

Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva

Souza y Machorro M,¹ Guisa Cruz V,² Díaz Barriga Salgado L³

RESUMEN

En el presente documento se definen los principales conceptos y objetivos de una propuesta integrativa de tratamiento. Se ofrece una semblanza sobre algunos programas internacionales, realizados en el seno de una amplia y conflictiva diversidad, acatando las recomendaciones de los comités de expertos internacionales, destinadas a optimizar las acciones emprendidas en este campo, a través de la creación de un Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones. Se pone énfasis sobre las circunstancias participantes y las características clínicas que deben tener las evaluaciones correspondientes, previas a su canalización, lograda ésta, a partir de un subsistema en el que predominen los criterios señalados en la literatura, a efecto de una adecuada tipificación nosográfica en apego a la normatividad vigente. Se enuncian a modo de reconocimiento algunas de las dificultades colectivas a vencer en el manejo de la patología adictiva, como justificación a la propuesta, en un nuevo escenario de lucha, cuya reorganización conceptual-operativa pretende profesionalizar el modelo y sus procedimientos en forma integral. Dicha visión pretende, además, superar viejas rencillas y diferencias conceptuales entre los grupos, responsables de obliterar la buena marcha de las acciones rehabilitatorias; ofrecer la visión científica actual del fenómeno; la unificación del código del lenguaje, de los propósitos y metas diagnósticas, y generar en el marco de la conjunción funcional que permita a cada organismo realizar su tarea, mejores y más específicos procedimientos que beneficien el amplio espectro del manejo de los casos.

Palabras clave: tratamiento, abuso/adicción, integración terapéutica, sistema, diagnóstico, normatividad.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(5): 411-425

Toward a national integration of antiaddictive therapeutics

ABSTRACT

In this document the principal concepts and targets of an integrated treatment proposal are defined. A brief synopsis is offered on some international programs carried out in the bosom of a wide and difficult diversity, abiding by the recommendations of the international experts' committees, directed to optimize the actions undertaken in this field, by the creation of a National System of Complete Treatment of Addictions. The present circumstances and clinical characteristics that the corresponding evaluations must have are emphasized, prior to its application which will be based on a subsystem wherein the indicated criteria predominate in literature, and focused on a suitable nosographic classification within the current normativity. Some of the collective difficulties to overcome in the handling of addictive pathology are stated, as justification to the proposal, in a new struggle stage, whose conceptual - operative reorganization tries to professionalize the model and its procedures in an integral form. Furthermore, the above mentioned vision tries to overcome old difficulties and conceptual differences among groups responsible for obliterating the adequate development of rehabilitation actions. Also, to offer the scientific current vision of the phenomenon, the unification of the language code, of the purposes and diagnostic goals, and to generate in the frame of the functional conjunction that allows every organism to perform its task, better and more specific procedures which benefit the wide spectrum in the handling of the cases.

Key words: Treatment, drug abuse/addictions, therapeutic integration, diagnosis, normativity.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(5): 411-425

1. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C.
2. Dirección General. Centros de Integración Juvenil, A.C.
3. Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos.
Centros de Integración Juvenil, A. C. Aguascalientes 201-7º.
Col. Hipódromo-Condessa. Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 065100
56-55-61-39 Consultorio:
E-mail: souzaym@prodigy.net.mx

ANTECEDENTES

La presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas ha sido y es prácticamente, un asunto cotidiano en cualquier sociedad. Su continua presencia, ampliamente documentada en la mayoría de las culturas, ha exhibido no obstante, importantes variaciones en cuanto a los tipos de drogas, patrones de uso, funciones individuales y sociales, y más en particular, en relación con las respuestas que las sociedades han ido mostrando a través del tiem-

po.¹ El abuso tanto como la dependencia de psicotrópicos incluye las más diversas prácticas sociales (consumo tipo ritual/cultural, médico/terapéutico, social/recreacional, o bien, ocupacional/funcional). Pero lo que más llama la atención en ese punto es la ambivalencia social tenida hacia las sustancias adictivas, la cual encuentra su mejor expresión en el antiguo vocablo griego "pharmakon", que significa indistintamente medicina y veneno, es decir, lo que cura o salva, o bien, quita la vida.¹

