esquizotípico* prohija intenso malestar en la relación interpersonal, distorsiones cognoscitivas o perceptivas en el marco de sus conductas excéntricas. El *antisocial* desprecia y viola los derechos ajenos sin vacilación alguna. El *límitrofe* con notable impulsividad hace inestables las relaciones, autoimagen y afectos. El *histriónico*, por su excesiva emotividad y demanda de atención, es un adicto difícil de lidiar. El *narcisista* con patrón hipervalorado y grandioso demanda admiración mientras paradójicamente exhibe su falta de empatía. El *de evitación* cursa con inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, por leve que sea. El de *dependencia*, adicto por excelencia, está inmerso en su sempiterna sumisión y pegajosidad, vinculadas a su excesiva necesidad de ser cuidado. El *obsesivo-compulsivo* es perfeccionista y de prioritaria preocupación por el orden y el control.

**Trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicotrópicas.** Efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados con el consumo agudo o crónico.



**Tratamiento.** Conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicotrópicas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas como de su familia.

**Tratamiento ambulatorio.** Tratamiento que se administra a pacientes no internados, por lo general en sesiones programadas con regularidad (1 a 2 h por semana).

**Tratamiento breve.** Terapia motivacional corta que se centra en personas con problemas leves o moderados, y puede constar de hasta ocho sesiones de tratamiento conductual.

**Tratamiento concomitante.** Manejo que reciben dos o más alteraciones en un mismo individuo.

**Tratamiento continuo.** Continuación del cuidado o manejo que apoya el progreso de un paciente. Su objetivo es supervisar su condición para evitar la recaída en el consumo o en un trastorno mental. Significa a la vez proceso de la escucha en el postratamiento como una forma de tratamiento en sí mismo. A veces se le llama asistencia postoperatoria.

**Tratamiento culturalmente competente.** Manejo biosicosocial u otro tratamiento que es adaptado para satisfacer las creencias culturales especiales, prácticas, y las necesidades de un paciente.

**Tratamiento de día y de noche.** Tratamiento estructurado e intensivo ofrecido en entorno no residencial, generalmente cinco días a la semana (3 a 4 h/día). También se puede administrar en un entorno institucional (centro correccional, etc.).

**Tratamiento de mantenimiento con metadona.** Uso de metadona, siguiendo un régimen prescrito y regular, como sustituto de los opiáceos con el fin de estabilizar el estado del paciente a la vez que se intenta modificar su modo de vida y su conducta interpersonal. La dosis promedio oscila entre 30 y 100 mg/día.

**Tratamiento en entorno residencial (corto plazo).** Tratamiento cuya duración es, por lo general, inferior a 40 días y se administra de manera intensiva y estructurada estando el paciente en su domicilio.

**Tratamiento en entorno residencial (largo plazo).** Servicios de tratamiento o de readaptación que generalmente se ofrecen por un periodo de más de 40 días. Estos servicios se pueden proporcionar en centros de rehabilitación para dependientes, centros de transición en sus diversas modalidades y en las comunidades terapéuticas.

**Tratamiento integrado.** Cualquier mecanismo que combine intervenciones terapéuticas para los trastornos comórbidos, en el contexto de un manejo primario o ajuste de tratamiento. Se considera decisiva la necesidad de un modelo de abordaje terapéutico unificado en los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o los derivados del consumo de psicotrópicos (dependencia y abuso), salud mental y ciertas otras necesidades especiales de los pacientes.

**Trauma.** Daño mental o físico violento que le ocurre a una persona, daño a un órgano, etc.

**Tremor.** Temblor, movimiento involuntario y rítmico en los músculos, más a menudo en manos, pies, mandíbula, lengua o cabeza. Los temblores pueden ser causados por el efecto de estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas, cafeína, etc.), o bien por la discontinuación del consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos u otros psicotrópicos (alcohol, barbitúricos, opiáceos, etc.).

**Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.** Establecimientos de salud que disponen de camas y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan un trastorno mental.

**Urgencia.** Todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función, y requiera atención inmediata.

**Uso múltiple de drogas.** Uso de más de una droga o tipos de drogas por un individuo, a efecto de potencializar o contrarrestar los efectos de alguna de ellas. En la adicción de sustancias psicotrópicas es frecuente que el consumo se dirija a varias sustancias a la vez. Se refiere al consumo múltiple de los poliusuarios.

**Uso recreacional.** Consumo de sustancias usualmente referido a las de tipo ilegal en circunstancias sociales, a efecto de producir relajación; *no necesariamente* debe considerarse tal uso como sinónimo de abuso o adicción de psicotrópicos, aunque en muchos casos ha sido el inicio de ello. En tal sentido, se compara con el consumo social de alcohol.

**Usuario.** Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

**VIH (seropositividad).** Positividad inmunológica hacia el virus de la inmunodeficiencia humana captada en el suero sanguíneo a través de pruebas de laboratorio.

**Violencia doméstica.** Uso de fuerza emocional, psicológica, sexual o física por un miembro de la familia o compañero íntimo para controlar al otro. Los actos incluyen intimidación verbal, emocional y física; destrucción de las posesiones de la víctima; mutilar o matar animales domésticos; amenazas; sexo forzado; y dando palmadas, perforando, pateando, ahogando, quemando, apuñalando, dando un tiro y matando a la(s) víctima(s). Los cónyuges, los padres, los padrastros, los niños, los hermanos, los parientes ma-

yores y los compañeros íntimos pueden ser objeto de ella.

