

Por una psiquiatría de las adicciones

*...Honestamente, yo no soy alcohólico.
Yo sólo tomo 2 o 3 tragos al día.
Un par de cervezas cuando llego a casa después de trabajar,
2 o 3 tres copas más con la cena y
quizá 3 o 4 traguitos más para dormir...
No me considero alcohólico,
porque aguanto mucho y aunque a veces me intoxicó,
siempre lo hago "socialmente"...
Lo hago simplemente... pues...
para mantener bajos mis niveles de colesterol...¹*

*La prosopolepsia (de *proso*pon = máscara y *lapsus* = error o equivocación) significa confundir al otro con su apariencia o estereotipo social. Se trata de un efecto psicológico que predispone a la distancia y altera, obstruye o imposibilita la buena relación humana, toda vez que cristaliza en imaginaria, miedos y temores. La prosopolepsia origina actitudes y conductas inadecuadas e injustas: los prejuicios humanos. Véase cómo, en la confusión social existente respecto del vicio y del castigo como forma de tratamiento a los abusadores y adictos, se etiqueta erróneamente el problema de las adicciones. En términos de ese prejuicio, sirve conocer la prosopolepsia, en tanto permite la comparación y evaluación de la realidad versus la ignorancia, la fantasía y su falacia implícita, es decir, nos acerca –si así la interpretamos– a la objetividad, a la veracidad y al realismo. Las adicciones están plagadas de prejuicios e incomprensión aun entre quienes laboran en el gremio de la salud.² La incomprensión social de los adictos es producto de prejuicio, ignorancia y mala interpretación, por lo que es tarea de la educación en salud mental, el contenderlas y desmitificar todo aquello que cuanto se requiera para reorientar la buena voluntad de las personas de la comunidad.³ En el principio cuando los profesionales desdeñaron ofrecer ayuda formal a los pacientes abusadores/adictos, debido a la incomprensión que brindó el uso de ese modelo moral, entonces prevaleciente, que no reconoció el padecimiento como enfermedad, pero sí los tipificó como viciosos, los impelió a su agrupación y en favor de su defensa gremial e individual, produjeron los grupos de Ayuda Mutua, los cuales hoy, son trascendentales en todo el mundo.² Han pasado los años y mejorado los conocimientos, se han superado ciertos prejuicios y reunido mejores criterios; en ese más de medio siglo se avanza por la senda de un mejor cientificismo, con respeto y equidad en los derechos humanos. Todo lo cual ha servido para ofrecer una mejor respuesta a la demanda psicosocial de los pacientes adictos y su problemática de vida.⁴ En la actualidad las agrupaciones médicas y científicas del orbe reconocen la necesidad de atender esta prioridad de salud pública agrupados institucionalmente. Los esfuerzos encauzados han crecido y se han organizado a un punto, que se ha creado una nueva psiquiatría dedicada a las adicciones, con la esperanza de comprender mejor el problema y ofrecer mejores respuestas de atención comunitaria.³ Las recomendaciones de los expertos han producido revistas internacionales, manuales de tratamiento y diversos materiales que refuerzan la comprensión del fenómeno vía integración,⁵ como lo sugiere Prochaska³ al reunir en la terapia, las ventajas de la psicoterapia psicoanalítica y otros métodos conductuales que favorecen la modificación de los síntomas y su internalización psíquica, a efecto de favorecer la reflexión y reforzar las conductas saludables y la adquisición de mejores estilos de afrontamiento de los problemas. En consecuencia, es preciso desarrollar modelos de control del consumo para la reducción de su impacto social, y a la vez, contar con el uso de medidas educativo-preventivas como elementos indispensables de control, a través de la producción, diseminación adecuada y oportuna de información veraz, a efecto de prevenir, tratar, rehabilitar e investigar apropiadamente esta patología, lo cual requiere de la formación de nuevos profesionales que atiendan tales demandas.⁶⁻¹¹*

