

Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones

Souza y Machorro M¹

RESUMEN

Se analiza la terapéutica antiadictiva desde la óptica de la psiquiatría de las adicciones, para promover herramientas clínicas que apoyen un mejor manejo de casos. El binomio operativo exigencia-fracaso responsabiliza del pronóstico favorable a las variables del postratamiento, aunque causa síndrome de exhaustión. Esta óptica utiliza sus recursos (riesgo-utilidad; costo-efectividad) en ambientes libres de drogas, terapeutas calificados, actividades ad hoc y apego a la normatividad. Su falla operativa reconoce elementos del paciente (antecedentes, personalidad, patrón de consumo, comorbilidad, internamientos, cronicidad), de la dinámica profesional (comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales y contratransferenciales) y del terapeuta (tolerancia, respeto, profesionalismo). Enfatiza la importancia de la conciencia de enfermedad; desarrollo de procedimientos diagnósticos y de tamizaje; manejo de la comorbilidad (VIH, violencia psicofísica y sexual), condiciones especiales como la senectud y el uso de "vacunas". Concluye destacando la participación de las premisas humanistas en la consolidación de un estilo de vida saludable.

Palabras clave: psiquiatría de las adicciones, adicciones, terapéutica de las adicciones.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(6):

A reflexive sight on drug abuse therapy

ABSTRACT

Anti-addictive therapeutics is analyzed from the point of view of addictions psychiatry, in order to promote clinical tools which support a better handling of cases. The operative binomial demand-failure makes post-treatment variables responsible of the favorable prognosis, even though it causes Burned Out Syndrome. This point of view uses its resources (risk-usefulness, cost-effectiveness) in free-of-drugs environments, qualified therapists, ad hoc activities and the fulfillment of normativity. Its operational failure recognizes characteristics in the patient (background, personality, consumption pattern, co-morbidity, internments, cronicity), of the professional dynamics (comprehension, cooperation, communication, transference and counter-transference), and the therapist (tolerance, respect, professionalism). It emphasizes the importance of consciousness about illness, development of diagnostic and sifting procedures, the handling of co-morbidity (HIV, psychophysical and sexual violence), special conditions such as senescence and the use of "vaccinations". It concludes pointing out the participation of humanistic premises in the consolidation of a healthy way of living.

Key words: Addictions psychiatry, addictions, drug abuse therapy.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(6):

Analizada la terapéutica de los síndromes adictivos –agudos y crónicos de intoxicación o abstinencia– y de la dependencia como tal, a través de una mirada reflexiva, es sencillo comprender por qué los clínicos e investigadores no dudan en considerarla asunto desgastante y difícil de lidiar para el personal de salud.¹⁻³ Independientemente de las

múltiples afecciones que ocasiona a las demás personas vinculadas con cada caso de abuso/adicción^{4,5} (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 las habilidades que exige su ejercicio a quienes lo realizan y la frustración a corto o mediano plazo que, debido a sus especiales características, éste suele producir.⁶ Dicha frustración –que a menudo acepta distintas graduaciones– puede incrementarse, incluso, 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

1. *Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Adscrito a la Dirección General Adjunta de Normatividad. Centros de Integración Juvenil, A. C.*

Correspondencia:

Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista Mario Souza y Machorro. Adscrito a la Dirección General Adjunta de Normatividad. Centros de Integración Juvenil, A. C. Tlaxcala 208. Col. Hipódromo-Condessa. Delegación Cuauhtémoc C.P. 065100 Tel. 59-99- 49-49 Ext. 5044. Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx

prueba el profesionalismo y desgaja la paciencia del personal, a la vez que pone en riesgo la integridad de su salud.⁷

Por lo que se refiere a la otra parte de la condición morbosa de las adicciones, precisa 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.⁶ Esto es, requiere de lapsos continuos, no menores a cinco años,^{8,9} según sea el esquema o modelo terapéutico empleado, y las metas propuestas a alcanzar en la rehabilitación dirigida a cada caso.^{10,11}

