

Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones

Souza y Machorro Mario*

RESUMEN

Se revisan las recomendaciones de carácter profesional publicadas en la literatura especializada relativas al abordaje terapéutico de las adicciones, emitidas por expertos internacionales (ONUDD, CICAD/OEA, Health Canada, NIH, NIDA, SAHMSA, CSAT, ASAM y SSA: Programa Nacional de Salud 2007-2012). Su propósito, apegado a la normatividad nacional vigente, fundamenta los lineamientos para el tratamiento profesional en la Red Nacional de Tratamiento de las Adicciones. Se recogen las consideraciones clínico-académicas que redundan en la mejor práctica posible, en apoyo a los Programas de Acción Específica 2007-2012 destinados a la Prevención y Tratamiento de las adicciones, del Consejo Nacional Contra las Adicciones, SSA, en favor de la terapéutica para abusadores/adictos a psicotrópicos y sus familiares. Se presenta un panorama epidemiológico del problema adictivo actual y una descripción de las condiciones clínicas de los casos agudos (síndromes de intoxicación y abstinencia), destinadas a alcanzar a las organizaciones e instituciones de tratamiento de adicciones del país, para consolidar su eventual e indispensable certificación en el tema. De lograrse tal objetivo, se espera que mejoren sus procedimientos de abordaje, correctivos y rehabilitatorios, enriqueciendo la red de trabajo integral al servicio de todos los involucrados y en bienestar de la sociedad.

Palabras clave: Tratamiento profesional, adicciones, grupo de expertos, recomendaciones clínicas, mejores prácticas, certificación.

Fundamentals of professional treatment of the addictions

ABSTRACT

We review the recommendations of a professional modality published in the literature relating to the therapeutic approach of addictions, issued by international experts (UNODC, CICAD/OEA, Health Canada, NIH, NIDA, SAHMSA, CSAT, ASAM and SSA: National Health Program 2007-2012). Its purpose, attached to the national legislation, based guidelines for treating professional in the National Network for Treatment of Addictions. Its elements collected clinical and academic considerations that result in the best possible practice in order to support specific Program of Action 2007-2012 for the Prevention and Treatment of addictions, issued by the National Council against Addictions, SSA, in favor of therapy for abusers/addict's psychotropic substances and their families. It presents an overview of epidemiological addictive current problem, which includes a brief description of the clinical conditions of acute cases (syndromes of intoxication and abstinence), aiming to achieve the organizations and institutions of addiction treatment in the country, in order to consolidate his eventual certification and indispensable in the field. To achieve that goal, is expected to improve its procedures for boarding, relieve and rehabilitation, enriching the comprehensive network working for the benefit of all involved and the wellbeing of society.

Key words: Professional treatment, addictions, panel of experts, clinical recommendations, best practices; certification.

INTRODUCCIÓN

¿Qué importancia tiene conocer los fundamentos de la terapéutica profesional en adicciones; qué interés representa el conocer las características de un abordaje profesional en la materia; cuál sería su beneficio? Para abordar estas interrogantes, precisa ofrecer una respuesta concreta a las cuestiones básicas que conforman el planteamiento de una necesidad real e ineludible, respecto del estado actual de la patología adictiva en el país y de su actual forma de abordaje. Para contextualizar esta grave problemática, se parte de la observación de la carga de enfermedad de esta patología en México, la cual es muy elevada. Baste conocer las cifras de discapacidad y muerte derivadas de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, TRS:

- 1. Inducidos.** Intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, del estado de ánimo, por ansiedad, por disfunción sexual y del sueño, etc.
- 2. Por consumo.** Abuso y dependencia. Esta afectación es a la vez un objetivo decisivo para la salud pública, tanto porque permite dirigir estrategias y políticas contra el trastorno, como porque contribuyen a la necesidad de buscar un desarrollo más sano de sus habitantes.¹

La salud mental, SM, la física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, se acepta más claramente que la SM es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y

* Médico especialista en Psiquiatría (UNAM) y Psicoanálisis (UNAM-IMPAC). Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica (CIES-SEP) y Psicoterapia Médica (UNAM). Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP. Jefe de Enseñanza y de la Unidad de Adicciones de la Clínica San Rafael. Asesor Técnico en Adicciones el Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, SSA.

países.² Por ello, la OMS la define como: “El estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la SM y a los trastornos mentales, la misma importancia que a la salud física; por el contrario, ha sido objeto de abandono e indiferencia.² Véase tan sólo que la carga que propicia el abuso de sustancias produce que 76.3 millones de personas sean diagnosticadas como portadoras de trastornos derivados del consumo alcohólico; al menos 15.3 millones de personas están afectadas por TRS; de 5-10 millones de personas son venousuarios, y de éstas; 5-10% de todas las nuevas infecciones por VIH en el mundo resultan por drogas inyectadas.³ De modo que el gobierno, quienes abusan de las drogas y sus familias devienen costeadores de la mayor parte de esta carga económica. La OMS estima que por cada dólar invertido en el tratamiento de un adicto, se ahorran 7, en costos sociales y de salud. El abuso de alcohol y otras sustancias continúa siendo uno de los problemas más serios de la salud pública, tanto en países desarrollados como en desarrollo, por lo que invertir en SM, puede generar enormes beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras.³ En el mundo durante el año 2007, el consumo de tabaco fue de 1,700 millones de fumadores y causó 5 millones de muertes. El alcohol fue consumido por 2 mil millones, de personas de las cuales 76 millones padecen consumo excesivo o dependencia. La cocaína se consumió con alta prevalencia y las tendencias del consumo de drogas médicas fuera de prescripción, hicieron de fenómeno social del “narcomenudeo” un tipo de venta de drogas ascendente.^{4,5} En México, la diversificación del consumo de psicotrópicos (mariguana, alcohol y disolventes volátiles), ocupó hace unos años un lugar preferencial en las tasas de abuso de sustancias, especialmente entre los jóvenes del país.⁶ En el país existen 16 millones de fumadores, de los cuales 5 millones son mujeres y 36% de la población se haya expuesta involuntariamente al humo del tabaco, lo que produce al día 150 muertes por causas atribuibles a esa dependencia, en la que 1 de cada 10 jóvenes inició uso de tabaco antes de los 11 años. En la zona urbana existen 26.9 millones de personas entre 12-65 años que beben bebidas con alcohol, de los cuales 13 millones son mujeres y 5.4 millones de personas en zona rural, en el mismo rango de edad son bebedores actuales, con una cifra de 918 mil mujeres.⁷ Las perspectivas del consumo de drogas en México indican un alza y diseminación del consumo metanfetamínico (cristal), aumento del uso de cocaína “crack”, principalmente en las regiones central y