Los patrones tradicionales de consumo de drogas han desaparecido con el tiempo y el contexto, y las formas de consumo actualmente son otras –un tanto más diversas–, debido probablemente a las transformaciones y conflictos geopolíticos y económicos, aunados a los intereses y ramificaciones de la producción y distribución internacional de sustancias, que contribuyen a que tal consumo adquiera un carácter particularmente enajenante y desintegrador. Pero lo que imprime una especificidad e importancia relevante al tema de las adicciones en la actualidad es la forma en que se presentan los patrones de producción y distribución de drogas a nivel mundial, sus efectos a niveles económico, social y en la salud vinculados a los psicotrópicos, así como su carácter ilícito, su impacto en las instituciones y la trascendencia del tema, en la agenda y relación política entre los gobiernos.¹ De modo que no es admisible considerar el fenómeno de las drogas ilícitas fuera del contexto del desarrollo de modelos económicos, tecnológicos, sociales y políticos contemporáneos, de la creciente globalización y sus consecuencias en la comunicación y en la patente transformación de estilos de vida y valores tradicionales.¹ Al manejo agudo de los síndromes de intoxicación y abstinencia, problema de suyo complejo, se agregan las dificultades de su continuación a largo plazo, el cual es base de la recuperación y clave del tratamiento antiadictivo, sin el cual simplemente no se puede hablar de manejo integral del problema.²

Se ha documentado que una parte importante de ello es referente al manejo médico-psiquiátrico de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos, a la par del manejo del abuso/adicción a éstos, especialmente cuando esta problemática deriva de la administración endovenosa y/o es múltiple, pues incrementa considerablemente las tasas de abstinencia en los pacientes,³ y requiere de supervisión profesional a largo plazo, a efecto de garantizar el posible cambio actitudinal requerido para el mantenimiento productivo de la abstinencia.⁴⁻⁹

Por otro lado, la preferencia hacia ciertos psicotrópicos presenta una dinámica particular, así como los manejos que en respuesta a tan severa

problemática, ofrecen los distintos gobiernos a través del tiempo. Desafortunadamente, esta preferencia ha estado guiada con frecuencia por pugnas morales y políticas, en lugar de basarse en el conocimiento veraz que propicia la información científica acerca de los efectos sobre la salud, los impactos sociales y los riesgos individuales específicos que cada tipo de sustancia suscita.¹ Tal conocimiento, puesto al alcance de la sociedad, permitirá que se considere franca y directamente el problema y que se produzcan cambios de conducta duraderos en las personas y grupos; aunque la historia indica claramente que el consumo de drogas difícilmente va a desaparecer por completo, se podría por lo menos en el corto plazo detener su crecimiento y disminuir las graves consecuencias que hoy todos presenciamos.¹

Para dar una idea de la importancia del problema adictivo y su impacto en el ámbito de influencia médica, como referente concreto y medible de ciertas acciones, considérese que de los pacientes atendidos en servicios de urgencias, más de 31% de ellos reúnen los criterios clínicos requeridos para el diagnóstico de adicción a psicotrópicos. Por ello, llama la atención que aun bajo tales circunstancias no se apliquen adecuadamente los instrumentos clínicos necesarios, como la historia clínica para adicciones, destinada a una adecuada determinación diagnóstica. De ahí que tales manejos –de corte sintomático– de la crisis aguda (que no constituyen por sí mismos un tratamiento enfocado a la rehabilitación, y muy rara vez ayudan a los pacientes a consolidar una abstinencia duradera), deben ser considerados tan sólo como la primera etapa de cualquier programa de tratamiento, encaminado a posibilitar la abstinencia y la recuperación. Y en adicción, tales maniobras requieren de supervisión clínica estrecha y la conveniente aplicación de los criterios internacionales al efecto y las recomendaciones de tratamiento.^{2,10-13}

En tal contexto, a cualquier miembro del equipo de salud le es evidente la deficiencia operacional y/o la equívoca referencia de pacientes que padecen de algún problema relacionado con el abuso/adicción a psicotrópicos, misma que sólo con fines aclaratorios en esta comunicación, insta a enunciar ambos grupos de trastornos vinculados al consumo, con miras a visualizar esquemáticamente el amplio espectro que abarca el campo de estudio de la patología adictiva y la complejidad que se desprende para su manejo:

1. Los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad,

disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias, entre otros).