De entre las cosas que llaman la atención en la literatura terapéutica contemporánea en este asunto, es que una buena parte de los estudios actuales realizados a conocer sus características, refiere que las variables calificadas como más importantes, a efecto de consolidar un pronóstico favorable a largo plazo, que 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 los cuidados que reciban como parte del manejo mixto (farmacológico y psicoterapéutico) empleado, siempre bajo indicación personalizada.^{12,13} 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 bien, cuando se emplean otras maniobras complementarias destinadas a corregir y mantener la mejoría del cuadro clínico.¹⁴ Todo lo cual es independiente del apoyo suministrado por los grupos de Ayuda Mutua, destinado a mantener la abstinencia y a prevenir las recaídas.^{7,15}

Precisa decir, en relación con la eficacia de estos grupos –aún no pertinentemente documentada ni avalada por datos de investigación clínica aplicada–, más parece depender de la meta propuesta que de los procedimientos realizados en cada grupo: profesionales de la medicina general y otras especialidades, y los paraprofesionales¹⁶ (Tabla 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, las cuales en ocasiones resultan similares entre los grupos que atienden pacientes, pese a no seguir una misma metodología. De modo que ese tipo de aproximación antiadictiva –que podría tipificarse

como informal– no parece apegarse 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 alcanzan a lograr hoy 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 qué tanto (Tabla 2). En otras palabras, la anarquía en el tratamiento de las adicciones en nuestro país seguirá siendo un hecho consumado y reprochable, mientras cada encargado de manejar un caso (¿terapeuta?) realice su plan “terapéutico” sin preparación adecuada, descatando la normatividad al efecto, y sobre todo, sin una adecuada supervisión médica y psicológica.^{6,16}

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,^{7,17} ello no siempre es fácil de lograr. Tal meta requiere de 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 tiene una firme base demostrada de eficacia y eficiencia que los haga superiores a otros, entre sí, o más recomendables por sus indicaciones más o menos específicas, menos confiables resultarán lógicamente todas aquellas formas de acción terapéutica cuyas actividades no se presten a evaluación.^{6,16,18} Es precisamente debido a ello que la observación puntual de la historia clínica-terapéutica de cada paciente se convierte en una herramienta indispensable para el manejo. Y será mucho más confiable aún, toda vez que apoyada en la experiencia documental señale el uso de distintos recursos y maniobras simultáneas, en la búsqueda del mejor manejo costo-redituable. De ahí la importancia de realizar a

Tabla 1
Actividades de atención terapéutica de las adicciones por tipo y nivel

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 (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, realizada 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.
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, 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, centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.
7. La 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.

Souza y MM. Enseñanza e investigación en adicciones en la Ciudad de México. Época 2. Psiquiatría 1998; 14(3): 100-6.

Tabla 2
Algunas características del manejo paraprofesional en adicciones

Tratamiento (modelo moral) como castigo
 Recomendaciones generales como guía
 “Generalización” y sobresimplificación del fenómeno
 Indoctrinación (12 pasos y otros documentos)
 “Terapéutica” no individualizada
 Terminología propia (no comparativa)
 Creación y/o mantenimiento de mitos
 Semántica paracientífica (“tocar fondo”, etc.)
 Uso de misticismo y lenguaje popular (no técnico)
 Tipificación sin nosología (etiquetación)
 Filosofía divergente a las neurociencias
 Intervenciones subjetivas sin técnica ni métodos psicoterapéuticos
 No realiza acciones de prevención
 No realiza acciones de evaluación
 No realiza investigación
 Utiliza un modelo educativo informal (sentido común)

Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. Época 2. Psiquiatría 2000; 16(3): 110-16.

los pacientes historias clínicas detalladas y completas; contrastar con otros centros de tratamiento la bioestadística obtenida, realizar la investigación clínica apropiada y las evaluaciones correspondientes para una más eficaz retroalimentación. Este mejor manejo que deriva de la opción profesional especializada (psiquiatría de las adicciones) brevemente descrito, se conceptúa esencialmente en términos de:

- Ambientes libres de drogas.
- Terapeutas calificados.
- Actividades diseñadas *ad hoc*.
- Acatamiento de la normatividad de la salud.