Cuando los problemas derivados del consumo abusivo ya han consolidado su plano destructivo, se precisa de intervenciones terapéuticas efectivas y su continuación a largo plazo.³ La personalidad premórbida de los pacientes, ansiosa, compulsiva, depresiva, dependiente, sociopática, etc., promueve actitudes, eficacia y rendimientos distintos. Su cosmovisión enfrenta diferentes sufrimientos y mecanismos de solución, los cuales pueden ser tan ineficaces como la propia alienación y la intoxicación.^{11,12} Pero cualquiera que sea la solución del problema, éste reclama una participación social más efectiva y sostenida, y mejores recursos destinados a actividades más específicas en la orientación de la salud colectiva.^{5,6,13,14} Hoy día, la salud mental y las adicciones en México cuentan con una legislación que debe ser respetada cabalmente. Su omisión e ignorancia —fuentes de la iatrogenia y la charlatanería—, dificultan el curso de los procedimientos clínico-terapéuticos contra la enfermedad adictiva y su comorbilidad, merced a los cuales, no puede lograrse la deseable modificación de la afectación individual y colectiva que tal problemática produce.^{6,14,15} Por tanto, deviene imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes y supervisen adecuadamente al personal, desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio.^{16,17} En otras palabras, nos toca en suerte presenciar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas —en ambientes controlados o libres de drogas—, dirigidas a cubrir el amplio espectro de la historia natural de la enfermedad, desde la intoxicación aguda y la abstinencia hasta el control a largo plazo del padecimiento adictivo.^{2,3,5,11} Pero hemos de hacer nuestros los propósitos de la normatividad de salud en el país, en la búsqueda del bienestar físico y mental del hombre, enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades a través de programas diseñados al efecto,⁵ sabedores de que un paciente tarda en llegar a tratamiento un promedio de cinco años;³ y cuando lo hace, la mecánica institucional para completar el procedimiento propedéutico, nosológico, terapéutico, rehabilitatorio y educativo-preventivo, se convierte en uno de los principales problemas responsables de su deserción.^{11,15,18} Nuestros objetivos deben de ofrecer una terapéutica residencial oportuna y de alta calidad, que contribuya a la reducción del uso, abuso, mal uso y adicción a psicotrópicos y otros problemas físicos y psicosociales concomitantes y derivados de ello, en el ámbito individual, familiar y social.^{2,3} Por lo cual, elegimos aquellos modelos que responden a la necesidad nacional, regional y estatal de dar atención a los problemas adictivos. Dichos modelos contemplan la opinión de los expertos y conceptúan la adicción como un trastorno mental que afecta a individuos y comunidades, con base en los criterios de la OMS.¹⁹ El abordaje profesional individualizado reúne los diferentes enfoques contenidos en la esfera sociocultural, biopsíquica y rehabilitatoria de los pacientes y sus familias; procurando, asimismo, la evitación de recaídas y promoviendo el acceso o, en su caso, la reinserción a una vida libre y participativa en la sociedad. Un procedimiento tal es, a la vez, interdisciplinario e interdependiente y admite la participación de psiquiatras, médicos interconsultantes de diferentes especialidades, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, instructores especializados y consejeros en adicciones, ofreciendo así un diagnóstico integral, un tratamiento eficiente y costo-redituable, en términos de su utilidad e impacto psicosocial en un ambiente clínico ex profeso. Y en el marco de la modernidad clínica, privilegia el uso de instrumentos clínicos codificados, clinimetría y uso de la metodología de laboratorio y gabinete, valoración psicológica y psicodiagnóstico. Su técnica promueve la motivación terapéutica, el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de las recaídas e incorpora al manejo psicológico individual, la terapia de grupo y terapia de grupos y de familias. De este modo la labor propuesta incluye actividades deportivas, recreativas, musicales y culturales, manteniendo su supervisión psicosocial sobre la rehabilitación a largo plazo a nivel escolar, laboral y sociofamiliar con apoyo de los grupos de Ayuda Mutua, así como para favorecer la promoción del crecimiento personal a largo plazo con psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámico individual.^{2,3,5,6,11,21,22} Todo programa de este tipo, por recomendaciones de la OMS, debe dirigirse contra la automedicación, el consumo perjudicial, los síndromes de intoxicación y abstinencia, los trastornos psicóticos y amnésicos, la dependencia propiamente y todos aquellos trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otros psicotrópicos, a los cuales se agrega su comorbilidad.^{3,19} Así, sus usuarios serán las personas que consumen psicotrópicos y que han desarrollado efec-

