

# La dependencia alcohólica en México\*

Guisa Cruz VM,<sup>1</sup> Barriga Salgado LD,<sup>2</sup> Souza y Machorro M.<sup>3</sup>

## RESUMEN

La presente comunicación plantea una somera revisión del estado actual de la dependencia alcohólica en México, a partir del marco epidemiológico que muestran los datos oficiales de las investigaciones más recientes en el tema. Con base en ello se revisan las características de la dependencia, en especial las que mantienen una más estrecha relación con las medidas diagnóstico-terapéuticas de la adicción etílica, tanto como de su comorbilidad, las cuales se estiman imprescindibles para su adecuada atención. Asimismo, se esbozan algunas consideraciones y recomendaciones de corte general sobre la participación de las instituciones de salud en la producción de los recursos humanos y su respectiva capacitación/actualización, acorde con la normatividad vigente, debido a la insuficiencia e impreparación predominante. Se describen, sucintamente, por último, los pasos del abordaje terapéutico de la adicción alcohólica, sus complicaciones y comorbilidad individual, conyugal y familiar, para motivar en el personal de salud una reflexión acerca de la gravedad del problema y las medidas que conviene producir en el equipo de la salud, para brindar un adecuado manejo, rehabilitación y prevención del mismo.

**Palabras clave:** adicción etílica, comorbilidad.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(4): 356-364

Alcohol dependency in Mexico.

## ABSTRACT

The present paper offers a review of the present state of alcohol dependency in the country, obtained from official information of the most recent researchs on this matter, and the epidemiological aspects they bring. Based on this, the characteristics of dependency, specially those which maintain a closer relationship with diagnostic-therapeutic measures of ethylic addiction, as well as their co-morbidity are reviewed, which are estimated necessary for its adequate attention. At the same time, some considerations and general recommendations are described regarding the participation of health institutions in the production of human resources and their training and up-dating, according to the present regulations, due to the existing insufficiency and lack of preparation. Finally, the steps for the therapeutic approach of alcoholic addiction, its complications, and individual, conjugal and familiar co-morbidity are briefly described, in order to stimulate the health personnel to think about the seriousness of the problem and the convenient procedures to be established in the health staff, in order to offer an adequate handling, rehabilitation and prevention in its solution.

**Key words:** Ethylic addiction, comorbidity.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(4): 356-364

El uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias adictivas ha sido, y son desde hace varias décadas, un severo y creciente problema de salud pública en México, de acuerdo con la opinión científica vertida en innumerables revistas y textos.<sup>1-3</sup> Véase, por ejemplo, que sólo los problemas asociados al consumo del alcohol afectan de 5 a 10% de la población mundial.<sup>4</sup>

La ingestión moderada de alcohol, definida como el consumo de hasta dos copas al día, en personas menores de 65 años y una para los hombres mayores de 65 y todas las mujeres de los grupos rurales y urbanos, es una medida práctica para el reconocimiento del problema —desde la óptica de la investigación aplicada—, para la mayoría de las personas.<sup>5</sup> Sin embargo, se sabe que quien por su

\* Conferencia Magistral. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, ISSSTE. 4 de Diciembre, 2003.

1. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Director General. Centros de Integración Juvenil, A. C.

2. Dr. Lino Díaz Barriga Salgado. Psiquiatra. Director General Adjunto Normativo. Centros de Integración Juvenil, A. C.

3. Dr. Mario Souza y Machorro. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Coordinador de la Sección Permanente de Farmacodependencia y Alcoholismo. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Especialista adscrito a la Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C.