**Virulencia.** Propiedad de un agente patógeno infectante, capaz de provocar un cuadro morbosos en un huésped determinado.

**Yatrógeno, iatrógeno.** Relativo al médico. Acción o efecto producido por el médico o los medicamentos. Imputable a la acción y la participación de la actividad médica en cualquiera de sus formas.<sup>1-3,5,7,17,18,27,31,32,39,41,45,47,52,54-59</sup>

La formación educativa del personal de salud que labora en adicciones, originalmente dirigida a los médicos y continuada después hacia el personal psicosocial y paraclínico,<sup>26,31</sup> ocurrida hace varios decenios, no obstante su experiencia y eficacia reconocidas, persiste en la heterogeneidad lexicológica, cuando no en la vaguedad, la ambigüedad o la obsolescencia.<sup>16,26,32</sup> Los modelos curriculares y los materiales de enseñanza desarrollados sobre la base de hacer más accesible el conocimiento, suministrar apoyo técnico y ofrecer procedimientos de dispersión automatizada alcanzan hoy vía Internet todas las audiencias<sup>33</sup> y brindan un camino que seguir, eficacia sorprendente con la cual se espera reforzar la formación clínica que acompaña al entrenamiento cada vez más especializado del personal.<sup>34-36</sup> La “instrucción” tradicional que a la fecha utilizan algunos grupos de trabajo “terapéutico” antiadictivo” vía praxis y observación parcial del fenómeno no puede considerarse compatible con los postulados teóricos del conocimiento científico actual.<sup>26,37-39</sup>

La verdadera instrucción requiere la unificación del léxico mínimo, en términos comprensibles para todos los involucrados. En tal labor, acorde con las indicaciones de los organismos con mayor experiencia en el campo,<sup>40-42</sup> resulta significativo el binomio educación-adicciones en México, toda vez que no se dispone aún de personal suficiente ni adecuadamente preparado para confrontar uno de los retos más importantes de la salud pública de este milenio.<sup>32</sup> La denominación usada en el campo terapéutico y sus muy diversas connotaciones empleadas ha sido y es problema cotidiano entre el personal profesional y paraprofesional dedicado a la terapéutica.<sup>32,43</sup> Ello, sin considerar el uso del lenguaje metafórico empleado en psicología, psiquiatría, psicoterapia, psicoanálisis, etc., que suele producir amplios diferendos entre los interlocutores, tema que por su extensión y envergadura ha de tratarse en otro momento y lugar.<sup>9,32,44</sup> La variada denominación que usa la comunidad respecto de los fenómenos adictivos causa grandes diferencias entre vocablos, desde la etiopatogenia

hasta la rehabilitación, pasando por los efectos de las sustancias y la descripción fenomenológica del trance que provocan.<sup>39,45,46</sup>

Por otro lado, el abordaje antiadictivo iniciado en la comunidad no profesional en el primer tercio del siglo pasado aún mantiene cierto fuero por su antigüedad, predominando en el lenguaje popular muchas acepciones usadas para describir y entender los estados vinculados al consumo.<sup>7,14,26,30</sup> Todas las sustancias que actúan sobre la mente, llámense psicofármacos, psicoactivas o psicotrópicos, al alterar de modo equivalente las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.) significan en principio lo mismo. No obstante, implican diferencias conceptuales.<sup>1,47</sup> El término “psicotrópico” se usa para diferenciar las sustancias utilizadas sin propósito médico (automedicación) de las drogas curativas, medicamentos denominados psicofármacos, cuya prescripción obedece a una indicación en pro de la salud, dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia; es el caso de los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

A diferencia de los psicofármacos, los psicotrópicos se administran por automedicación y sin control médico, para fines de intoxicación, sin conocerse las dosis, su metabolismo, las modalidades de excreción, etc. Lamentablemente, la denominación popular de “drogas” para referirse a la variedad de sustancias de consumo confunde a menudo a quien no distingue entre una connotación y otra;<sup>1</sup> esta condición, sumada a los diversos prejuicios populares y a sus expectativas fantásticas,<sup>14</sup> hace que la gente no bien informada se niegue a incluirse, cuando es necesario, en un tratamiento farmacológico, por considerar erróneamente que corre mayor riesgo aún de volverse “adicta”.<sup>48-50</sup>

Ello plantea la paradoja de la función médica y profesional al servicio de la producción de problemas y conflictos sociales.<sup>1,51</sup>

Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, la cual es necesario conocer para orientarse en las complejidades de la información que contiene; tal

conocimiento debe estar informado de su marco cultural. De modo que, aunque la terminología psiquiátrica no esté completamente estandarizada y sus conceptos no siempre tengan acepción universal,<sup>52</sup> se sugiere una unificación de criterios, habida cuenta de que un mismo fenómeno puede ser conocido por distintos apelativos según la región geográfica, escuela de pensamiento e incluso las concepciones personales de quien las emplee.<sup>53</sup> El planteamiento propuesto ha tratado de cuidar la uniformidad de las líneas conceptuales dando cabida,

en tono ecléctico, a las distintas corrientes productoras de vocablos; sin embargo, la diversidad de fuentes exige del lector que actúe más allá de la costumbre y los prejuicios. La opinión internacional que sugiere la terminología profesional diferenciada de la no profesional<sup>1,42,47,52-59</sup> se combinó para homogeneizar —en la medida de lo posible— la presente propuesta, siempre modificable. Esperamos que la labor de los involucrados sea fecunda: *el arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre.*<sup>1</sup>