2. Los trastornos por consumo de psicotrópicos propiamente tales (dependencia y abuso),¹⁴ amén de la comorbilidad psiquiátrica que regularmente les acompaña. Otra observación pertinente al respecto, es la que alude a un problema relativamente antiguo aunque contemporizado, que ocurre pese a la multiplicidad de esfuerzos oficiales desplegados en el campo realizados a lo largo de más de tres decenios. Éste se patentiza en la ambigüedad mostrada en los programas de tratamiento de las distintas organizaciones del país involucradas en el manejo de las adicciones.¹⁵ Se trata de la diferencia conceptual mostrada respecto de ciertos conceptos esenciales sobre la función del tratamiento como tal y el manejo de las adicciones: automedicación; uso de sustancias de uso médico; mal uso; abuso; dependencia (adicción)² y de modo más especial, tratamiento¹⁶ en términos profesionales, esto es, sin alusión a castigo ni consideración o involucramiento punitivo alguno.^{17,18} Tales conceptos operativos de actuación cotidiana, como el referente al diagnóstico, entre otros, serían muy convenientes de esclarecer antes de desencadenar cualquier acción correctiva, ya que cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más acertada será la estrategia terapéutica.¹⁹

INTRODUCCIÓN

Los distintos sistemas de tratamiento profesional para las adicciones que operan en el mundo, como los realizados en España, Eslovenia, Australia, Lituania, Tailandia o Inglaterra, descritos en las guías de planificación y aplicación de la ONUUD,²⁰ construyen y orientan sus programas de reducción de la demanda de consumo,²⁰ aplicando las acciones recomendadas por los comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la materia,²¹ cuyos propósitos se ubican en el amplio margen secuencial de abarcar todos los aspectos de la prevención (que observados en un espectro evolutivo, van desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas); buscan incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social, y brindar pronta ayuda y accesos a los servicios de quienes lo soliciten. De modo que los objetivos y las metas de tales programas a menudo confluyen en sus propósitos, debido fundamentalmente, a la participación de dos tipos de factores convergentes:

1. La filosofía que emplean para su operación.²²
2. Las características de la oferta de servicios que emplean, mismos que son a menudo semejantes –aunque interpreten de distinto modo en algunos aspectos–, las recomendaciones internacionales.^{18,22}

Por lo que concierne a la filosofía de la terapéutica contra las adicciones, por lo general ésta pretende responder a la necesidad estatal y nacional de atención al problema, cuyo abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio) usa modelos interdisciplinarios y transdisciplinarios que combinan profesionales y paraprofesionales en ambientes libres de drogas e instalaciones *ad hoc*, tanto para el tipo ambulatorio (Consulta Externa) como para el manejo residencial (Urgencias e Internamiento).²³ En ellos se tiende a realizar una valoración integral previa al manejo, usando distintos recursos (laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría), instrumentos clínicos codificados y modalidades psicoterapéuticas de óptica cognoscitiva-conductual e incluso otras psicoterapias de corte psicodinámico. Además, se ofrece supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar, se discrimina y ataca las causas de recaída; se apoya al paciente con grupos Ayuda Mutua y se gestionan servicios de casa de medio camino. Y más adelante, cuando los pacientes logran estar aptos –si lo alcanzan–, se impulsa crecimiento personal vía psicoterapia psicodinámica con fines reconstructivos de la personalidad (psicoterapia psicoanalíticamente orientada) como reforzamiento a largo plazo de la abstinencia productiva.²³ Paralelamente se desarrollan programas de capacitación profesional al personal de salud y de educación en salud mental, distintos programas y metas de investigación, y la siempre indispensable difusión de sus resultados.²³ Por otra parte, las características de la oferta de servicios de tratamiento (en forma ambulatoria y/o residencial) oportuna y de calidad, se basa en la aplicación de un diagnóstico integral de carácter biopsicosocial, a través del cual se persigue –salvo excepciones dadas por las características de los casos–, el establecimiento de una abstinencia total y permanente.^{20,22,23} Cabe destacar de modo muy significativo, que previo a ello es muy relevante considerar, plantea la ONUUD,²⁰ la realización de una adecuada remisión de pacientes a las respectivas unidades ambulatorias o residenciales u otras instancias de manejo de que disponga la comunidad, utilizando para tal efecto los criterios clínicos y administrativos sugeridos para ello.¹⁸ De acuerdo con lo anterior, el tratamiento siempre se concibe y se propone en forma personalizada, si-