Correspondencia: Dr. Victor M. Guisa Cruz  
Director General. Centros de Integración Juvenil, A.C.  
E-mail: dirección\_general@cij.gob.mx

forma irrestricta de beber se convierte en bebedor problema, a menudo incumple esta moderación;<sup>6</sup> de ahí que al desarrollar tolerancia hepática por el consumo del psicotrópico, el individuo aumente su dosis regular, curse intoxicaciones frecuentes y posteriormente sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia (adicción) al etanol.<sup>7</sup>

La variedad de problemas que produce esta diseminada dependencia, que suele ser crónica y durar incluso muchos años en actividad, es extensa entre la población y según los indicadores epidemiológicos continúa en aumento.<sup>8</sup> De modo que los bebedores en riesgo, para cuidar más de su salud, deberían ser más proclives a sospechar y buscar pronto indicios de su trastorno, o bien, acudir oportunamente a las unidades de salud para ser pertinentemente diagnosticados con miras a su manejo.<sup>8</sup> <sup>9</sup> Considérese, por ejemplo, que los varones que beben más de cuatro tragos por ocasión o más de 14 de ellos en total por semana, y las mujeres que beben más de tres copas por ocasión o más de siete de ellos en el lapso de una semana, forman parte de la categoría de la enfermedad adictiva.<sup>5</sup> La identificación de estos bebedores se puede hacer de forma masiva o grupal a través del uso de pruebas de tamizaje, como el AUDIT, CAGE u otros, pero la revisión clínica siendo más fina y precisa es lo recomendable frente a casos individuales, pues permite el establecimiento definitivo de un diagnóstico autorizado.<sup>4, 10</sup> Recordar que en psiquiatría al autodiagnóstico de cualquier entidad nosológica no se le reconoce validez.<sup>11</sup> En consecuencia, se espera que sea el profesional quien lo haga siguiendo los lineamientos diseñados al efecto, mismos que en la actualidad recomiendan investigar los problemas de alcoholismo en todas las personas bajo condiciones clínicas, como parte del examen regular,<sup>12</sup> y más especialmente aquellas que se encuentran bajo las condiciones referidas de consumo regular, pues los datos que permiten discriminar y tipificar la condición mórbida de los pacientes son muy fáciles de falsear, negar, subestimar, etc., especialmente cuando la persona, por distintas razones de índole consciente o inconsciente, no reconoce su consumo y busca enmascarar sus consecuencias, lo cual es muy frecuente en esta población.<sup>11</sup>

Acorde con tal intencionalidad correctiva, se hace imprescindible la utilización de un modelo terapéutico profesional de abordaje inclusivo e integral, que dé cuenta del problema: desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada, es decir, más de cinco años.<sup>13</sup> Que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos profesionales y paraprofesionales complementarios de los que se dispone, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse con-

junta y armónicamente en los planos inter y trans-profesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo con base en la historia natural de la enfermedad, en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad. Por ello, dicho abordaje busca su consolidación en la complementariedad que ofrecen de las actividades preventivas, tal como lo establecen las Normas Oficiales Mexicanas.<sup>14-17</sup> Por ejemplo, la relativa al Expediente Clínico pretende: "Establecer y uniformar los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas" e incluye, entre otras acciones, las dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que en su carácter obligatorio se constituye en una herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>16</sup>

Existen en nuestro país 32 millones 315 mil 760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de 13 millones más (12.938,679) que ingirieron alcohol en el pasado, aunque no lo consumieron en los últimos 12 meses previos a la Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años, y aumentó a 3.4 litros en población urbana entre los 18 y 65 años y a 7.1 litros cuando se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó de 2.7 litros. En los varones que habitan áreas urbanas el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años, que es de 8.3 litros, en tanto que entre las mujeres que viven en las ciudades, el mayor consumo reportado fue en el grupo de 40 a 49 años. En la población rural de uno y otro sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad.<sup>6</sup>

En el grupo de adolescentes con edades entre los 12 y 17 años, más de 3 millones y medio (3.522,427) consumió una copa completa de bebidas alcohólicas el año previo al estudio, los cuales representan 25.7% de la población de este grupo. El consumo de alcohol en la población urbana alcanza 35% (1.726,518) de la población masculina y 25% (1.252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. En la población rural el índice de consumo es menor, 14.4% es decir, (543,197), 18.0% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, con proporción de 1.8 varones por cada mujer. Cabe señalar que sólo 281,907 adolescentes, es decir 2.1% de la población rural y urbana, cumplieron con los criterios clínicos para la dependencia (adicción) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV y que el ma-

**Tabla 1**  
**Criterios del DSM-IV, APA\* para la dependencia de sustancias**

---

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

1. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.
2. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias (excepto cafeína).
3. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer.
4. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irresistible" de consumo (*craving*) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.
5. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses.