## REFERENCIAS

1. **Souza y Machorro M:** *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
2. **Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS et al.:** Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA. *Psiquiatría* 1998;14(1):13-15.
3. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
4. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
5. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** El alcoholismo en México. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(4):356-364.
6. **Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL:** *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C.
7. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(3):25-37.
8. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** Terapéutica antiadictiva. Utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):581-598.
9. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
10. **Souza y Machorro M:** Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(5):326-330.
11. **Souza y Machorro M:** *Modelos profesionales de tratamiento*. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC 2004:25-46.
12. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):14-27.
13. **Souza y Machorro M:** Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(4):206-208.
14. **Souza y Machorro M:** El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001;2(1):25-27.
15. **Souza y Machorro M:** Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005;6(1):52-66.
16. **Souza y Machorro M:** La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Prev Readapt Social* 2000;8:99-106.
17. **Souza y Machorro M:** Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003;4(2):91-93.
18. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
19. **Kaufman E, McNul J:** Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat Mar* 1992;43(3):220-232.
20. **Kaufman E:** Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):21-27.
21. **Kosten TR:** The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict* 1998;7(3):205-209.
22. **Kosten TR:** Drug alcohol withdrawal management. *N Engl J Med* 2003;348:1786c-1795.
23. **Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL, Guisa CVM:** Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(6):619-634.
24. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
25. **Souza y Machorro M:** *Curso básico de adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. México, Gobierno del Distrito Federal, 11 a 15 de noviembre de 2002.
26. **Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M:** Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría 2ª Época* 2000;16(3):110-116.
27. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. 18 de agosto de 2000.
28. Diario Oficial: *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica*. 15 de noviembre de 1995.
29. Diario Oficial: *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. 7 de diciembre de 1998.
30. **Souza y Machorro M:** Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría 2ª Época* 1998;14(3):100-106.
31. **Chappel JN, Lewis D:** Medical education in substance

- abuse. En: Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrog JG: *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Cap. 72. 2ª ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1992.
32. **Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M:** La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría 2ª Época* 2004;20(1):9-20.
  33. **Marcus MT, Rickman KA, Sobhan T:** Substance abuse education liaisons: a collaborative continuing education program for nurses in acute care settings. *J Contin Educ Nurs* 1999;30(5):229-234.
  34. **Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D:** Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict* 1998;7(1):7-13.
  35. **Cunningham JA, Humphreys K, Koski-Jannes A:** Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the Internet: a pilot project. *J Stud Alcohol* 2000;61(6):94-98.
  36. **Souza y Machorro M, Díaz BSL:** Actualización médica y tecnología comunicacional. *Revista CIJ* 1997;3(9):77-78.
  37. **Seixas FA, Sutton JY:** Professional training on alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1971;178:1-139.
  38. **Souza y Machorro M:** Alcances y limitaciones de la enseñanza de la ética médica. *Rev Fac Med UNAM* 1986;9(11-12):393-404.
  39. **Klamen DL:** Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):471-480, xi.
  40. **Kosten T:** Management of drug alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-1795.
  41. **El Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S:** Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction* 2000;95(6):949-957.
  42. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry: Responsibility and options in drug addiction. *Psychiatry Services* 2002;53:707-713.
  43. **Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D:** A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA* 1987;257(21):2945-2948.
  44. **Souza y Machorro M:** Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(1):57-69.
  45. **Dove HW:** Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(2):481-488, xi.
  46. National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Information for researchers and health professionals*. U. S. Department of Health and Human Services. 11 de abril de 2003.
  47. World Health Organization (WHO): *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra, WHO, 1994.
  48. **Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M:** Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría 2ª Época* 2003;19(1):28-38.
  49. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG, Tagle OI:** Craving, adicción ética y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000;5(4):201-204.
  50. **Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG:** Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría 2ª Época* 1999;15(1):12-19.
  51. **Monti PM, Colby SM:** Brief intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-994.
  52. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL): *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico, GLADP*. Sección de Diagnóstico y Clasificación. América Latina, Tono Continuo, 2004.
  53. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades*. Cap. V: Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.
  54. American Psychiatric Association (APA): *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. 4ª ed. Washington, 2001.
  55. Federación Mundial de Educación Médica: La Declaración de Edimburgo. *Lancet* 1988;ii:464.
  56. **Puchol ED:** Trastornos adictivos (I): Principios clave del tratamiento. *Revista de Psicología www.hispavista.com*, 2005.
  57. The National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Information for researchers and health professionals*. U. S. Department of Health and Human Services. 11 de abril de 2003.
  58. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUUD): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York, ONU, 2003.
  59. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUUD): *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación*. Cap. VI: Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Viena, Naciones Unidas, 2003.