nororiental del país. Está ocurriendo una sustitución paulatina del uso de cocaína por el de metanfetaminas y cocaína “crack”; expansión del uso de heroína en el norte del país, en ciudades de la franja fronteriza a estados como Chihuahua; Asimismo, se observa un mantenimiento de altos niveles de uso de mariguana e inhalables (estos últimos, en especial en el centro del país), lo que hace que la tendencia de consumo femenino de drogas se equipare al masculino, motivando una estrecha interacción entre las tendencias del consumo de drogas y disponibilidad de las mismas.^{8,9} En el caso de las mujeres, el consumo de sustancias en México se ha incrementado de manera significativa en los últimos años,¹⁰ en particular el consumo de medicamentos vía autoprescripción y otros psicotrópicos legales como tabaco y alcohol, los cuales forman un grupo de alta vulnerabilidad.⁷ Dadas las características femeninas como grupo genético, los riesgos contra la salud derivados de TCS son múltiples y con complicaciones físicas y mentales, muchas de las cuales son irreversibles. Además, presentan una serie de problemas agregados que abarcan, entre muchos otros, la adicción, enfermedades de transmisión sexual, ETS, y embarazos no deseados.¹¹ En adición, debe enfatizarse que la mayoría de personas que desarrolla adicción a drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína y opio, alucinógenos y disolventes volátiles proscritos a menores), se inicia con drogas legales (tabaco y alcohol), siendo este último el psicotrópico más utilizado en combinación con drogas ilegales, lo cual debe inducir el manejo conjunto en las modalidades terapéuticas adecuadas para un mejor pronóstico a largo plazo.¹² Visto el fenómeno de las adicciones a través de cifras documentadas, respecto a la dimensión del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales, se responsabiliza de una gran cantidad de enfermedad, discapacidad y muerte, no obstante que los datos epidemiológicos sean limitados en los distintos países. Un reciente informe de iniciativa mundial realizado por la OMS en 17 países acerca del consumo juvenil de estas drogas, afirma que éste no se distribuye de manera uniforme ni está relacionado de modo simple con la política antidrogas, ya que los países con políticas estrictas a nivel de usuarios ilegales no muestran niveles más bajos de consumo que aquellos países con políticas más laxas. Y si bien se conoce la diferencia de consumo entre los sexos, ésta tiende a disminuir en las mujeres, apareciendo niveles más altos de uso de drogas ilícitas y ampliación del período de riesgo de inicio.¹³ En torno al VIH por ejemplo, patología frecuentemente asociada al TCS, en México sigue concentrándose en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y sus clientes, y en venousuarios. Estudios efectuados en 2005 registraron una prevalencia de 2-4% entre venousuarios de drogas en

Tijuana y Cd. Juárez.¹⁴ Al menos 85% de ellos dijeron que habían empleado jeringas o “equipos de inyección” no estériles.¹⁵ En esas mismas ciudades se detectó una prevalencia de VIH de 5% entre las profesionales del sexo, y las relaciones sexuales no protegidas (31% de ellas en Cd. Juárez estaban infectadas por sífilis) y el consumo endovenoso de drogas fueron factores fundamentales en la transmisión de VIH.¹⁶ Estos hallazgos, se comprueban por la prevalencia de VIH de 12% entre profesionales del sexo venoadictos y 5% entre sus homólogos no inyectoras. Las profesionales del sexo venousuarias también mostraron niveles más altos de otras ETS; siendo más probable que tuvieran relaciones sexuales peligrosas con sus clientes, en comparación con sus homólogos no venousuarios.¹⁷ Nótese que en conjunto, las relaciones sexuales no protegidas entre hombres representan más de la mitad (57%) de las infecciones por VIH registradas hasta ahora en México,¹⁸ aunque hay indicios de riesgo creciente de infección por VIH en mujeres.¹⁹ Los profesionales masculinos del sexo parecen correr alto riesgo de exposición al VIH. Un estudio en Cd. de México y Guadalajara constató la prevalencia de VIH de 20% en este grupo y otro estudio en Acapulco y Monterrey registró una prevalencia de 15%, en 2005.²⁰ Tal es el peso de los TCS, cuya visión sucinta ofrecida, fundamenta la importancia de su adecuado tratamiento en todas las organizaciones en el territorio nacional.