I. Tolerancia. Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

1. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.
2. Los sujetos que consumen grandes dosis (opióceos y estimulantes) pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia.
3. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas.
4. Muchos sujetos fumadores consumen (más de 20 cigarrillos al día) una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar.
5. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias.
6. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio, como altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia.
7. Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar incoordinación motora y lenguaje farfullante.

II. La abstinencia. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

1. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta.
2. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Se presentan signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia (de alcohol, opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos).
3. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes (anfetaminas, cocaína y nicotina) se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar.
4. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos (psicodislépticos). La abstinencia en el caso de la fenilciclídina PCP y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales).
5. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos, por ejemplo los que tienen dependencia de la marihuana, presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes psiquiátricos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo.
6. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia.
7. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias.

- 7.1 Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido. Por ejemplo, el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida.
  - 7.2. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
  - 7.3. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
  - 7.4. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
  - 7.5. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
  - 7.6. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o las distracciones favoritas con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, por ejemplo, graves síntomas de depresión o lesiones de órganos, la persona continúe consumiendo la sustancia.
  - 7.7. El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.
  - 7.8. La tolerancia y la abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia:
    - Con dependencia fisiológica. Se cumple cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia.
    - Sin dependencia fisiológica. Se cumple cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo, es decir, al menos tres de los criterios referidos.<sup>10</sup>
- \* APA. American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. 4<sup>th</sup> edition. APA, 1994.

yor índice fue observado entre los varones de áreas rurales con 4.1%<sup>6</sup> (Tabla 1).

Ahora, tratándose de la población adulta, entre las personas que viven en las áreas urbanas hay 13.581,107 varones (72% de la población urbana masculina) y 10.314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio. En la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. De modo que 44% de la población urbana y 62.7% de la población rural, reportaron ser abstemios (definido para fines de la investigación como aquellos que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio), en proporción de dos mujeres por cada varón. Así, 20.7% de la población urbana y 10.3% de la población rural reportaron ser ex bebedores. Del total de abstemios cinco de cada 100 hombres y cuatro de cada 100 mujeres que habitan zonas urbanas, y 10 de cada 100 hombres y cinco de cada 100 mujeres de zonas rurales, reportaron no haber bebido por miedo a padecer un problema; asimismo, 6% reportó no beber por motivos relacionados con su religión. La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo y para los varones urbanos es de tres a cuatro, mientras que para los que habitan áreas rurales es de cinco a siete.<sup>6</sup> En la citada encuesta se señala que los patrones de consumo más característicos de los varones ur-

banos son el moderado alto (consumo mensual de cinco o más copas por ocasión) con 16.9% de esta población y el consuetudinario (cinco copas o más al menos una vez por semana) 12.4%, en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco por ocasión (4.8%). Cabe señalar que el segundo patrón encontrado fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas. De los datos mencionados, lo importante a señalar es que los índices de dependencia lo ocupan los varones rurales con 10.5% y en segundo lugar de gravedad los hombres urbanos con 9.3%. Los índices femeninos resultaron inferiores, 0.7% entre las urbanas y 0.4% en las rurales. Por tanto, reporta la ENA 2002 un incremento en el consumo alcohólico entre la población adolescente de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18 a 25% entre las mujeres.<sup>6</sup> Entre los varones se incrementó también el número de personas que bebe mensualmente cinco copas o más de 6.3 a 7.8%. Pero el incremento más notable fue el número de menores que mostraron que en el último año al menos tres de los síntomas referidos para diagnosticar la dependencia (DSM-IV, APA) con un total de 2% de los adolescentes participantes en la encuesta.<sup>6</sup>