---

# Índice alfabético

---

## A

- abandono, 89  
  terapéutico, 338
- absceso subcutáneo, 375
- abstinencia, 11, 34, 96, 153, 196, 208, 225, 231, 240, 256, 263, 277, 359
- alcohólica, 338
- etílica, 70
- grave, 11
- nicotínica, 123
- prolongada, 184
- síntomas de, 47, 59
- aburrimiento, 89
- abusador  
  de cocaína, 121
- etílico, 60
- abuso, 96, 208
- de alcohol, 210, 215
- de analgésicos, 156
- de bebidas alcohólicas, 19
- de cocaína, 210, 215
- de estupefacientes psicotrópicos, 20
- de psicotrópicos, 92, 251
- de sustancias, 244, 246, 287
- etílico, 92
- físico, 89, 303
- infantil, 60
- sexual, 58, 75, 89, 300, 303, 355
- conductas de, 303
- en la adolescencia, 299
- en la infancia, 299
- infantil, 77, 302
- víctimas de, 300
- acamprosato, 34, 50, 104, 280, 337, 341
- acetato de medroxiprogesterona, 310
- ácido  
  barbitúrico, 20
- valproico, 70
- acidosis, 14
- acoso sexual, 296
- actividad  
  antisocial, 91
- delincuencial, 120
- homosexual, 331
- sexual, 318
- adherencia terapéutica, 200, 291
- adicción(es), 96, 222, 244
- a la cafeína, 278
- a la cocaína, 47, 119, 121, 278
- a la nicotina, 278
- a las drogas, 60
- a opiáceos, 278
- a psicotrópicos, 63, 92, 208, 299, 303
- a sustancias, 300
- al alcohol, 47, 59, 184, 286
- al etanol, 57, 278, 285
- al tabaco, 184, 228, 286
- alcohólica, 291
- etílica, 46, 92, 105, 106, 113, 114, 116, 118, 121, 184, 279, 300, 336
- de inicio temprano, 119
- manejo clínico de las, 226
- manifestaciones residuales de la, 9
- nicotínica, 92, 123, 210
- prevención de las, 244
- psicotrópica, 339
- psiquiatría de las, 43
- riesgo de, 227
- sexual, 174, 278, 340, 357
- solución curativa de las, 245
- tabáquica, 354
- adicto  
  al etanol, 114, 116
- crónico, 201
- etílico abstigente, 115
- adrenalina, 14
- afectación orgánica cerebral, 177
- agitación  
  aguda, 257
- inducida por fármacos, 89
- psicótica, 89
- agorafobia, 12, 257
- agresión sexual, 75
- agresividad verbal, 73
- alcohol, 17, 37, 62, 63, 75, 76, 95, 121, 154, 156, 210, 255, 288, 320, 331, 337, 355, 368
- abuso del, 1, 2, 17
- adicción al, 47, 59
- adictos al, 69
- consumo de, 43, 57, 58, 62, 103, 114
- etílico, 279, 335

tolerancia al, 287  
 Alcohólicos Anónimos, 43, 240  
 alcoholismo, 19, 43, 50, 57, 59, 191, 193, 227  
 familiar, 106, 116  
 heredabilidad del, 116  
 tratamiento del, 5  
 alcoholodependencia, 60  
 alprazolam, 70, 367  
 alteración  
 del estado afectivo, 11  
 neuropatológica, 103  
 alucinógeno, 76, 288, 335, 365  
 alucinosis alcohólica, 61  
 amitriptilina, 20, 74  
 amnesia, 58  
 amperozida, 50, 280, 341  
 analéptico, 335  
 analgésico, 335  
 anemia, 280  
 anergia, 143  
 anfebutamona, 2, 215  
 anfetamina(s), 20, 76, 85, 246, 288, 335, 338, 341  
 endovenosa, 69  
 tolerancia a las, 287  
 angustia, 278  
 anhelo de consumo, 278  
 anorexia, 143  
 nerviosa, 12, 258  
 anorexia-bulimia, 340, 355  
 ansiedad, 31, 88, 153, 201, 208, 294, 300  
 evolutiva, 89  
 situacional, 89  
 ansiolítico, 277, 288, 335  
 antidepresivo, 335  
 apomorfina, 114  
 aprensión, 257  
 arilciclohexilamina, 335  
 arritmia, 14  
 asma, 200  
 ataque narcisista, 147  
 atención antiadictiva, 367  
 atomoxetina, 95  
 ausentismo laboral, 287  
 automedicación, 208

**B**

barbitúrico, 277

bebedor problema, 57  
 benzodiazepina, 37, 89, 367  
 biperideno, 20  
 bradipsiquia, 263  
 bromazepam, 70  
 bromocriptina, 335  
 bulimia nerviosa, 12, 258  
 buprenorfina, 36, 37, 38, 47, 358, 373  
 bupropión, 2, 34, 73, 74, 95, 104, 215, 337, 338