Lo cual puede resultar más deseable y menos iatrógeno, aunque no por ello necesariamente se disminuyan el número de recaídas, su frecuencia y alteraciones clínicas concomitantes.^{2,3,5,6} En consecuencia, la diferencia entre los grupos señalados respecto de su eficacia, 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 resulta sencilla de explicar, pues incluye varios elementos simultáneos que atañen al paciente, al terapeuta y a la dinámica producida entre ambos:

1. Respetto del paciente y sus peculiares características, los 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), la aceptación, comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales y contratransferenciales, etc. La cual siempre está presente, aunque varíe notoriamente entre un caso y otro, según sea 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 tipo de intervenciones, éstas se conceptúan –para efecto de su evaluación– en términos de preparación, dedicación, tolerancia, respeto, profesionalismo. A lo cual se agregan las características del personal de salud, como su nivel de actuación, discrecionalidad, seriedad y responsabilidad, entre otras.^{7, 19}

Se colige entonces, que de las condiciones planteadas dependerá 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.²⁰⁻²² 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–²³ que muchos de ellos muestran especiales características, entre otras, el no desear reconocer su estado de afectación y por 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 *in tringulis*, 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 a seguir, uso o no uso de medicamentos, recursos disponibles, tipo de mobiliarios y escenarios disponibles, participación en divertimentos, etcétera.²⁴⁻²⁷
2. Los relativos al programa terapéutico, como qué ofrece, cómo lo hace, cuándo y a quiénes lo asigna, bajo qué circunstancias y qué solicita de los pacientes, familiares, entre otras.
3. Las que recaen por lo general en la persona de cada miembro del equipo de salud que hace contacto con el afectado, tales 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.²⁶ Considérese al 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, el que se haya cuidado con esmero que resulten metodológicamente mejor concebidas y planteadas.²⁵⁻²⁸

Por su parte, los centros de tratamiento en el país –y para este efecto los de tipo profesional y los informales o de tipo paraprofesional, son conceptualmente idénticos en sentido médico legal– deben de cubrir ciertos aspectos normativos de la salud, para su mejor y más adecuado desempeño.²⁵⁻³⁰ Además del manejo del paciente abusador/adicto con farmacoterapia sustitutiva –como en el caso de la prescripción de metadona en heroínómanos– y su supervisión periódica durante todo el tiempo que dura el manejo,³¹ se recomienda la participación conjunta de otros procedimientos y actividades complementarias, que devienen 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,^{32,33} y en su caso, el importantísimo manejo familiar.^{34,35} Recordar 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.³⁶

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 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 EU 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 de más cercanos y mejores cuidados profesionales.^{37,38} A un lado del indispensable conocimiento de su ubicación domiciliaria 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 son sólo una alternativa frente a otros manejos, sino que todas ellas conforman el manejo adecuado. Dicho manejo alude a la integralidad de la problemática adictiva,³⁹ tal como ocurre con el manejo social y laboral⁴⁰⁻⁴³ de los pacientes.⁴⁴ Por tanto, se consideran más eficaces y recomendables 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., que aquellos que no lo ofrecen⁴⁵ o lo hacen en forma parcial.^{46,47}

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– los psicotrópicos como el alcohol y otros psicofármacos –medicamentos ansiolíticos de prescripción médica como benzodiazepinas, ácido gama-hidroxi-butírico (GABA), etc.– han generado una importante ola de uso autoprescrito, que a menudo redundo en mal uso y sobredosificación, con graves o hasta letales consecuencias. Tal condición, ampliamente diseminada en el mundo, ha sido llamada “epidemia invisible”.^{48,49} Su diagnóstico y cuantificación permanecen en franco subregistro y, por tanto, no se refleja adecuadamente en los reportes oficiales. Además, bloquea las acciones correctivas correspondientes, mismas que a la fecha siguen siendo inciertas.