Entre los adultos, el número de bebedoras consuetudinarias y mujeres que cumplieron el criterio de dependencia se mantuvo de 45% de la pobla-

ción en 1998 a 43% en 2002. En los varones disminuyó un poco el índice de bebedores de 77 a 72% en este periodo. Se observa, asimismo, disminución de 16 a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios, pero el número de personas que cumplieron los criterios de dependencia permanece estable con 9.6 y 9.3%, respectivamente. Lo cual no significa necesariamente que haya igual número de problemas psicosociales y comorbilidad asociada, ya que en general éstos tienden a aumentar no tanto por la cuantía de la ingestión que es de suyo un criterio decisivo —en otros países incluso se bebe más que en México, en promedio *per cápita*—, sino a expensas del patrón abusivo por ocasión.<sup>6</sup>

Como puede apreciarse, para confrontar adecuadamente los problemas derivados del consumo de psicotrópicos y sus consecuencias psicofamiliares y sociales, se requiere una estrategia complementaria e integrativa, que incida al mismo tiempo sobre la reducción de su disponibilidad social y en su demanda de consumo, momentos decisivos ambos, de la reverberante trama de este multifacético conflicto sociomédico.<sup>18</sup>

La venoadicción, responsable indirecta de conductas sexuales de alto riesgo y graves problemas derivados, contribuye decisivamente a la dispersión del VIH/SIDA y es comórbida de la ya de por sí debilitada condición de poblaciones minoritarias y discriminadas, como las formadas por niños de y en la calle, los individuos discapacitados, las mujeres y los ancianos, entre otros.<sup>19</sup> De modo que la complejidad alcanzada en la suma de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica en tales pacientes son al criterio de los expertos, aspectos relevantes de magnitud y alcances máximos.<sup>20</sup> En nuestro país la relación entre el abuso de sustancias y la hepatitis, las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, la cirrosis, las enfermedades sexualmente transmisibles, los embarazos no deseados, los accidentes, el ausentismo laboral, la multifacética violencia y el suicidio, entre muchos otros problemas, se asocian frecuentemente al consumo irrestricto de alcohol y otras adicciones, que son, por cierto, urdimbre de las primeras causas de muerte.<sup>4</sup>

En México, desde que se iniciaron los esfuerzos de investigación y enseñanza sobre el tema al inicio de los años 70, diversos grupos han realizado capacitación en servicio de otros sectores educativos y de justicia, y en diversas instituciones públicas y privadas, incorporando diversas modalidades sobre temas médicos y psiquiátricos.<sup>21</sup> Sin embargo, dichas actividades se destinaron esencialmente a la prevención primaria a través de actividades de promoción de la salud, pero sin conformar propiamente un programa de educación para la salud mental de alcance nacional.<sup>22</sup> Por tanto, la labor clí-

nica y diagnóstica llevada a cabo, su comorbilidad y variaciones factibles de manejo en los diversos grupos etéreos, así como las maniobras de rehabilitación y reinserción social de los pacientes, sólo se han abordado en el ámbito informativo y poco se sabe de su éxito como realidad evaluable, en los distintos grupos de trabajo sean institucionales públicos o privados.<sup>23</sup>

El trabajo antiadictivo realizado hasta ahora en el país, muestra que las acciones emprendidas no logran esperar un éxito a corto plazo, ni siquiera respecto de los procedimientos empleados para combatir a *grosso modo*, las cada vez más crecientes necesidades de contención de los problemas adictivos y la importante comorbilidad que implican para el individuo y su familia.<sup>20</sup>

De modo que una eficaz coordinación sociomédica en el sector habrá de realizar múltiples esfuerzos, de entre los que podrían destacar: 1) La aglutinación apropiada de recursos. 2) La priorización de necesidades con base en estudios de corte nacional e internacional. 3) El ordenamiento y la sistematización de las acciones de demostrada eficacia para su aplicación. 4) La siempre necesaria evaluación de los procedimientos que servirán a la reorientación de las políticas empleadas y el acatamiento a la legalización correspondiente de las acciones, que autorice y establezca el fundamento práctico de los objetivos a operar. Actividades con las cuales se esperarían llevar a cabo los planes educativos por perfil profesional o laboral,<sup>24</sup> que permitan enfrentar organizadamente y con mejores posibilidades, las acciones destinadas a elevar la eficiencia y eficacia de los programas antidrogas.<sup>13</sup>