**C**

café, 62  
 cafeína, 89, 174, 226, 255, 277, 287, 335, 341  
 cafeinismo, 174, 357  
 cáncer broncogénico, 323  
 candidiasis oral, 331  
*Cannabis*, 335  
 carbamazepina, 50, 70, 78, 89, 281, 336, 341  
 carbonato de litio, 50, 74, 281, 341  
 cardiopatía, 323  
 casa de medio camino, 46, 47, 209  
 castración farmacológica, 310  
 cirrosis, 287  
 clamidiasis, 24  
 cleptomanía, 12, 174, 259, 340, 357  
 clobazam, 70  
 clonazepam, 50, 70, 281, 341  
 clonidina, 50, 114, 281, 338, 341  
 cloracetato dipotásico, 70  
 clorhidrato  
 de amantadina, 335  
 de ciclopentolato, 328  
 cocaína, 1, 2, 34, 37, 47, 69, 89, 94, 95, 103, 113, 119, 121, 154, 155, 156, 174, 196, 226, 228, 246, 277, 288, 320, 328, 331, 335, 337, 338, 358, 367  
 abuso de la, 17  
 adicción a, 47, 104, 119, 121, 336  
 adictos a, 92  
 búsqueda de, 154  
 consumo de, 119, 120

madres adictas a, 93  
 uso crónico de, 336  
 cocainodependencia, 121, 343  
 codeína, 338  
 conciencia, alteración de la, 11  
 conducta  
 abusiva, 296  
 adictiva, 141, 252  
 agresiva, 77, 318  
 antisocial, 71  
 juvenil temprana, 69  
 delictiva, 60, 69, 153  
 huidiza, 73  
 sexual, 299  
 suicida, 305  
 violenta, 318  
 Consejo Nacional contra las Adicciones, 19  
 consumo  
 abusivo de psicotrópicos, 299  
 alcohólico de los adolescentes, 57  
 de alcohol, 43, 57, 58, 62, 114, 120, 209, 240, 244, 331, 336  
 de bebidas, 60  
 de cocaína, 119, 120, 332  
 de cocaína-*crack*, 331  
 de drogas, 69, 120  
 de etanol, 47, 59, 117  
 de heroína, 338  
 de marihuana, 331  
 de psicofármacos, 243  
 de psicotrópicos, 58, 60, 207, 242, 243, 255, 277, 296  
 de sustancias  
 psicodislépticas, 244  
 psicotrópicas, 43  
 de tabaco, 244  
 de tranquilizantes, 244  
 etílico, 57, 59, 60, 71, 72, 116, 279, 300, 322, 337  
 contacto heterosexual, 330  
 contención emocional, 161  
*crack*, 328, 331  
 criminalidad violenta, 70  
 criptococosis, 329  
 crisis de angustia, 257  
 cruda, 225  
 cuadro depresivo, 11  
 culpa, 88

**D**

déficit reproductivo, 280  
 delirio mesiánico, 360  
*delirium*, 153, 208, 256  
   *tremens*, 11  
 delito sexual, 306, 309  
 demencia, 11, 256  
   persistente, 153, 208  
   por VIH, 330  
 dependencia, 208  
   a fármacos, 20  
   alcohólica, 114, 121, 125  
   de la marihuana, 288  
   de la nicotina, 49  
   de opiáceos, 49  
   de sustancias, 288  
   del etanol, 49, 57, 285  
   etílica, 113, 115, 118, 300  
   familiar, 116  
   nicotínica, 104  
   síntomas de, 57  
 depresión, 31, 61, 88, 143, 174, 201, 278, 300  
   crónica, 310  
   mayor, 89, 244  
 desajuste sexual, 300  
 deseo sexual, 258  
   hipoactivo, 12, 258  
 desequilibrio hidroelectrolítico, 49  
 desintoxicación, 48, 196, 216, 359  
   tratamiento de, 49  
 destructividad etílica, 118  
 diabetes, 200  
   mellitus, 191  
 diazepam, 15, 367  
 difenilhidantoína, 15  
 difosfato de dietilelbestrol, 303  
 disdiadococinesis, 88  
 disfunción  
   cerebral mínima, 116  
   familiar, 73, 124, 174  
   orgásmica  
     femenina, 12, 258  
     masculina, 12, 258  
   psicofamiliar, 174  
   psicológica, 300  
   psicopatológica, 116  
   sexual, 11, 12, 153, 174, 208, 357

disfuncionalidad familiar, 43, 153  
 disolventes volátiles, 17, 75, 210, 226, 246, 328, 335  
 disomnía, 12, 258  
 dispareunia, 12, 258  
 distimia, 11  
 distorsión transferencial, 144  
 disulfiram, 34, 50, 70, 281, 337, 341, 358  
 dolor  
   crónico, 368  
   psíquico, 144  
 dopamina, 14, 103, 105, 113, 153, 154  
 droga(s)  
   adictiva, 63  
   consumo de, 69  
   legal, 70  
   sintética, 17

**E**

edema pulmonar agudo, 14  
 efedrina, 20  
 embarazo  
   adolescente, 327  
   no deseado, 287  
 encefalopatía, 329  
   por VIH, 330  
 encopresis, 260  
 endocarditis, 375  
 enfermedad  
   adictiva, 60, 140, 222, 285  
   cardiovascular, 287  
   cerebral, 50  
   crónica, 49  
   de transmisión sexual, 310  
   isquémica, 50, 281, 341  
   mental, 33  
   sexualmente transmisible, 58, 287  
 enojo, 88  
 enuresis, 260  
 epilepsia, 77, 339  
   convulsiva generalizada, 15  
   psicomotora, 76  
 esquema  
   Atención Preventiva, 46  
   de Prochazka, 46

esquizofrenia, 11, 26, 61, 63, 74, 174, 244, 256, 357  
   precoz, 89  
 estado adictivo, 278  
 estimulante, 287, 335  
   recreativo, 89  
 estrategia terapéutica, 208  
 estupro, 261, 355  
 etanol, 15, 75, 103, 113, 114, 155, 277, 337, 366  
   abuso del, 327  
   adicción al, 57  
   adictos al, 106, 114, 116  
   consumo de, 32, 47, 59, 117  
   dependencia del, 49, 57  
   exposición al, 89  
   uso durante el embarazo, 58  
 etilismo, 59  
 etinilestradiol, 303  
 etoclorovínol, 15  
 excitabilidad, 105  
 exhibicionismo, 12, 259, 355  
 experiencia  
   homosexual, 304  
   traumática, 301  
 éxtasis, 365  
 eyaculación precoz, 12, 258