Otro aspecto a 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 a lograr, las acciones terapéuticas emprendidas deben esperarse eficaces y con la mayor brevedad. Asimismo, se recomienda que tales intervenciones identifiquen de modo prioritario los riesgos más importantes a enfrentar.⁶ 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,^{50,51} incluido el tabaco.⁵² En México durante muchos años fue considerado como un hábito de leves consecuencias y poca dificultad terapéutica. Por tanto, tardó en considerarse la adicción tabáquica un riesgo a la salud, de enormes proporciones, como se reconoce en la actualidad.^{5,16,53} Hoy se sabe por muchos estudios nacionales e internacionales, como la investigación realizada en EU –cuyos diagnósticos de dependencia, excluyendo al tabaquismo, se basaron en el DSM-IV-TR–, que las personas usuarias de los servicios de salud; presentan las siguientes características:

1. Son, más frecuentemente, mujeres,
2. Proviene de estratos socioeconómicos medio-altos,

3. No han desarrollado a la fecha problemas legales, y
4. 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.^{6,8,54}

En tal sentido, cabe señalar que las cifras referidas son elocuentes y descriptivas, pero no son idénticas a las que ocurren en el país. La condición de negación al reconocimiento patológico de la propia persona es importante de destacar, 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,⁵⁵ 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 homosexuales, bisexuales ni enfermos. Por lo que es oportuno

destacar la documentación incontrovertible de muchos de ellos, que muestran además de otros trastornos, consumo múltiple de psicotrópicos, por lo que corren mayores riesgos de salud.^{56,57}

En todo caso, lo importante a 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,^{6,54} 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”) (Tablas 3, 4 y 5); 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.⁵⁸

Tabla 3
Patrones y ejemplos de “adicción” al sexo*

1. **Fantasías sexuales.** Patrón de negación reiterada de las conductas derivadas de sus fantasías; masturbación compulsiva.
2. **Sedución.** Patrón de relaciones sexuales extramaritales (indistintamente heterosexual u homosexual), coquetería o “flirteo” constante; conducta sexual seductora.
3. **Sexo en anonimato.** Patrón de relaciones sexuales con personas desconocidas; experiencias sexuales “sin compromiso” sólo para la satisfacción sexual inmediata.
4. **Sexo vía pago.** Patrón de conductas sexuales pagadas a prostitutas(os) u otras actividades de sexo explícito como llamadas telefónicas, etcétera.
5. **Intercambios sexuales mercantiles.** Patrón de cobro por actividades sexuales y/o pago con drogas.
6. **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 *ad hoc*, telescopios indiscretos, etc.; coleccionismo de revistas y materiales pornográficos en la casa y/o el trabajo.
7. **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/o 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.
8. **Abuso sexual.** Patrón de toqueteo corporal de personas que no consienten o 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/o violación.
9. **Sadomasoquismo.** Patrón de conductas sexuales caracterizadas por la producción y/o recepción de actividades sexuales dolorosas, supuestamente dirigidas a elevar (distorsión) la excitación sexual y el placer.
10. **Uso de parafernalia sexual.** Patrón de uso de objetos sexuales con el propósito de masturbarse con ellos, uso de ropas del otro sexo (travestismo) con miras a incrementar el/la excitación y/o 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.
11. **Pedofilia.** Patrón de relaciones sexuales caracterizadas por el abuso con o sin forzamiento (violencia) de menores a tener actividad sexual, y/o consumo de pornografía infantil (estupro).

* Modificado de Carnes PJ. Don't call it love: recovery from sexual addiction. New York: Bantam Books; 1991, pp. 42-44.

Tabla 4
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 sea 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 u 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 o ha sido 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 sea más fuerte que usted?

Nota. De obtenerse positivas tres 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 causada de su conducta, pero sin representar "adicción", independientemente de que se habrá de considerar que la validez del cuestionario no ha sido establecida para su uso en mujeres ni adolescentes.

* Modificado de Carnes P. *Contrary to love: helping the sexual addict*. Minneapolis: CompCare Publishers 1989; pp. 218-9.

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.⁵⁹ 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.⁵⁹ 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 proble-

mas 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 juegan un papel crucial en el sistema terapéutico contra las 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.⁶⁰

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 y/o sexual, que se asocian con mayores trastornos a vencer al momento de iniciar su manejo, cuando lo hacen⁶¹ (Tabla 6). 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.⁶² Véase por ejemplo que en una muy amplia muestra de varones y mujeres veteranos, diagnosticados como portadores de trastornos por uso de sustancias –a través del Índice de

Tabla 5
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 la valoración proporcionada por una entrevista especializada. La corroboración del diagnóstico requiere de 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, tales 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. Interview by Dr. Beate Schumacher. *MMW Fortschr Med* 2000; 142(12): 14.