De este modo, la obvia pertinencia, cada vez más relevante de una nueva visión socioprofesional que atienda el problema, enfrenta con una organización más funcional, la magnitud desproporcionada del fenómeno, que rebasa ampliamente las posibilidades para su contención por otros medios.<sup>25</sup> Así, por ejemplo, diversos núcleos demográficos que aglutinan poblaciones amplias como la Ciudad de México, experimentan un aumento en el consumo de sustancias de matices epidémicos, por lo que crece la demanda de atención terapéutica especializada frente a casos de consumo múltiple, cuyas características clínicas las más de las veces reúnen los criterios de abuso y adicción de psicotrópicos y por tanto no pueden —éticamente consideradas— soslayarse más.<sup>21</sup> Dichos conflictos desestabilizan la organización familiar y social, afectan la productividad y generan lastres por demás inhumanos. Por tal motivo, el consumo abusivo y la adicción de psicotrópicos y otras drogas adictivas como el alcohol, aun siendo una droga legal, son un grave problema de salud pública que amerita atención inmediata en

los tres niveles de la prevención. Ello exige, entre otras cosas, la preparación adecuada del personal para brindar un óptimo funcionamiento de las unidades de salud.<sup>26</sup>

Impulsadas por la trascendencia de los factores señalados, se han desarrollado múltiples investigaciones en materia de abuso y adicción a sustancias, así como avances en muchas áreas: desde las psicosociales hasta las biomédicas. Hoy se cuenta con estudios epidemiológicos sobre genética e influencia medioambiental, neurociencias, psicoinmunología, nosología comparativa, psicopatología y psicodinamia, nuevos enfoques psicoterapéuticos y avances psicofarmacológicos en el tratamiento de las adicciones. Y aunque todas ellas elevan el *status* académico del campo profesional de las adicciones y coadyuvan a su valoración social por otros campos especializados, el conocimiento y la actualización no se dispersa aún entre todos los participantes de los equipos terapéuticos, ni logra que éstos se enriquezcan con tales avances.<sup>21</sup> Asimismo, cobra un importante interés social y profesional la relación entre venoadicción y la expansión mundial del VIH/SIDA, que deriva como se sabe, de conductas sexuales de riesgo que han dejado al planeta 40 millones de casos de seropositividad a la fecha.<sup>4,19,20</sup>

Como en otras alteraciones de salud, en los trastornos derivados del consumo de psicotrópicos y su comorbilidad, mientras más temprano se diagnostiquen y más oportunamente se traten, los índices de recaída manifiestos en los distintos tipos de consumo serán menores y el pronóstico para una vida digna y con mayor calidad resultará proporcionalmente más elevado.<sup>27</sup> De ello deriva la necesidad de contar con personal mejor capacitado y con mayor sensibilidad para la atención de este tipo de padecimientos, que en otro tiempo se percibían como debilidades de carácter o simples problemas de la moral.<sup>26</sup> De igual modo, la conducta ambivalente de los grupos sociales, expresada en promoción-represión del uso y abuso de sustancias, ocurre no sólo como manifestación sociocultural sino psicopatológica, es decir, de la formación reactiva contra los consumidores y sus supuestos responsables. Por ello es conveniente conocer y valorar el origen y producción de los fenómenos psicosociales —en este caso la etiopatogenia adictiva— antes de emitir juicios hacia un polo u otro de la situación.<sup>24</sup> Obsérvese, por ejemplo, que la multifactorialidad etiológica a la que se alude, hace patente, por un lado, la complejidad de origen del problema de las adicciones y al mismo tiempo el grado de dificultad existente para su abordaje y erradicación. Pero independientemente de ello, la comunidad científica es hoy día numéricamente insuficiente, no se encuentra adecuadamente preparada ni tiene la ex-

periencia necesaria para enfrentar un conflicto de tal magnitud.<sup>26</sup> E incluso en algunos casos, el propio personal de salud es consumidor regular o abusivo e incluso adicto a psicotrópicos.