guiendo los criterios psiquiátricos referidos en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10²⁴ o sus equivalentes regionales DSM-IV-TR o GLADP,^{14,25} ya que la generalización terapéutica se considera, de acuerdo con los estudios acerca del análisis de los factores involucrados en el tratamiento a largo plazo de abusadores/adictos, como un error grave ya comprobado, que debe ser desterrado de la práctica clínica de la especialidad.²⁶⁻²⁸ Se promueve, asimismo, durante el manejo, que el paciente vaya cobrando conciencia de enfermedad (mental) y en consecuencia, desarrolle su capacidad para la autogestión y el fomento y/o mantenimiento de una abstinencia productiva. Además, se promueve el acceso permanente a la información científica sobre el problema y paralelamente, el desarrollo de actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia, y el de todas aquellas acciones preventivo-rehabilitatorias dirigidas a la comunidad, a efecto de mantener el propósito irrefutable de continuar tratamiento a largo plazo (cinco años o más).^{29,30}

En otras palabras, las acciones de tratamiento en adicciones (considerando al trastorno como enfermedad mental primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recaída, en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales diversos, que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones),² se dirigen a:

1. Disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores.
2. Incorporar a la familia al tratamiento del problema adictivo y su comorbilidad y al seguimiento posterior.
3. Generar noción de una vida sana sin drogas.
4. Promover la prevención de recaídas y el crecimiento personal.²³
5. De modo complementario, para afianzar el conocimiento desarrollado, como en cualquier disciplina de corte científico, se busca generar investigación epidemiológica, clínica y sociomédica, participando en el proceso de capacitación, actualización y supervisión profesional clínica, al tiempo de brindar asesoría a instituciones de salud, educativas y otras para disminuir impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas.^{27,30}

Ahora bien, no obstante el esquema mostrado, cabe señalar que las modalidades de tratamiento utilizadas a lo largo de la historia por los distintos grupos involucrados, han sido y son muy diversas y lamentablemente no comparativas en sus resultados (cuando éstos se dan a conocer), incluso, cabe destacar que algunas modalidades obsoletas persis-

ten en la praxis clínica actual de muchos países. Ejemplo que ilustra lo anterior, es la coincidencia de acciones de atención curativa que ocurre en los sistemas de tratamiento que aplican en México, respecto de las sucedidas en Inglaterra.²⁰ En torno de las primeras, se ha descrito su ubicación esquemática en siete niveles, que van desde las acciones comunitarias inespecíficas hasta la más alta especialización terapéutica³¹ (Tabla 1), que complementa las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en la materia.³² Las modalidades y acciones de atención curativa en los sistemas de tratamiento que aplican en Inglaterra, se caracterizan en forma semejante, por cuatro niveles de manejo (Tabla 2). De este modo, el tratamiento para las adicciones, dados sus propósitos, características e impacto esperado, es visto como problema de salud pública y, por tanto, parte de un fundamento social cuya estirpe jurídica deriva a su vez, de los tratados de fiscalización internacional y de las medidas adoptadas en la materia,³³⁻³⁵ las cuales en tal dirección solicitan a las naciones miembros que:

1. "Presten atención especial a la pronta identificación, tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas con problemas de uso indebido de drogas y que adopten todas la medidas posibles en tal sentido.
2. Fomenten la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de drogas".³³⁻³⁵

En México, el derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución Mexicana y es reglamentado por la Ley General de Salud (LGS), por lo que las instancias terapéuticas del país –sin distinción– para alcanzar cabalmente sus objetivos han de consolidar: "El logro del bienestar físico y mental del hombre enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población".³⁶ Al efecto, se dispone actualmente de una reglamentación²⁸ que incluye las NOM relacionadas con las adicciones: para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM 028-SSA2-1999); para la Prestación de Servicios de Salud en

Tabla 1
Niveles de atención de las adicciones en México*

1. NIVEL. Aquellos organismos e instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo y otras acciones).
2. NIVEL. Atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.) como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales –entendiendo por profesional no médica el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizada con base en una actividad “profesionalizada”, pero sin tener propiamente profesión, es decir, de consejería (counselling) gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.
3. NIVEL. Consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien, se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca).
4. NIVEL. Atención profesional médica general en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud.
5. NIVEL. Consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones, sino en sus complicaciones, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general.
6. NIVEL. Atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.
7. NIVEL. Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de las que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado.³⁰