Tabla 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: 163-81; Sheley J, McGee Z, Wright J. Gun-related violence in and around inner-city schools. *Am J Dis Child* 1992; 146: 677-82. Nawojczyk S @ www.gangwar.com/dynamics.html: Street gang dynamics. North Little Rock, AK, The Nawojczyk Group, February 28, 1998; O'Shaughnessy RJ. Clinical aspects of forensic assessment of juvenile offenders. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 721-35; 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: 1483-9; Ryan G. Sexually abusive youth-defining the population. In Ryan G, Lane S (eds): *Juvenile Sexual Offending-Causes, Consequences and Correction*. San Francisco, Jossey-Bass; 1997, p. 6-175.

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 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, muestran al parecer una evolución similar entre un género y otro. De ahí que se recomiende preferentemente el uso de técnicas de entrevista y manejo, a la par de facilitar el menor tiempo posible entre una sesión y otra, lo que resulta de mayor benefi-

Tabla 7
Principales trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones*

- Trastornos afectivos.
- Trastornos por ansiedad.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos alimentarios.
- Suicidio.
- Esquizofrenia.
- VIH/SIDA

*Modificado de 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; Essau CA, Conradt J, Peterman F. Frequency and co-morbidity of social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999; 37: 831-43; Wilens T, Biederman 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: 809-17; Bulik CM, Sullivan P, McKee M. Characteristics of bulimic women with and without alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20: 273-83; 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: 227-33. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VII*. William and Wilkins; 1999.

cio 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 y/o psicofísico, son quienes muestran 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 lo cual convierte a estos pacientes en un grupo peculiar y más difícil de manejar, empeorando con ello las posibilidades terapéuticas concretas y en consecuencia su respectivo pronóstico de su salud, a largo plazo.^{61,62}

Dentro de la comorbilidad psiquiátrica y su manejo posterior tardío, otros aspectos se han estudiado también⁶³ (Tabla 7). En el estudio realizado en pacientes masculinos residentes de un programa de tratamiento intensivo para abuso/adicción de psicótropicos, se refiere que aquellos con diagnóstico doble o múltiple, tienen menos posibilidad 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 posterior tardío.⁶³ En consecuencia, se subraya la importancia de recibir pronta ayuda en grupos de Ayuda Mutua, apoyo que se considera en el ámbito profesional un factor complementario de vigorización para la terapéutica de los trastornos comórbidos de la problemática adictiva,⁶³ en particular durante esta etapa.

Es importante destacar que la mayor parte de los pacientes adictos con problemática aguda, como los síndromes de abstinencia e 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 convence para ingresar a tratamiento especializado.⁶⁴ 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.⁶⁵⁻⁶⁷ 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/o 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.⁶⁷ De ahí que se conceda una elevada importancia a reforzar las acciones educativo-preventivas al personal de salud que labora en esa porción de la terapéutica, para hacer más eficaz su participación.⁶⁸⁻⁷¹

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;⁷² los trastornos psicóticos;⁷³ los estados agudos de abstinencia por el abuso de polifarmacia,⁷⁴ y los que involucran, más de una persona o más de un diagnóstico a la vez.⁷⁵

El estudio de las adicciones que representan una evidente problemática de salud pública⁷⁶ ampliamente documentada en la actualidad,^{6,49,63} asume que debe considerarse una gran responsabilidad sociomédica de todos los que participan^{77,78} en distintos niveles y/o perfiles de actuación.⁷⁹ Incluso, conviene señalar de paso que la preocupación en el

medio es tal, que la modernidad técnico-científica obtenida en nuestros días se aprovecha precisamente en 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 revolvente– no disponen por sí mismos de los recursos biopsíquicos, actitudinales y conductuales para impedir tal afectación.⁵³