La problemática de las drogas como el alcohol, como puede apreciarse, presenta varios problemas a la vez, que se han de modificar para lograr el incremento esperado en la calidad de vida. Esto es, la disponibilidad social de sustancias y la demanda de consumo.<sup>21</sup> Una parte fundamental para ello es modificar la insuficiencia numérica profesional para así afectar el alcance de sus deficiencias pragmáticas como la iatrogenia y la estigmatización, amén de homogeneizar los criterios destinados al abordaje terapéutico y práctico en esta parte organizada de la respuesta social institucional. Esta patología psicosocial debe ser apropiadamente atendida a corto y largo plazos, y cuando se requiera, prescrita con la medicación que el caso amerite; indicada oportunamente; administrada bajo esquemas de dosificación validados y sólo por el tiempo necesario.<sup>28</sup> Es decir, como en cualquier otro caso de atención médica, pero sin descartar el tratamiento posterior que pueda y deba recibir el paciente para su consumo nocivo o dependencia, en términos de: 1) El análisis psicológico de las motivaciones que impulsan el consumo y el manejo apropiado de los significados tanto reales como simbólicos, que muestran en su calidad de síntomas y expresión de conflicto intra o extrapsíquico. 2) La corrección de las conductas compulsivas de uso de sustancias. 3) El desarrollo de pautas y conductas saludables, de autoafirmación y beneficio personal, familiar y social.<sup>28</sup> De ahí que entre las prioridades más descolantes que se deba de considerar puedan ser: 1) La adecuada preparación y actualización del personal institucional dedicado a las adicciones y la correspondiente actualización de los documentos clínicos. 2) El regreso a la propedéutica y la utilización adecuada de la historia clínica como pilar de la actividad medicopsicológica y psiquiátrica, indispensable para el manejo terapéutico-rehabilitatorio que facilita el pronóstico favorable de los casos. 3) La optimización de los procedimientos de recolección de información, para su logística y clasificación nosológica que sirvan a la actividad clínica, en especial a la investigación aplicada de los casos. 4) La revisión de los preceptos que guían el trabajo, para dar cabida a la actualización e incorporación de criterios de validez comparativa internacional, como el uso rutinario de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 en su calidad de formato oficial para todos aquellos documentos institucionales. Ya que sólo el conocimiento veraz y la promoción de la investigación clínica aplicada que vigoricen una adecuada enseñanza

profesional en el campo de las adicciones, podrán reorientar adecuadamente las políticas de servicio en esta porción de la actividad profesional.<sup>21</sup>

En aras de mantener un nivel óptimo de calidad competitiva de la actuación del personal institucional, es conveniente: 1) Homogeneizar los criterios de estructuración y funcionamiento profesional, supervisando permanentemente su actuación y rendimiento. 2) Dar capacitación continua al personal en cursos diseñados *ex profeso*. 3) Participar en la producción de material educativo dirigido a los tres niveles de la prevención y 4) Realizar evaluación clínica comparativa permanente de los métodos nosopropedéuticos que llevan al diagnóstico, permiten terapéutica adecuada y hacen posible una rehabilitación razonable de estos pacientes y así aspirar a participar en la cooperación nacional e internacional para la formación de personal de alto nivel.<sup>21</sup>

En el área de investigación de las adicciones, priorizándose las actividades terapéuticas, se requiere de: 1) Explorar la utilidad y alcances, costo de los programas, métodos y procedimientos más eficaces, para las distintas poblaciones beneficiadas por la cobertura institucional. 2) Optimizar las facilidades que brindan los proyectos institucionales en el fomento de la contribución profesional en todas las fases del proceso, del abordaje a la rehabilitación. 3) Conocer la demanda real de tratamiento de consumidores y no consumidores de psicotrópicos y otras sustancias de abuso y sus principales características, con base en auténticas políticas de asistencia social. 4) Dada la condición *sui generis* de los pacientes, conocer las variedades clínicas relativas al diagnóstico, modalidades terapéuticas empleadas, gravedad y/o cronicidad de los casos, tipos de psicotrópicos empleados, combinaciones más útiles, etc. 5) Explorar los factores que propician asistencia e inasistencia de los pacientes a las unidades de tratamiento y su permanencia productiva en los esquemas de mantenimiento a largo plazo en las distintas modalidades de psicoterapia. 6) Analizar la participación efectiva de personal, el papel que juega el síndrome de exhaustión terapéutico y su frecuencia y modalidades, y el papel que tiene la contratransferencia en la eficacia relacional humana y especialmente en el manejo de tales problemas.