DESCRIPCIÓN

Los esfuerzos realizados en materia de manejo antiadictivo en México han enfrentado desde hace varios decenios, un carácter multidisciplinario que se actualiza y participa cada vez más en la rehabilitación de los pacientes, considerando su comorbilidad en sus distintos tipos y grados de afectación. No obstante, las necesidades nacionales del Sector reclaman una mayor participación y una más firme acción continua en todos los niveles.⁷ La intervención terapéutica antidrogas ha tenido un modesto desarrollo, en cuanto a conocimientos y estrategias, respecto a las diferencias manifiestas en el consumo problemático de psicotrópicos entre hombres y mujeres.²¹ El consumo en ellas se ha considerado un fenómeno menos prevalente y las prácticas de intervención tienden a homogeneizar su manejo como si partieran de iguales necesidades, omitiendo la documentación que indica, que tanto los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, afectan en modo distinto.²² Como tales prioridades están documentadas y los proyectos y actividades requeridos son claros y posibles, el actuar contra esta realidad deviene una responsabilidad social inmediata.²³ Hoy día, después de innumerables acciones emprendidas por las

instituciones nacionales involucradas, se corrobora que la potencialidad destructiva de las drogas aún ocupa niveles altos entre abusadores/adictos a psicotrópicos.⁷ A la par, el fenómeno adictivo permite la potencialidad institucional que reorganiza conceptualmente con sus modificaciones normativas, la profesionalización del modelo y sus procedimientos en forma integral, a partir de las recomendaciones mundiales al efecto, a fin de lograr una mejor comprensión y manejo.²⁴ El éxito rehabilitatorio logrado por la oferta de servicios asistenciales contra las adicciones hasta ahora, ofrece una limitada cobertura especializada para el beneficio de los incluidos bajo una óptica integral y se calcula por tanto, insuficiente, si se compara con la necesidad real de tratamiento de la población afectada, no obstante dicha población a menudo muestra, tanto un tardío ingreso a los programas de manejo (de 5-8 años y en otros casos hasta 20), como la existencia de un reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, por su alta tasa de deserción. Todo ello se complica con la inadecuada preparación profesional del personal de salud dedicado a ello, que actúa en el marco de una deficiente calidad e insuficiente cobertura asistencial oficial.²⁵ En ese sentido, a México le ocurre lo que a muchos otros muchos países, las adicciones a menudo se asocian con un indeseable estigma social.²⁶ Para ayudar al paciente a reconocer y comprender mejor su comportamiento en relación con los TCS, a efecto de mitigar sus consecuencias e incluso a evitarlos cuando sea posible, se requiere de sesiones de asesoría, educación individual y grupal en torno a cuestiones relacionadas con la comorbilidad, VIH, relaciones familiares, formación profesional, reinserción laboral, apoyo en materia de vivienda y otros asuntos jurídicos.^{27,28} El uso de una nosología a partir de las características socio-demográficas, psicopatología, tipología, patrón de consumo y severidad sindrómica, es un esquema profesional que lamentablemente no siempre asumen quienes brindan tratamiento, subestimando la circunstancialidad de los casos que favorece o no, su correcta ubicación terapéutica. Ésta, deriva de tres condiciones:

1. Momento de la historia natural del trastorno.
2. Diagnóstico situacional del caso (emergencia o situación de caso controlado)
3. Tipo de institución, servicio y características destinadas a su mejor manejo.²⁹

En México, los esfuerzos realizados en este ámbito evidencian la necesidad de efectuar un tratamiento multidisciplinario que logre mayores niveles de efectividad. Para ofrecer una atención situacional adecuada y, en consecuencia, un mejor pronóstico, la estrategia terapéutica debe considerar una evaluación correcta y

completa del paciente, e incluir acciones tendientes a identificar la patología psiquiátrica comórbida y demás problemas médicos relacionados con la adicción, la cual requiere de manejo multidisciplinario,³⁰ en el marco de una integración nacional de los esfuerzos con apego a la normatividad.³¹ El tratamiento y la rehabilitación de abusadores y adictos de psicotrópicos se basa en la concepción multidimensional que contempla a la par, los factores desencadenantes y consecuentes del trastorno, de manera que conforman un sistema integrado de respuestas terapéuticas correspondientes, para corregir las manifestaciones de la enfermedad y devolver al paciente a su original papel socio-afectivo.^{32,33} Los TCS, evaluados a largo plazo para conocer su eficacia correctiva, muestran que cada procedimiento empleado en la modalidad de internamiento actúa de modo diferente y arroja por tanto, resultados distintos.³⁴ Ello induce a considerar la importancia de la selección del procedimiento a utilizar en cada paciente, como uno de los factores centrales que permite esperar mejores resultados a largo plazo.³⁵ Además, la comorbilidad de los TCS, lo mismo que en otros TM, es muy frecuente,³⁶ y promueve dificultades extras, al ya de por sí difícil manejo de las adicciones. De hecho, esta patología coexiste con trastornos leves o moderados (ansiedad, depresión, de personalidad, problemas psicofísicos agregados, etc.) cuya sinergia agrava la patología y reduce la eficacia de las acciones curativas.³⁷ Hace poco más de tres decenios se observa en el mundo la coexistencia clínica de los TCS con otros TM, en proporción de 20-50% en los pacientes con TM y en las unidades especializadas en adicciones de 50-75%.³⁸ Es asunto de máxima importancia el reconocer la necesidad de garantizar, en la medida de lo posible, que la entrada a cualquier sistema de tratamiento proporcione el acceso a su vez, a los demás sistemas necesarios para la atención complementaria, individual e integral de los casos.³⁹ El marco profesional de la atención de las adicciones, fundado en las recomendaciones de los grupos de expertos mundiales, considera que el tratamiento debe administrarse por fases, en forma secuencial y en respuesta a la historia natural del padecimiento,⁴⁰ lo que incluye las características organizativo-operacionales que deben asumir por vía de la certificación, todas aquellas organizaciones e instituciones dedicadas al manejo de las adicciones.^{41,42}