tos contra su salud a distintos niveles, que muestran estilos de vida nocivos a sí mismos, a su familia o a la comunidad y aquellos quienes debido a sus condiciones de riesgo y características particulares, se encuentran en mayor posibilidad de caer en problemas de consumo o sus consecuencias directas e indirectas.^{16,17,20} Por tal razón, los recintos terapéuticos son de ingreso voluntario a personas de uno y otro sexo, a partir de los 18 años, que reúnan los criterios clínicos de inclusión para ser atendidos, según sea el caso, en servicios de Urgencia, Internamiento Residencial y Consulta Externa en el lapso de cinco años de manejo divididos en periodos, de acuerdo con su evolución.^{3,17} Tales programas han de alojar a todas aquellas personas que requieren terapéutica profesional, bajo la consigna de hacer realmente un tratamiento benéfico a los usuarios en el marco de intervenciones de alto nivel y auténtica labor social.^{2,3,22} Los expertos de la OMS han vaticinado que en los próximos años la depresión y las adicciones serán los representantes de la morbi-mortalidad mundial.³ Esperamos, en beneficio de todos, que la labor de los involucrados sea fecunda. El arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre.³

REFERENCIAS

1. Lee TH. Alcohol drinking and adverse effects. *Harv Heart Lett* 1999; 9(8): 8.
2. Souza y MM. Programa científico de la clínica hacienda San Dionisio. Tratamiento de Adicciones. Mecanograma. Oaxaca, Oax., Mayo 2 de 2003.
3. Souza y MM. Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
4. SSA. Secretaría de Salud. El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones. SSA-CONADIC. México, 1999.
5. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000; Época 16(3): 110-116.
6. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Viernes 18 de agosto de 2000.
7. Carroll KM. Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; p. 46-53
8. Westreich L. Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; p. 58-60.
9. Prochaska J, Diclemente C, Norcross J. In search of how people change, applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; p. 98-104.
10. McDaniel TF, Miller D, Jones R, Davies M. Assessing patient willingness to reveal health history information. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(3): 375-9.
11. Souza y MM. La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social* 2000; 8: 99-106.
12. Souza y MM. Enseñanza e Investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría*. 1998; 2ª. Época; 14(3): 100-6.
13. SSA. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Decreto de Reforma a la Ley General de Salud del 26 de Mayo de 2000. Incluye la Modificación a la fracción II del artículo 188 del 31 de Mayo de 2000 y la adición de los artículos 199-Bis del 5 de Enero de 2001.
14. Diario Oficial. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Lunes 7 de Diciembre de 1998.
15. Souza y MM. Curso Básico de Adicciones. Centros de Integración Juvenil, A. C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. Gobierno del Distrito Federal, Noviembre 11-15, México 2002.
16. 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.
17. Souza y MM, Martínez AJ, Mercado CG. Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999; 2ª. Época; 15(1): 12-19.
18. CIJ. Centros de Integración Juvenil, A. C. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento. México, 2002.
19. OMS. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo Quinto. Desórdenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo. OMS, Ginebra, Suiza, 1993.
20. APA. American Psychiatric Association. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4ª. Ed. Washington; 1995.
21. Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev. Mex Neuroc* 2001; 2(1): 25-7.
22. AMP. Asociación Mundial de Psiquiatría. Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos. Buenos Aires; 1998.

Dr. Mario Souza y Machorro

*Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista.

Director General de la Clínica Hacienda San Dionisio.

Emiliano Zapata 14. San Dionisio Ocotlán, Oaxaca. México.

Tels. (01 951) 522 7123–522 7128. souzaym@hotmail.com