Tal formación de recursos, deseablemente ha de apoyarse en una pedagogía moderna que ofrezca la creación de videos educativos y presentación de programas televisivos, radiofónicos y talleres, seminarios y cursos relacionados con el problema terapéutico asistencial y preventivo de las adicciones.<sup>21</sup> Un personal así, capaz de prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar, investigar y evaluar programas con-

tra las adicciones, requiere, además, de cierta dosis de objetividad, realismo y responsabilidad en el pleno de la congruencia vivencial, porque sólo ello traduce un poder natural de sensibilización de los pacientes bajo su cargo, veraz, persuasivo y contundente.<sup>21,26</sup>

Ahora, por cuanto toca a la problemática de la adicción alcohólica, ésta obliga a brindar tratamiento y educación formativa, lo cual implica afinar la detección de caso y los procedimientos nosopropedéuticos que contemplen la comorbilidad adictiva y psiquiátrica. Dar tratamiento en adicciones es: 1) Detectar las principales áreas de conflicto e indicar los recursos disponibles, juzgados con el valor de la experiencia clínica. 2) Vigilar al paciente por lapsos prolongados que exigen continuidad y en ocasiones permanencia. 3) Adiestrar acerca del desarrollo de una liga intensa y cercana con un individuo que no sabe bien cómo ha caído en el problema, que no sabe del todo si quiere salir de ello y que no atina a organizar sus recursos personales y sociales sin la ayuda correspondiente. 4) Es también, orientar y optimizar los recursos para hacerlos efectivos contra la reiteración compulsiva de la droga en aras de la eliminación de su consumo. 5) Favorecer las acciones responsables de mantener la abstinencia e iniciar por vez primera el crecimiento de sí mismo a través del desarrollo de sus potencialidades. 6) Es, además, aprender a tolerar la reivindicación patógena característica del trastorno. 7) Entender su carácter compulsivo que hace fallar sistemáticamente al paciente en términos de curación *ad integrum*, ridiculizando los esfuerzos profesionales de cada recaída. 8) Es promover la reflexión sobre el trastorno sin tener muchas veces control cabal de los resultados. 9) Coordinar pacientemente las indicaciones para el cuidado de las conductas de riesgo, eliminando en la medida de lo posible, la diseminación a personas cercanas que siempre salen lastimadas: como la esposa y los hijos. 10) De ahí la importancia de la congruencia que evitaría en cierta forma el hacerse cómplice del problema de otros. Y a la postre aprender a digerir toda la frustración compartida que esta adicción es capaz de suscitar, para disponerlo al beneficio de todos.<sup>4,13,28</sup>

Hoy día se estima preferible que las acciones terapéuticas y formativas se dirijan a conocer los juicios de ponderación farmacológica de riesgo-utilidad y costo-efectividad, que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias, cuya meta es a un lado de las actividades contra el narcotráfico realizadas por las autoridades policiales, la reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados, para luego fomentar la eliminación de la reincidencia,

con la inclusión de factores de crecimiento.<sup>29,30</sup> Y en íntimo contacto con la elevación de la calidad de vida está el mantenimiento de la abstinencia, que como parte del programa de prevención de las recaídas es una labor capital del manejo, del que depende por cierto que se pueda o no dar continuación al tratamiento. Debido a ello se recomienda enfatizar en todo plan antiadictivo: 1) La inclusión pronta de los pacientes, ya que suelen llegar después de cinco años en promedio. 2) Vigilar la permanencia mediante una relación médico-paciente adecuada. 3) Sensibilizar al manejo y todo aquello en lo que no lo estén los adictos y sus familiares. 4) Reforzar la adhesión terapéutica y 5) Promover lo más claramente posible la idea de que el manejo de cualquier adicción, especialmente cuando es múltiple, es a fortiori a largo plazo.<sup>13,22</sup>