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 de germen infectante, de generar el cuadro mórbido por su eliminación, vía destrucción. Como quiera que sea, por ahora la mayor parte de los trabajos de investigación al respecto se ha dirigido principalmente a la cocaína y a la nicotina, cuyas sendas 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 de encarar situaciones pendientes. Por ejemplo, un asunto que subyace a 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, los 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.
5. De ahí que se recomiende que quienes participen en este manejo investigativo-terapéutico sean individuos altamente motivados, lo cual es más bien raro entre ellas, para participar en los programas de atención comprensiva que facilite el manejo.⁸⁰

Se desprende de lo mencionado anteriormente, una consideración extra en torno del tratamiento médico y psicológico de los problemas adictivos derivados del uso, abuso, adicción de psicotrópicos: esta patología no es diferente de aquellos otros trastornos crónicos.⁸⁰⁻⁸² Los cuidados a los distintos niveles de necesidad personal-familiar-social, según las modalidades de actuación, deben ser permanentes.⁶ Asimismo, la supervisión terapéutica postratamiento, como fue señalado anteriormente, se considera la pieza clave de la rehabilitación,^{12,13,82} y a la vez, un reto a los servicios asistenciales que ofrezca cualquier comunidad.⁸³

Desdichadamente las distintas opciones terapéuticas brindadas por las distintas comunidades no disponen de iguales recursos, por lo cual los resultados siempre serán distintos, amén de otras características de actuación prolijadas por los distintos modelos terapéuticos empleados,⁸³⁻⁸⁵ 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.⁸⁶ 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.⁸⁷

Cuando se tratan los síndromes adictivos en el contexto tradicional de los tratamientos médico-psicológicos, se provoca en algunos criterios clínicos –según es 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.^{88,89}

De hecho se ha criticado muchas veces ya 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,⁹⁰ 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 pueden parecerse los procedimientos antiadictivos, la desintoxicación y la abstinencia son distintas, tanto en el caso de la nicotina (*Nicotiana tabacum*) como en el de otras drogas.⁹¹

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 nuestra 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, los grupos sociales en su devenir, 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 como una consecuencia psicosocial de la iniquidad comunitaria; de la pobreza o del no contar con acceso a detentar cierto grado o calidad de poder y/o 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 insanía, 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, deviene 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 arribarse 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 para 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 pacientes y sus familiares, de modo objetivo e integral, para colaborar con la sociedad sólo bajo premisas humanistas.⁵

En síntesis, esta visión panorámica sobre la terapéutica antiadictiva pretende destacar la importancia de la evaluación clínica, sin la cual no es posible ofrecer trato profesional.⁶ Y como hoy 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, la práctica sistemática de la evaluación clínica resulta insustituible.^{7,53}

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 bajo 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); reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, y especialmente su alta deserción, lo cual se complica aún más por la insuficiente e inadecuada preparación profesional y la

pobre cobertura asistencial oficial ofrecida entre otros principales problemas a considerar.^{6,7,53}

De 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 (Tabla 8). 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.^{7,53}

Las soluciones prácticas al problema se apoyan en el incremento cualitativo a los cuidados que reciban los abusadores/adictos. En ello la educación, la calidad de la asistencia y seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica devienen asimismo, fundamentales. 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”.⁵³

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

Tabla 8
Perfil farmacológico de la medicación *anticraving*

Sustancia	Clasificación farmacológica	Dosis terapéutica	Indicaciones
Alprazolam	Ansiolítico (bdz)	0.50-4.0 mg/día	Ansiedad, <i>anticraving</i>
Bromazepam	Ansiolítico (bdz)	3-12 mg/día	Ansiedad, insomnio, <i>anticraving</i>
Carmabacepina	Antiepiléptico, neuropsicotropo	400-1,200 mg/día	Epilepsias, abstinencia, <i>anticraving</i>
Clobazam	Ansiolítico, anticonvulsivo (bdz)	10-30 mg/día	Ansiedad, epilepsia, insomnio
Clonazepam	Anticonvulsivo sedante (bdz),	4-8 mg/día	Epilepsia, ansiedad, <i>anticraving</i>
Cloracepato dipotásico	Ansiolítico (bdz)	.75-15 mg/día	Ansiedad, epilepsias
Disulfiram	Aversivo Reactor al acetaldehído	100-300 mg/día	Control de la abstinencia etílica
Lorazepam	Ansiolítico (bdz)	1-3 mg/día	Ansiedad, preanestesia
Valproato de magnesio	Anticomicial, anticonvulsivo	15-60 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>
Acido valproico	Anticomicial Anticonvulsivo	15mg/kg/día sin exceder 60 mg/kg/día	Antiepiléptico amplio espectro, <i>anticraving</i>