DISCUSIÓN

En el concierto de las naciones, éstas incorporan programas de reducción de la demanda, como componentes clave de las estrategias de abordaje del problema de las drogas. Los esfuerzos de la CICAD/OEA pretenden:

1. Definir una política hemisférica sobre drogas.
2. Diseminar las recomendaciones del Grupo de Expertos.
3. Fortalecer las instituciones y desarrollar el marco jurídico-normativo respectivo, así como
4. Promocionar y distribuir lo más posible, las publicaciones al efecto.⁴³

Su grupo de trabajo sobre tratamiento dispone de un complejo de recomendaciones en torno a la oferta de servicios de calidad, acorde a la imprescindible satisfacción de los usuarios, con base en:

1. La evaluación sistemática.
2. La definición de estándares mínimos de trabajo y
3. La mejor práctica clínica.

Esta iniciativa, realizada desde 1997, se propone ayudar a los gobiernos a lograr un consenso nacional entre los profesionales de atención de la salud, sobre las ventajas de establecer normas de atención, y después implementar las prácticas y directrices correspondientes. Un objetivo a largo plazo, recomendado por su *Grupo de Expertos sobre la Reducción de la Demanda*, desarrolla sistemas de acreditación para los proveedores de servicios de tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud, OPS ha proporcionado conocimientos especializados y apoyo para este proyecto con la idea de reforzar las ofertas de tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas a través de la reorganización de estos servicios dentro de los sectores que requieran dicha atención. De manera paralela, los Institutos Nacionales de Salud de E.U.A. plantean una guía basada en investigaciones,⁴³ sobre los principios terapéuticos en adicciones, la cual reúne principios científicos documentados que incluyen las directrices fundamentadas más importantes recogidas hasta ese momento. De entre ellas destacan: el que no existe un tratamiento apropiado para todos los individuos, pero éste, debe ser accesible y disponible en todo momento; para ser eficaz, el manejo ha de enfocarse y atender todas las necesidades del paciente, no sólo el consumo de drogas del individuo, sino sus problemas médicos, psicológicos, sociales, vocacionales y legales asociados. Dicho manejo individual y el plan de servicios debe evaluarse de modo continuo y modificar cuanto sea necesario para cerciorarse de resolver las necesidades cambiantes de cada persona, ya que se pueden requerir combinaciones variables de servicios terapéuticos y de sus componentes durante el curso del manejo y recuperación.^{44,45} El enfoque debe ser apropiado (a la edad, género, pertenencia étnica y a la cultura del individuo) y la supervisión y/o psicoterapia puede requerir de medicación y demás servicios médicos (terapia familiar e instrucción y orienta-

ción a sus familiares, rehabilitación vocacional y servicios sociales y jurídicos). Para un manejo efectivo es esencial su continuación durante un tiempo prolongado; si bien la duración apropiada para un paciente depende de sus problemas y necesidades particulares, se ha documentado que la mayoría de ellos inicia a mostrar mejoría significativa tras de tres meses de tratamiento. Tras lo cual, su continuación produce progreso adicional en la rehabilitación.⁴⁶ Dado que los pacientes a menudo abandonan el manejo precozmente, los programas deben incluir estrategias específicas para contratar y mantener a los pacientes. La psicoterapia individual, grupal y otro tipo de terapia conductual son componentes decisivos del manejo eficaz, destinado al logro de la abstinencia y de apego al tratamiento.⁴⁷ La psicoterapia se enfoca a la motivación de consumo del paciente y al desarrollo de sus habilidades caracterológico-estructurales, para oponerse a los mecanismos cerebrales de la reiteración del consumo;⁴⁸ es decir, se sustituye la prioridad del consumo por actividades constructivas y de recompensa, que mejoran sus aptitudes para resolver los problemas.⁴⁹ La terapia conductual también facilita las relaciones interpersonales y la capacidad del individuo para funcionar en familia y en la comunidad.⁵⁰ Las pautas para la selección del tratamiento del deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (craving) son importantes detalles de los diversos componentes terapéuticos para lograr sus metas. Los fármacos son elementos importantes del tratamiento en muchos pacientes, en especial cuando se combinan con supervisión y psicoterapia. La medicación sustitutiva (metadona, buprenorfina) es muy eficaz en los adictos a la heroína u otros narcóticos, pues estabilizan sus vidas y reducen su uso ilícito. La naltrexona es medicación eficaz con algunos adictos a opiáceos y alcohol comórbidos. En aquellos pacientes dependientes de la nicotina, los productos de reemplazo (parches o chicles) o la medicación oral (bupropión) son componentes eficaces de manejo. Los pacientes con TM requieren de ambos, medicación y tratamiento conductual. Los abusadores y adictos con T. comórbidos deben tratarse de manera conjunta e integral, ya que los TCS y otros TM ocurren a menudo en el mismo individuo, los pacientes que presentan una u otra condición deben ser adecuadamente diagnosticados y tratados a la par, de ambos trastornos.³⁶ El manejo médico del síndrome de intoxicación o abstinencia, SIA, representa sólo la primera etapa del tratamiento, que por sí mismo no cubre a largo plazo, el manejo antiadictivo. La desintoxicación atiende los síntomas físicos agudos de los SIA –lo que es insuficiente para ayudar al paciente a mantener su abstinencia a largo plazo–, aunque en algunos pacientes es un precursor terapéutico efectivo contra la adicción. Cabe destacar que el tratamiento