La evidencia documental del manejo farmacológico de las adicciones se ha tornado realidad, pero hablar de terapéutica integral para un psicotrópico como el alcohol, requiere de una estrategia verdídicamente unitaria y global, donde todas las acciones son importantes.<sup>11,29,31</sup>

En síntesis, a la condición existente corresponde una solución proporcional, de igual fuerza y sentido contrario. Nuestro país que padece graves problemas por el consumo de alcohol y otros psicotrópicos, precisa de contar con modelos terapéuticos residenciales y ambulatorios —según sea el caso— que den atención oportuna y de alta calidad, que estimulen la motivación, que mantenga abstinencias prolongadas y asimismo ofrecer atención para aquellos problemas físicos y psicosociales concomitantes y asociados al consumo de psicotrópicos. Es importante generar una reflexión acerca de las “nuevas estrategias para los viejos problemas”, en espera de su reconocimiento cabal y oportuna participación por parte de todas las personas que desarrollan acciones de salud comunitaria.<sup>13,22</sup>

## REFERENCIAS

1. 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.
2. Souza y MM. *Alcoholismo: conceptos básicos*. México: Editorial El Manual Moderno; 1985.
3. Souza y MM, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ. Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Salud Pública de México* 1985; 17(4): 291-307.
4. Souza y MM. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. *Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica*. México, 2000. Reseñado en *Revista Mexicana de Neurociencia* 2001; 2(1): 57.
5. Saitz R, Vaillant GE, Wolf D. *Alcoholismo: Diagnóstico y tratamiento*. *Atención Médica* 1999; Mayo 46-58.
6. SSA. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México; 2003.
7. Souza y MM. Aspectos sociomédicos y clinicoterapéuticos del alcoholismo. *Memorias del Seminario Aspectos Sociomédicos y Clinicoterapéuticos del Alcoholismo*. Unidad de Educación Continua. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México; 1986.
8. Souza y MM. La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud Mental* 1984; 7(2): 19-23.
9. Souza y MM. El médico general y los problemas clinicoterapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990; 33(1):13-27.
10. Souza y MM. El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990; 33(3): 15-26.
11. Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y MM. Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. 2a. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 28-38.
12. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPA. 2a. Época. *Psiquiatría* 1998; 14(1): 9-25.
13. Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *En prensa Revista Mexicana de Neurociencia*. Dic 2003.
14. *Diario Oficial*. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Viernes 18 de agosto de 2000.
15. *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.
16. *Diario Oficial*. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Lunes 7 de Diciembre de 1998.
17. *Diario Oficial*. Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 16 de Marzo de 2000.
18. Souza y MM. Educación, salud y adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2003; 4(2): 91-3.
19. Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Souza y MM, Prado GA. Binomio SIDA-adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. 2a. Época. *Psiquiatría* 1999; 15(3): 61-7.
20. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. 2a. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 14-27.
21. Souza y MM. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. 2a. Época. *Psiquiatría* 1998; 14(3): 100-6.
22. Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2003; 4(4): 206-8.

23. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. 2a. Época. *Psiquiatría* 2000; 16(3): 110-6.
24. Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2001; 2(1): 25-7.
25. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. México: Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C.; 2003.
26. 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.
27. Souza y MM. Educación, Salud y Adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2003; 4(2): 91-3.
28. Souza y MM, Martínez AJ, Mercado CG. Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. 2a. Época. *Psiquiatría* 1999; 15(1): 12-19.
29. 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.
30. Souza y MM. El personal de salud y el manejo de los síndromes adictivos. *Liber@ddictus* 2000; 30: 21-3.
31. Díaz Barriga SL, Souza y MM. Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *Liber@ddictus* 2003; 69: 13-16.