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 respeto a cada paciente. De ahí que, descrito en forma breve, un modelo terapéutico integral debe cumplir con las siguientes supuestas:

1. Se basa en el conocimiento disponible más avanzado.
2. Ubica funcionalmente cada uno de los esfuerzos asignados en el lugar de su óptima aplicación.
3. Realiza su función conjunta y armónicamente en los planos intra, inter y transprofesional.
4. 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.
5. 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*.

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 y/o 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.^{6,7,53}

REFERENCIAS

1. Souza y MM. *El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo*. Rev Fac Med UNAM 1990; 33 (1): 13-27.
2. Souza y MM, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ. *Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo*. Salud Pública de México. 1985; 17(4): 291-307.
3. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz BS, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones*. HCPCA. 2ª. Época. Psiquiatría 1998; 14(1): 9-25.
4. Souza y MM, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL, Aparicio MCJ, Basilio SGL, Tagle OI, Martínez MJ, Palacios RM, Domínguez VM. *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. Gobierno del Distrito Federal. México, 2000.
5. Souza y MM. *Alcoholismo: conceptos básicos*. México: Editorial El Manual Moderno; 1988.
6. Souza y MM. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
7. Souza y MM, Martínez AJ, Mercado CG. *Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo*. 2ª. Época. Psiquiatría 1999; 15(1): 12-19.
8. Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y MM. *Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana*. 2ª. Época. Psiquiatría 1999; 15(2): 23-27.
9. Souza y MM. *I Simposio CIJ-IMSS de Diagnóstico y Tratamiento de Adicciones*. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 1997.
10. Hansen CF. *Drug dependence-treatment takes time*. Sygeplejersken 1997; 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): 1632-3.
12. Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE. *Integration of treatment and post treatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year*. J Psychoactive Drugs 1997; 29(3): 239-48.
13. Heinrich CJ, Lynn LE. *Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs*. Am J Drug Alcohol Abuse 2002; 28(4): 601-22.
14. *Abstracts of the 4th European college of neuropsychopharmacology workshop: Neuropsychopharmacology of addiction*. Nice, France, March 15-17, 2003. Eur Neuropsychopharmacol 2003; 13(1): S1-35.
15. Elizondo LJA. *Evolución histórica del concepto de alcoholismo*. En: VELASCO FR. *Alcoholismo. Visión integral*. México: Editorial Trillas. 2ª. Reimp.; 1997.
16. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. *Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones*. Época 2. Psiquiatría 2000; 16(3): 110-6.
17. Morgenstern J, Bux D, Labouvie E, Blanchard KA, Morgan TI. *Examining mechanisms of action in 12-step treatment:*