**F**

fantasía sexual, 77  
 fenciclidina, 226, 335  
 fenómeno adictivo, 246  
 fetichismo, 12, 259, 355  
   transvestista, 12, 259  
 fibrilación, 14  
 flunitrazepam, 75, 328  
 fluoxetina, 74  
 fobia, 201  
   social, 12, 72, 174, 244, 257, 355  
 frotteurismo, 259, 262  
 frustración, 88  
 fuga disociativa, 12

**G**

gonorrea, 24  
 grupos de ayuda mutua, 43, 47, 201, 209, 223, 227, 240, 281, 352



**H**

hábito tabáquico, 92  
 hematoma subdural, 15  
 heparina, 15  
 hepatitis, 287, 330  
   viral, 375  
 hepatotoxicidad, 50, 280  
 heroína, 36, 75, 328, 358, 367  
   consumo de, 338  
 herpes, 356  
   genital, 24  
 hidrocortisona, 14  
 hidromorfona, 368  
 hiperactividad, 87  
 hipertensión, 191, 193, 200  
 hipnótico, 277, 288, 335  
 hipocondría, 12, 257  
 hipotensión arterial, 14  
 homosexualidad egodistónica,  
 386  
 hospital de día, 47

**I**

ideación  
   paranoide, 77  
   suicida, 300, 304  
 identidad sexual, confusión de la,  
 300  
 impulsividad, 105  
 impulso destructivo, 301  
 incesto, 261, 301  
   padre-hija, 300  
 incompreensión social, 221  
 índice  
   de alcoholemia, 69  
   de violencia juvenil, 75  
   delictivo juvenil, 75  
 infección  
   por gérmenes oportunistas,  
   329  
   por VIH, 24, 25, 327, 330,  
   331, 375  
   por VIH/SIDA, 303  
   posquirúrgica, 193  
   respiratoria, 331  
 insatisfacción sexual, 304  
 insomnio, 115, 143, 174  
 instinto tanático, 303  
 intento suicida, 61, 174, 300, 357

internamiento residencial, 46  
 intoxicación, 11, 34, 96, 153,  
 208, 216, 225, 231, 240, 245,  
 256, 263  
   aguda, 11, 177, 246  
   alcohólica, 231  
   crónica, 177  
   etílica, 50, 281, 341  
   por sobredosis, 234  
   por sustancias, 109  
   severa, 13  
 involución prostática, 280  
 ipecacuana, 13  
 irritación gástrica, 226

**J**

juego patológico, 259, 278, 340,  
 355, 357

**L**

lesión cerebral, 89  
 lidocaína, 15  
 lisurida, 50, 280, 341  
 litio, 78  
   carbonato de, 50  
 lorazepam, 70, 367  
 LSD25, 174, 226

**M**

magnesio, 50  
 maltrato, 301  
 manejo antiadictivo, 69  
   ambulatorio, 155  
 mariguana, 17, 37, 62, 71, 72,  
 75, 76, 94, 95, 121, 210, 226,  
 236, 246, 320, 328, 335, 355,  
 367  
   dependencia de la, 288  
 masoquismo, 141  
   sexual, 12, 259  
 mazindol, 336  
 medicación anticraving, 70  
 medicamento psicotrópico, 17  
 memantina, 50, 280, 341  
 meningoencefalitis, 329  
 metadona, 34, 36, 37, 70, 122,  
 156, 332, 354, 367, 373

  tratamiento con, 36, 37  
 metadoxina, 50, 236, 281, 341  
 metanfetamina, 17, 122, 156,  
 328, 335, 338, 358  
 metilfenidato, 73, 78, 85, 95,  
 277, 335  
 metilprednisona, 14  
 mezcalina, 174, 226  
 miedo, 257  
   a la muerte, 300  
   al daño, 300  
   al éxito, 301  
 modelo(s)  
   de atención preventiva aplica-  
   dos a las adicciones, 18  
   Minnesota, 2  
   terapéutico, 215  
 morfina, 338  
 mortalidad  
   infantil, 191, 192, 193  
   intrahospitalaria, 193  
   materna, 192, 193  
   por cáncer, 193  
 mutismo selectivo, 261