puede no ser voluntario y resultar eficaz, cuando ocurre por una fuerte motivación. Las sanciones, premios familiares, laborales o judiciales, pueden incrementar significativamente los porcentajes de personas que entren y que se mantengan en los programas de tratamiento contra la adicción, así como en el éxito de los mismos.⁴⁴ El posible uso de drogas durante el manejo debe ser constantemente supervisado. Durante el periodo inicial de tratamiento –e incluso después–, son muy factibles las recaídas, se estiman parte de la evolución del trastorno. La supervisión objetiva del uso de psicotrópicos durante el manejo, incluyendo análisis de orina u otros exámenes (antidoping), ayudan al paciente a resistir sus deseos de consumo y proporciona evidencia temprana del reinicio de drogas que permite reajustar el plan terapéutico, por lo que dar a conocer los resultados de los informes a los pacientes con resultados positivos en el antidoping repercute en la psicoterapia. Los programas deben incluir exámenes VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, que junto con la psicoterapia ayuden a los pacientes a modificar las conductas que los colocan a ellos, y a otros, en riesgo de ser infectados. La psicoterapia ayuda a los pacientes a evitar conductas de alto riesgo, y a las ya infectadas, a manejar su enfermedad.⁵¹ La recuperación de la adicción es un proceso a largo plazo que a menudo requiere de episodios múltiples del tratamiento y como toda patología crónica, la reincidencia en el consumo de drogas puede ocurrir durante o después de episodios exitosos de tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamiento para consolidar la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento saludable.⁵² La participación en programas de Ayuda Mutua durante y después del manejo apoya la abstinencia sostenida. Véase la diferencia entre un tratamiento estructurado (profesional) y uno no estructurado (comunitario), basada esencialmente en la valoración clínica diagnóstica de la problemática de cada usuario; la elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo con la necesidad del paciente y su contexto, con una estructura y duración definidas y en muchos casos, apoyada en las consideraciones aportadas por SAMHSA/CSAT, destinadas a proporcionar los clínicos la información más reciente sobre desintoxicación (fisiología de la abstinencia, avances farmacológicos en el manejo de los SIA, ubicación clínica adecuada del abusador/adicto⁵³ y los procedimientos de operación de los servicios de desintoxicación). Sus tres fases:

- Evaluación.
- Estabilización.
- Fomento de la preparación del paciente para su ingreso a tratamiento, caracterizan el manejo integral de los casos.

Dado que la desintoxicación puede ocurrir en una amplia variedad de entornos y a distintos niveles de intensidad y gravedad, la ubicación clínica debe ser adecuada a las necesidades individuales. Las personas que requieran tratamiento para los TCS deben recibir manejo de igual calidad y rigor adecuado e incluirse en un esquema de manejo de la adicción, tras su desintoxicación.⁵¹ Debe considerarse el diferente bagaje cultural y origen étnico distinto de los pacientes, así como las necesidades únicas de salud y situaciones de vida, a efecto de que los programas de abordaje estén adecuadamente equipados y adaptados al tratamiento de tales condiciones. Un programa de manejo de los SIA exitoso logrará que un abusador/adicto ingrese y permanezca en alguna forma de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a largo plazo. Una recomendación decisiva es que todos los servicios clínicos (salas de emergencia, atención médica y servicios quirúrgicos en los hospitales, clínicas de atención aguda, y otros), estén capacitados y listos para atender los casos tan rápido como sea posible; que ofrezcan servicios culturalmente apropiados a cada población de pacientes y canalizarlos tras su manejo agudo a las instancias correspondientes para el manejo de su dependencia, comorbilidad psiquiátrica, rehabilitación y reinserción social. En ello es fundamental una alianza terapéutica adecuada. Y, asimismo, lo es una adecuada ubicación clínica y su pertinente atención a las necesidades personales de sus pacientes. Mientras más eficiente sea esta condición de ajuste, menos restrictiva y más costo-benefícia resultará; el éxito del tratamiento será mayor y sus efectos se prolongarán más tiempo.⁵⁰ Para el manejo de los SIA la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones, ASAM, recomienda considerar cinco niveles de atención:

1. Desintoxicación ambulatoria sin vigilancia ni monitoreo.
2. Desintoxicación ambulatoria con vigilancia de monitoreo *in situ*.
3. Manejo clínico de la desintoxicación en ambiente residencial.
4. Monitoreo médico de la desintoxicación en pacientes hospitalizados.
5. Manejo médico intensivo de la desintoxicación en pacientes hospitalizados.³⁵

La asignación de la ubicación clínica del paciente depende en parte de la sustancia de abuso; el consenso de expertos sugiere que para alcohol, sedantes-hipnóticos, opiáceos y síndromes de abstinencia, se use la hospitalización (o alguna forma de asistencia médica las 24 h/día). El manejo de los SIA se basa en principios de seguridad y las demás preocupaciones humanitarias. Pero si la hospitalización no es factible, debe buscarse un reemplazo con