- the role of 12-step cognitions. *J Stud Alcohol* 2002; 63(6): 665-72.
18. Souza y MM. "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 16-20 Nov., 2001.
 19. Souza y MM. 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, N.L. SEPT. 12-16, 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): 333-9.
 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): 2267-82.
 22. Cuijpers P, Schippers GM. Introduction. Integrating substance abuse treatment and prevention in the community. *Addict Behav* 2002; 27(6): 847-9.
 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): 363-9.
 24. Souza y MM. Programa General de Operación de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de Adicciones. San Dionisio Ocotlán, Oaxaca. México, 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(1 Pt 1): 233-59.
 27. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Viernes 18 de Agosto de 2000.
 28. Souza y MM. "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 16-20 Nov., 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. Miércoles 15 de noviembre de 1995.
 30. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. Adicciones, normatividad y terapéutica. En revisión editorial. *Psiquiatría y Salud Integral*; 2003.
 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): 119-26.
 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): 1361-3.
 35. Walsh BJ. Utilization sobriety: brief, individualized substance abuse treatment employing ideomotor questioning. *Am J Clin Hypn* 2003; 45(3): 217-24.
 36. Kantak KM. Vaccines against drugs of abuse: a viable treatment option? *Drugs* 2003; 63(4): 341-52.
 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): 10-7.
 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): 911-23.
 39. Ernst E. Complementary therapies for addictions: not an alternative. *Addiction* 2002; 97(12): 1491-2.
 40. Lo Sasso AT, Lyons JS. The effects of co-payments on substance abuse treatment expenditures and treatment reoccurrence. *Psychiatr Serv* 2002; 53(12): 1605-11.
 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): 585-99.
 42. Nizzoli U, Foschini V. ERIT-Italia, the Italian Federation for Professionals Working in the Field of Drug Abuse. *Addiction* 2002; 97(11): 1365-7.
 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 Winter; 11(1): 57-65.
 45. Torrey WC, Drake RE, Cohen M, Fox LB, Lynde D, Gorman P, Wyzik P. The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Ment Health J* 2002; 38(6): 507-21.
 46. Kosten TH. Drug alcohol withdrawal management. *N Eng J Med* 2003; 348: 1786c-95.
 47. WHO, World Health Organization. Program on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse. WHO Geneva; 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): 72-4.
 50. Green-Hennessy S. Factors associated with receipt of behavioral health services among persons with substance dependence. *Psychiatr Serv* 2002; 53(12): 1592-8.
 51. Lo CC, Stephens RC. Arrestees' perceived needs for substance-specific treatment: exploring urban-rural differences. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28(4): 623-42.
 52. Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V, Yu E, Chychula N, Sacks D. Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28(4): 671-9.
 53. Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. Craving, adicción etílica y terapéutica. *Archivos de Neurociencias México* 2000; 5(4): 201-4.

54. Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V, Yu E, Chychula N, Sacks D. Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002; 28(4): 671-9.
55. Lyman MJ, Gidycz CA, Lynn SJ. Unacknowledged versus acknowledged rape victims: situational factors and posttraumatic stress. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(1): 124-31.
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): 494-9.
57. Organización Mundial de la Salud. OMS. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo V. Trastornos Mentales, Conductuales y del Desarrollo. OMS, Ginebra; 1993.
58. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. 2ª. Época. *Psiquiatría* 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): 1329-44.
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): 673-82.
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): 683-7.
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): 709-15.
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): 2455-7.
65. Alderman C. Open house detox. *Nurs Stand* 2002; 17(4): 16-7.
66. Rosenker DC. Adolescent substance abuse: tools counselors can use. *Behav Health Tomorrow* 2002; 11(5): SR27.
67. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4(5): 371-6.
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. *Lakartidningen* 2002; 99(43): 4250-1.
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. U.S. 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): 1253-5.
73. Mendyk SL, Fields DW. Acute psychotic reactions: consider "dip dope" intoxication. *J Emerg Nurs* 2002; 28(5): 432-5.
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): 1311-3.
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): 513-8.
77. Watson AC, Corrigan PW. Responsibility and addiction. *Psychiatr Serv* 2002; 53(10): 1327-8.
78. Peyser 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): 1044-5.
80. Kantak KM. Vaccines against drugs of abuse: a viable treatment option? *Drugs* 2003; 63(4): 341-52.
81. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. NewYork, 2003.
82. Ernst E. Complementary therapies for addictions: not an alternative. *Addiction* 2002; 97(12): 1491-2.
83. Broome KM, Simpson DD, Joe GW. The role of social support following short-term inpatient treatment. *Am J Addict* 2002 Winter; 11(1): 57-65.
84. Torrey WC, Drake RE, Cohen M, Fox LB, Lynde D, Gorman P, Wyzik P. The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Ment Health J* 2002; 38(6): 507-21.
85. Souza y MM, 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): 1592-8.
88. Merrill JC, Menza M. Treatment of drug dependence in the context of traditional disease treatment models. *Psychiatr Serv* 2002; 53(12): 1632-3.
89. Lo Sasso AT, Lyons JS. The effects of copayments on substance abuse treatment expenditures and treatment reoccurrence. *Psychiatr Serv* 2002; 53(12): 1605-11.
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): 2267-82.
91. Gariti P, Alterman A, Mulvaney F, Mechanic K, Dhopes V, Yu E, Chychula N, Sacks D. Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002; 28(4): 671-9.