**N**

nalbufina, 21  
 naloxona, 47  
 naltrexona, 2, 34, 47, 50, 74,  
 104, 106, 114, 116, 119, 125,  
 215, 280, 336, 337, 338, 341,  
 344, 358  
 narcisismo, 142  
 necrofilia, 302  
 negligencia, 89  
 neoplasia, 287, 329  
 neumonía, 331  
 neumonitis linfoide intersticial  
   crónica, 329  
 neuroléptico, 335  
 neuropatía periférica, 329  
 neurosis, 107  
*Nicotiana tabacum*, 359  
 nicotina, 34, 89, 103, 113, 123,  
 154, 155, 174, 226, 228, 255,  
 277, 288, 335, 337, 358, 359  
   adictos a, 94  
   consumo de, 123  
   dependencia de la, 49  
 niketamida, 341  
 niño deprimido, 73

norgestrel, 303  
nortriptilina, 74

## O

obesidad, 191, 193, 318, 355  
ofensor sexual, 300  
ondansetrón, 106, 116, 119, 337  
opiáceo, 103, 113, 122, 154, 155,  
277, 287, 331, 335, 337, 338,  
368  
dependencia de, 49  
opiáceos, 196  
opioide, 288  
orientación sexual egodistónica,  
11  
osteoporosis, 280  
oxcarbamazepina, 73

## P

paciente  
adicto, 20, 162, 221, 235, 251,  
352, 354  
a psicotrópicos, 196  
alcohólico, 116  
con dolor crónico, 31  
con infarto miocárdico, 123  
consumidor de psicotrópicos,  
252  
dependiente, 34  
diabético, 14  
heroinómano, 34  
intoxicado, 280  
poliadicto, 376  
psiquiátrico, 162  
tabáquico, 123  
venoadicto, 330  
padecimiento adictivo, 43, 222,  
240, 354  
paidofilia, 259, 309  
parafilia, 63, 174, 258, 357  
parálisis inmunitaria, 331  
parasomnia, 12, 258  
paroxetina, 73  
parricidio, 77  
patología  
adictiva, 51, 156, 158, 201,  
239, 337, 371, 376  
psiquiátrica, 43

patrón de consumo, 277  
pedofilia, 12, 355  
pemolina, 74  
pensamiento paranoide, 77  
pentobarbital, 21  
personal antisocial, 69  
personalidad  
egocéntrica, 147  
esquizoide, 69  
múltiple, 258  
narcisista, 147  
psicopática, 309  
picrotoxina, 341  
piracetam, 73  
piromanía, 12, 174, 259, 278,  
340, 357  
placer narcisístico, 303  
*Pneumocystis carinii*, 329, 331  
poliadicción, 37  
política sanitaria, 194  
pornografía, 319  
prevención  
de las adicciones, 244  
de recaídas, 222  
privación ética, 50, 280, 341  
Programa  
contra el Tabaquismo, 19  
contra la Farmacodependen-  
cia, 20  
de la Comunidad Terapéutica,  
46  
programa de residencia diurna,  
165  
promiscuidad, 304, 327  
sexual, 320, 321  
psicodisléptico, 288  
psicosis, 70, 77, 165, 305  
psicotrópico(s)  
consumo de, 11, 58, 88  
legal, 320  
psilocibina, 20, 174, 226  
psiquiatría de las adicciones,  
221, 240, 282, 342

## R

recaída, 196, 240, 277  
de alcohol, 121  
de cocaína, 121  
de marihuana y alcohol, 121  
prevención de, 179, 222

recompensa  
etélica, 279  
opiácea, 338  
rehabilitación  
escolar, 209  
laboral, 209  
residencial, 45  
sociofamiliar, 209  
resequedad oral, 226  
residencia diurna, 165  
programas de, 165  
retardo mental, 59, 70  
retraso mental, 259  
revictimación sexual, 300  
riesgo suicida, 159

## S

sadismo, 302  
sexual, 12, 259  
sadomasoquismo, 302, 355  
sarampión, 191  
sarcoma de Kaposi, 331  
secobarbital, 21  
sedante(s), 246, 288, 335  
opiáceos, 17  
septicemia, 375  
seudofedrina, 89, 341  
SIDA, 19, 23, 24, 25, 327, 328,  
330, 356, 367  
susceptibilidad al, 331  
sífilis, 24  
simpaticomimético, 335  
síndrome  
adictivo, 1, 50, 69, 93, 94, 96,  
106, 118, 140, 211, 215,  
244, 277, 281, 339, 341,  
351, 354  
mixto, 95  
afectivo, 61  
alcohólico fetal, 59  
alcoholofetal, 93  
amnésico, 61  
de abstinencia, 9, 26, 34, 36,  
46, 50, 61, 155, 174, 207,  
210, 216, 227, 228, 230,  
232, 244, 251, 280, 338,  
341, 368  
de dependencia, 69  
de estrés postraumático, 73,  
294, 305  
de exhaución, 242, 291, 351