servicios de alto nivel de enfermería y médicos que proporcionen manejo seguro 24 h los siete días de la semana. Se ha documentado que al año, por lo menos, 300,000 pacientes con TCS o intoxicación aguda en E.U.A. se atienden en hospitales generales y que sólo 20% de los pacientes dados de alta reciben tratamiento para TCS durante la hospitalización; 15% de los pacientes admitidos a manejo de los SIA provienen de salas de emergencia, los cuales lamentablemente, no suelen ser canalizados tras su alta a manejo especializado posterior.⁵¹ Las abstinencias leves y no complicadas en algunos pacientes jóvenes dependientes de poco tiempo a la fecha y con cuadros no complicados ni reiterados, pueden ser manejados por opciones de manejo no médico, siempre que las instancias clínicas cuenten con los permisos y condiciones para su funcionamiento, permisos e inspección.⁵⁴ Se recomienda que todos los programas de manejo de TCS se realicen en ambientes controlados, libres de drogas, con personal capacitado y familiarizado con las características de los SIA y su manejo farmacológico, dada su utilidad en el escenario de algunas complicaciones potencialmente mortales; una formación elemental en cuidados clínicos básicos y disponer del acceso a un sistema de emergencia médica para transportar a los pacientes a los servicios de urgencias hospitalarios y otros lugares para la atención clínica, de ser necesario.⁴⁵ Se debe considerar la evaluación de los medicamentos que bajan el umbral convulsivo (bupropión, los antipsicóticos convencionales) durante la abstinencia ética para reducir la dosis o plantear, como en el caso de las benzodiazepinas, un esquema de reducción programada. El manejo simultáneo de la adicción y otras entidades clínicas que continúan produciendo problemas psiquiátricos, ha documentado su rentabilidad.³ El manejo de los SIA a menudo se ve influido por la presencia de comorbilidad médica y/o psiquiátrica, por lo que es conveniente que sean sometidos a una evaluación profesional con experiencia.⁵⁵ Tal evaluación ha de determinar si el paciente se encuentra en estado de embriaguez y el grado de intoxicación; el tipo y la gravedad del síndrome de abstinencia; información previa sobre cuadros de supresión y presencia de comorbilidad psiquiátrica, médica, quirúrgica u otras condiciones que puedan requerir atención especializada. Asimismo, se debe prestar especial atención a las personas que hayan sido objeto de múltiples episodios de abstinencia y para quienes cada episodio puede ser peor que los anteriores. Los sujetos con historial de graves cuadros de abstinencia, múltiples Delirium Tremens –potencialmente mortal– o convulsiones, no son buenos candidatos a programas no médicos de desintoxicación.⁵⁴ El establecimiento en el que se llevará a cabo el manejo de los SIA debe ser adecuado en términos de eficiencia y eficacia para la atención mé-

dica y psicológica de los casos, así como para proporcionar cierto grado de supervisión que garantice la seguridad inmediata del paciente (mayor frecuencia de toma de signos vitales, medición de gases en sangre, etc.). Independientemente de su papel en el manejo de los SIA, todo el personal debe tener en cuenta que los pacientes sometidos a tratamiento requieren manejo médico general, especializado y crítico. Para muchos pacientes, esta crisis representa una oportunidad para reconocer sus TCS y persuadirse de la necesidad de buscar tratamiento apropiado y a largo plazo.^{50,56} La estrategia para el manejo agudo de los TCS, pretende resolver las circunstancias especiales de cada paciente, a través de criterios de comportamiento:

- Contacto inicial.
- Medidas de estabilización.
- Tratamiento propiamente tal.
- Cuidado del mantenimiento.⁴²

Asimismo, el tratamiento residencial ocurre en una amplia variedad de ámbitos, incluyendo de corto y largo plazos.⁵⁷ Durante la última década, los esfuerzos terapéuticos se han convertido en importante vehículo para proporcionar ayuda continua a esta población y, a la par, facilitar los esfuerzos que cada comunidad aporta. Los TCS y otros TM son típicamente problemas crónicos donde la continuidad del cuidado es crítica. El desafío en cualquier sistema de tratamiento es instituir mecanismos para asegurarse de que todos los usuarios experimenten las ventajas de la continuidad del cuidado.⁵⁸ En tal sentido, los grupos de ayuda mutua pueden promover la sensibilidad y colaboran al mantenimiento del programa de manejo, mejorando la autoestima de los pacientes, aprovechando la inversión en su tratamiento.⁵⁹ El reconocimiento pronto y la remisión adecuada de los TM y TCS son críticos para la salud a largo plazo y la mejora psicosocial. Es deseable que cada comunidad colabore en la planificación y operación de las respuestas conjuntas al problema,⁶⁰ ya que la mayoría de los pacientes con abuso/adicción en el mundo no reciben ayuda alguna, mientras que quienes lo reciben reducen su consumo y mejoran otros aspectos de su vida. De hecho, los tratamientos producen mejores resultados si atienden en forma simultánea problemas vitales sustantivos (comunicación, falta de seguridad en sí mismo, desempleo, etc.).^{10,11} Se espera que la terapéutica antiadictiva beneficie no sólo a quien lo recibe, sino también a otros afectados de su entorno, y los resultados deberán relacionarse con el estado de salud, funcionamiento social, utilización de servicios de salud y amenazas a la seguridad pública.⁵³ El apoyo comunitario es muy eficaz, así como la terapia conyugal, el entrena-

miento en habilidades sociales, lo que debe personalizarse¹⁰ ofreciendo servicios flexibles y directrices apropiadas. La psicoterapia de grupo suele ser muy eficaz, así como las el combate simultáneo de los TCS y su comorbilidad. En todo ello se enfatiza la asignación del tratamiento por terapeutas competentes (quienes cuentan con cualidades de comunicación interpersonal, empatía y capacidad de forjar una alianza terapéutica),⁶¹ que incrementen las posibilidades de obtener mejores resultados.⁶² La evaluación inicial en el plano institucional de actividad clínica, la realizan los profesionales a partir de su capacitación,⁶³ e incluye:

- Estado de salud.
- Situación laboral y apoyo institucional.
- Consumo de drogas y alcohol y problemas conexos a título de comorbilidad.
- Situación legal y actividades delictivas.
- Relaciones familiares y sociales,
- Estado mental.⁶⁴

El plan terapéutico debe:

- Describir al paciente y su situación personal, socioeconómica y jurídica.
- Mostrar comprensión y tomar en cuenta los aspectos culturales, étnicos y religiosos, así como su sexo y desarrollo de su papel sexual.
- Describir los problemas que presenta al momento de iniciarse el manejo.
- Especificar si se está autorizado a revelar información sobre el paciente (qué información se solicitará u otorgará a otros organismos, instituciones o profesionales y bajo qué circunstancias).
- Describir las intervenciones específicas planeadas.
- Determinar las metas terapéuticas y los resultados positivos que impulsen su desarrollo, y
- Describir cómo se revisará posteriormente el plan de manejo.⁴²

En la preparación de cada plan individualizado de manejo, cabe registrar una consideración respecto de las distintas etapas por la que atraviesa el paciente dentro de un mismo tratamiento, y entre diferentes modalidades terapéuticas.^{42,65} De ahí que el manejo de un caso incluya:

- Reconocimiento inicial.
- Evaluación.
- Incorporación al tratamiento.
- Planificación del programa.
- Alta.⁴⁸

En consecuencia, las etapas entre tratamientos han de relacionarse con la posibilidad de compartir dos o más servicios en los términos señalados, toda vez que el concepto *plan terapéutico*, contempla el que muchas personas seguirán necesitando atención, aún después de terminado un proceso terapéutico formal, lo cual es prácticamente una regla, en especial con pacientes poliadictos y/o crónicos.⁶⁶ De modo complementario, se acepta como elemento capital del reconocimiento clínico, la posibilidad de que los pacientes que ingresen a la red nacional de tratamiento en las distintas etapas de la historia natural de su patología, acorde a la condición clínica de cada momento, puedan pasar según se requiera, de un servicio a otro.⁶⁷ Eso puede ocurrir tanto durante un mismo periodo de manejo como en los subsecuentes. Como puede apreciarse, tal individualización propone una forma terapéutica no obstante las diferencias –siempre existentes–, entre una y otra visión filosófica rehabilitatoria. La selección del tipo de intervención para los TCS se realiza a nivel profesional por servicios especializados, a efecto de determinar lo antes posible –al primer contacto con el servicio–, el tipo de manejo más indicado para atender las necesidades y preferencias del paciente, y grado de urgencia. La respuesta terapéutica ideal, deriva del enlace de tres condiciones:

- Diagnóstico situacional del caso.
- Aspectos clínicos más relevantes al momento de hacer la referencia.
- Tipo de institución y características que dispone para su mejor manejo.

CONCLUSIÓN

Hasta ahora, un problema no superado en el país ha sido la parte más importante de las actividades clínicas iniciales: la correcta valoración de los casos y la adecuada ubicación de paciente para su manejo. Toda vez que el proceso entraña indefectiblemente, el diagnóstico de la índole y la gravedad del problema,⁶⁷ es lamentable que no siempre se establezca ni se tome en cuenta para el manejo. Es preciso considerar la experiencia de otros países en los que se dispone de distintos instrumentos de diagnóstico y/o tratamiento, los cuales se centran en las necesidades individuales del paciente.⁴³ De ahí que, de acuerdo con la opinión de los expertos, el tratamiento de las adicciones en cada una de sus modalidades, por distintas razones clínicas, médico-legales y administrativas, nunca debe iniciarse sin un diagnóstico.^{41,60} La precisión diagnóstica no debe verse como un lujo, sino como elemento indispensable para el abordaje de cualquier problema, el cual puede apoyarse en la utilidad y eficacia de los

instrumentos codificados.⁶⁸ Asimismo, cualquier proceso de intervención debe tomar en cuenta y actuar de forma planificada y sistemática, sobre cada una de las variables y dimensiones críticas implicadas,⁶⁹ diferentes en cada caso. Dada la cantidad y calidad de la información relativa al tratamiento de las adicciones, se estima que éste debe ser consecuencia de una actividad planeada, estructurada y eficaz, y no el resultado de una serendipia o improvisación, aún si ésta fuera asignada con buena voluntad.^{25,56} El fenómeno de las adicciones, grave problema de alcance nacional y mundial, es una responsabilidad compartida de todos los que participan en el bando de la salud, educativo, jurídico, asistencial, social, etc. El beneficio colectivo, más allá de gremios e intereses, simpatías o instituciones, requiere de la participación organizada de todos los que forman la sociedad, y a su vez reclama dar lo mejor de cada uno, asignado en la forma lo más profesional²⁵ y ética posible.⁷⁰

REFERENCIAS

1. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. *Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. *PLoS Med* 2008; 5(7): e141 doi:10.1371/journal.pmed.0050141.
2. Souza y Machorro M. *La salud mental y el adulto*. Editorial. *Rev Mex Neuroci* 2007; 8(3): 218-21.
3. Organización Mundial de la Salud, OMS. *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2004.
4. Costa AM. *UNODCCP. Report of the 49th session of the Commission on Narcotic Drugs*. ONU. Vienna. 13 March, 2006.
5. http://www.unodc.org/ODCCP/treatment_toolkit.html. UNODCCP, 2007.
6. Souza y Machorro M. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Ed. Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
7. SSA, CONADIC. *Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. Consejo Nacional contra las Adicciones: Tabaco, alcohol y otras drogas*. México: Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2003.
8. *Centros de Integración Juvenil, A.C. Consumo de Drogas ilícitas Alguna Vez en la Vida*. México: Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de drogas; 2005.
9. *Centros de Integración Juvenil, A.C. Uso alguna vez en la vida de drogas seleccionados en usuarios de drogas ilícitas en tratamiento en CIJ*. México: Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de drogas; 2006.
10. Medina-Mora ME, Rojas GE. *Mujer pobreza y adicciones*. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17(4): 230-44.
11. Chander E, McCaul ME. *Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions*. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 1(30): 469-81.
12. *Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes*. *J Studies on Alcohol* 1997; 58: 7-29.
13. *United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2005*. Geneva: U.N.; 2005.
14. Patterson TL. *Comparison of sexual/drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juárez, Mexico*. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(10-12): 1535-49.
15. White EF. *Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the US*. *Salud Pública México* 2007; 49(3): 165-72.