- de feto alcohólico, 58  
de inmunodeficiencia adquirida, 19  
de intoxicación, 9, 13, 26, 46, 61, 155, 174, 207, 210, 251, 368  
de La Tourette, 85  
neuropsiquiátrico, 329  
psiquiátrico, 329  
sexual, 11  
viral, 329  
síntoma de abstinencia, 47, 59, 119  
sistema de recompensa, 278, 279  
sobredosis, 13, 36, 216  
solventes volátiles, 76, 174  
suicidio, 26, 58, 73, 74, 174, 244, 287, 294, 318, 321, 330  
sustancias psicotrópicas, consumo de, 43
- T**
- tabaco, 62, 123, 156, 174, 226, 228, 320  
tabaquismo, 1, 17, 174, 191, 193, 210, 278, 327, 357  
taquipsiquia, 263  
tendencia suicida, 63, 77, 118  
teofilina, 89  
terapéutica antiadictiva, 242, 282, 342, 351  
terror, 257  
tioridazina, 73  
tolerancia  
a las anfetaminas, 287  
al alcohol, 287  
hepática, 57, 285  
tortura a los animales, 73  
toxicidad plúmbica, 89  
toxicomanía, 49  
toxoplasmosis, 331  
tranquilizante, 335  
benzodiazepínico, 277  
trastorno  
adaptativo, 330  
adictivo, 92, 94, 134, 143, 157, 161, 229, 281, 303, 368, 377  
afectivo, 26, 61, 73, 74, 165, 244, 330  
bipolar, 87, 92, 94  
mayor, 70  
alimentario, 12, 26, 61, 63, 73, 74, 174, 357  
amnésico, 11, 153, 174, 208, 256  
ansioso, 165  
antisocial, 108  
de la personalidad, 258  
autista, 260  
bipolar, 11, 73, 74, 89, 244, 256, 263  
ciclotímico, 11, 257  
cognoscitivo, 11  
crónico, 160  
de angustia, 12  
de ansiedad, 12, 244  
de inicio temprano, 73  
por separación, 260  
de aprendizaje, 62  
de Asperger, 260  
de conducta, 26, 63, 73, 74, 89, 116, 174  
de control de los impulsos, 61  
de conversión, 12, 257  
de despersonalización, 12  
de fobia social, 73  
de Gilles de la Tourette, 260  
de ideas delirantes, 11  
de identidad, 11  
disociativo, 12  
de la conducta  
antisocial, 94  
sexual, 11, 89  
de la erección, 258  
de la excitación sexual, 12, 258  
de la función  
alimentaria, 251  
sexual, 63  
de la identidad sexual, 259  
de la personalidad, 61  
no especificado, 108  
de pánico, 174  
de Rett, 260  
de rumiación, 260  
de somatización, 12, 257  
del afecto, 63  
del aprendizaje, 60  
del comportamiento, 11, 12  
del dormir, 61, 63, 89, 103, 154  
del estado de ánimo, 11, 153, 208  
del humor, 11  
del orgasmo, 12, 258  
del sueño, 12, 26, 74, 153, 174, 208, 251  
delirante, 11, 256  
depresivo, 11  
desintegrativo infantil, 260  
dismórfico corporal, 12, 257  
disocial, 93  
disociativo, 12, 73, 89  
distímico, 11  
esquizoafectivo, 11, 256  
esquizofreniforme, 11, 256  
esquizoide, 108  
de la personalidad, 258  
esquizotípico, 11, 108, 256  
de la personalidad, 258  
explosivo intermitente, 259, 340  
fóbico, 89  
histriónico, 108  
de la personalidad, 259  
límite de la personalidad, 90, 258  
límitrofe, 108  
mental, 11, 222, 296  
narcisista, 108  
de la personalidad, 259  
negativista desafiante, 89  
neurótico, 12  
obsesivo-compulsivo, 12, 108, 257  
paranoide, 108  
de la personalidad, 258  
por ansiedad, 26, 61, 63, 74, 89, 174  
por separación, 89  
por aversión al sexo, 12, 258  
por consumo de sustancias, 89  
por déficit de atención, 74, 174  
con hiperactividad, 26, 104, 116  
por dependencia, 108  
por dolor, 12, 257  
por estrés  
agudo, 12, 257  
postraumático, 12, 89, 257, 300  
por evitación, 108

psicológico, 11  
 psicosexual, 26, 74  
 psicótico, 153, 174, 208  
     breve, 11, 256  
     compartido, 256  
 psiquiátrico, 63, 161  
 reactivo de la vinculación, 261  
 sexual, 61  
     por dolor, 258  
 somatomorfo, 12, 60  
 tiroideo, 89  
 travestismo, 355  
 tratamiento  
     antiadictivo, 113, 116, 120,  
     143, 153, 207, 351, 367  
     de desintoxicación, 49  
     de sustitución, 210  
     en adicciones, 209  
 traumatismo craneoencefálico,  
 77

trazodona, 50, 281, 341  
 tricotilomanía, 12, 174, 259, 340,  
 355, 357

## V

vaginismo, 12, 258  
 vaginosis bacteriana, 24  
 valproato, 50, 114, 281, 341  
     de magnesio, 70  
     de sodio, 70  
     semisódico, 73  
 vandalismo, 321  
 venlafaxina, 74, 95  
 venoadicción, 69, 287  
     clandestina, 35  
 venopuntura, 35  
 VIH, 23, 24, 25, 328, 354, 375  
     contagio por, 300

VIH/SIDA, 23, 25, 26, 35, 37,  
 58, 74, 174, 244, 301, 321,  
 357  
 violación, 58, 77, 261, 355  
 violencia, 287, 296, 299  
     intrafamiliar, 294  
     marital, 60  
     psicofísica, 43, 153  
     sexual, 43, 153, 251, 299,  
     302, 307, 310, 319, 366  
     infantil, 310  
     social, 294  
 virus de la inmunodeficiencia  
     humana, 354  
 voyeurismo, 12, 141, 259, 355

## Z

zoofilia, 355