16. Strathdee SA. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence* 2007.
17. Bravo-García E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J. New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV. Resúmen CDC0411. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 2006, 13-18 de Agosto. Toronto. Canadá.
18. Magis-Rodriguez C. Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004; 37(Suppl. 4): S215-S226.
19. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SK (eds.). *Drugs in pregnancy and lactation*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998, p. 647-57.
20. Becker DR, Drake RE, Naughton W. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28: 332-8.
21. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y. Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 1715-23.
22. Arvey R. Treatment of addiction. *J Drugs* 2002; 5(7): 645-8.
23. Souza y Machorro M. Por una Psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.
24. Secretaría de Salud, SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 1a. Ed. México: 2007.
25. Souza y Machorro M. *Adicciones: Clínica y terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007.
26. Souza y Machorro M, Cruz MDL. Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 2008.
27. ONUSIDA. *América Latina. Situación de la epidemia de SIDA, 2007. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008*.
28. Fitch C, Stimson GV, Rhodes T, Poznyak V. Rapid assessment: an international review of diffusion, practice, outcomes in the substance use field. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1819-30.
29. Souza y Machorro M. Nosología y propeútica de los programas antiadictivos. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(2): 166-79.
30. Klamen DL, Miller NS. Integration in education for addiction medicine. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29(3): 263-8.
31. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(5): 411-25.
32. Rossler W. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry* 2006; 4: 151-7.
33. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Ciudad de México, viernes 18 de agosto de 2000.
34. 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: 447-58.
35. Hoffmann N, Hallkas J, Mee-Lee D. ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. *Am Soc Addiction Medicine* 1991.
36. 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, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005*.
37. Robins LN. *Deviant children grown up: a sociological and psychiatric study of sociopathic personality Baltimore (Maryland): Williams & Wilkins; 1966*.
38. Souza y MM, Cruz MDL, Díaz BSL; Guisa CVM. Acerca de los criterios rectores de la terapéutica antiadictiva. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A. C. México, 2006.
39. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría*. 2000. Época 2 Sept-Dic. 16(3): 110-16.
40. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, PNUFID. *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Dro-*
- gas. *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2003.
41. 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.
42. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD/OEA). *Guía sobre Normas Mínimas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia a las Drogas*. Washington: 1999.
43. Institutos Nacionales de Salud, NIH. *Principios de tratamiento en adicciones NIH Publicación No. 01-4180(S), impresa en Julio 2001; Martes 8 de Febrero de 2005*.
44. 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.
45. Simpson DD. A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 268-80.
46. Souza y Machorro M. Adicciones, nosología y terapéutica. *Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica* 2008; 9: 1313-37.
47. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, SSA. *Programa Sistema Nacional para el tratamiento Integral de las Adicciones*. México: 2007.
48. Souza y Machorro M. Programa Profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría* 2005; 21(1): 25-37.
49. Kosten TR, O'Connor PG. Management of Drug and Alcohol Withdrawal. *New England J of Medicine* 2003; 348(18): 1786-95.
50. Souza y Machorro M. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(1): 57-69.
51. Substance abuse and mental Health Services Administration, SAMHSA; Center for Substance Abuse Treatment, CSAT. *Treatment Improvement Protocols. TIP 45 Detoxification from Alcohol and Other Drugs. SAMHSA/CSAT. Washington: 1995*.
52. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(5): 411-25.
53. Carroll KM, Schottenfeld R. Non-pharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Medical Clinics of North Am* 1997; 81(4): 928-44.
54. Souza y Machorro M, Cruz MDL, Díaz BSL, Guisa CVM. Toxicología y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. *Rev Mex Neuroci* 2007; 8(2): 170-88.
55. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M. Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 581-98.
56. Souza y Machorro M. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
57. Gastfriend DR, McLellan AT. Treatment matching. *Theoretic Basis and Practical Implications. Medical Clinics of North Am* 1997; 81(4): 945-67.
58. 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.
59. UK Health Department. *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services*. London: 2002.
60. Currie JC. *Best practices treatment and rehabilitation of youth with problems of drug use. Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division Health Canada. Canadian strategy against drugs. Ottawa, Ontario: Publications, Health Canada; 2001*.
61. Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM. Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínico de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2006; 7(2): 127-41.
62. Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. SSA. *Programa Sistema Nacional para el tratamiento integral de las Adicciones*. México: 2007.

63. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M. La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría* 2004; 20(1): 9-20.
64. Souza y Machorro M. La enseñanza clínico-instrumental y el manejo profesional de las adicciones. Tesis de Grado de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP (R.V.O. 2014067 09-III-2001). Mayo 25, 2007.
65. Puchol ED. Trastornos adictivos (I): principios clave del tratamiento. *Revista de psicología www. hispavista. com* 2005.
66. Souza y Machorro M. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000, p. 128-32.
67. Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM. Criterios derivativos para la referencia y tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centro de Integración Juvenil, A.C.; 2006.
68. Souza y Machorro M. Instrumentos codificados de diagnóstico y tratamiento en adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centro de Integración Juvenil, A.C.; 2006.
69. Hermann RC. *Improving mental healthcare: a guide to measurement-based quality improvement*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.
70. Souza y Machorro M, Cruz MDL. Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51(3): 112-19.



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