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

Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994); la del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998) y para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH (NOM-010-SSA2-1993).^{28,37-40}

DESCRIPCIÓN

Entre los problemas psiquiátricos de salud pública más graves del mundo contemporáneo se encuentran la patología adictiva y su comorbilidad.⁴¹ En México, el consumo diversificado de medicamentos, psicofármacos y psicotrópicos (mariguana, alcohol y disolventes volátiles) ocupó hasta hace poco, un lugar preferencial en las tasas de abuso y dependencia de sustancias, especialmente entre los jóvenes. A ello se agrega, actualmente, la amplia difusión del tabaquismo (adicción nicotínica) y el abuso del alcohol entre niños, jóvenes y mujeres. La edad de inicio de consumo de psicotrópicos ha venido

descendiendo y continúa extendiéndose en la población el abuso de cocaína –como droga de inicio–, sin contar el consumo de fármacos de uso médico por automedicación, así como el de otros sedantes opiáceos y nuevas drogas sintéticas (metilendioximetanfetamina).^{2,42,43} A pesar de innumerables acciones emprendidas por las diversas instituciones oficiales y privadas que luchan contra su diseminación, actualmente se reconoce que su potencialidad destructiva, aún ocupa un lugar primordial entre abusadores y adictos.^{28,44-47} De ahí que entre la lista de prioridades a resolver en el tema del tratamiento profesional de esta patología, destacan:

1. La amplia desproporción entre la oferta de servicios terapéuticos asistenciales y su demanda.
2. La diversificación de la disponibilidad social de drogas y la demanda de consumo.
3. La alta prevalencia de la automedicación.

Tabla 2
Modalidades de atención curativa en el sistemas de tratamiento inglés*

1. Los servicios generales que no se ocupan especialmente de la atención de los abusadores/adictos y que pueden servir de acceso a otro programa de tratamiento antidrogas.
2. Los servicios de acceso directo (organizaciones no gubernamentales que atienden especialmente a los pacientes abusadores/adictos que sirven para determinar las necesidades de esa población y promover la gestión correspondiente a la solución de las mismas.
3. Los servicios de tratamiento estructurado en la comunidad que incluyen atención ambulatoria, manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia, tratamientos de sustitución y otros programas estructurados en el postratamiento.
4. Servicios residenciales especializados de tratamiento con programas intensivos y estructurados en entornos residenciales hospitalarios, u otros entornos controlados donde atienden urgencias y otras alteraciones comórbidas del consumo de psicotrópicos. Es este nivel más amplio, específico y flexible que los anteriores, en donde se espera que el paciente pueda utilizar simultáneamente servicios del mismo u otro nivel, según sean sus necesidades.¹⁹

* UK Health Department. *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services.* London; 2002.

4. La aparición de nuevos psicotrópicos y nuevas motivaciones, vías de administración y modalidades de consumo.
5. La proliferación de iniciativas, técnicas, enfoques sin aval científico y las discrepancias entre sus actores.
6. La documentada iatrogenia en el manejo de los síndromes adictivos, su pobre rehabilitación y deficiente reinserción social.
7. La escasa e incoordinada investigación y su pobre publicación de resultados.
8. La insuficiencia de personal y poca capacitación clínica.
9. La omisión y deficiencias técnicas en el manejo de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
10. La deficiencia procedimental para la prevención y manejo de la VIH-positividad.
11. La ignorancia u omisión de las recomendaciones clínicas y legales que afectan la complementariedad en las acciones rehabilitatorias y la insuficiente producción de materiales educativos al efecto.^{1,10,31,32,48,49}

Sin embargo, muy a pesar de la gran dispersión del fenómeno adictivo, el panorama actual para el abordaje y terapéutica clínica de esta problemática, muestra un nuevo escenario de lucha: una potencialidad interinstitucional en desarrollo, consistente en una reorganización conceptual y operativa que asuma las recomendaciones internacionales a efecto de profesionalizar el modelo curativo y sus procedimientos en forma integral, con miras a una mejor comprensión que faculte mejores procedimientos al amplio espectro del manejo de los ca-

sos, desde la prevención a la rehabilitación.^{16,23,29,30,50} En tal contexto, se plantea la creación de un Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, que consolide eficiencia y efectividad específicas contra la patología adictiva y su comorbilidad y cuyos objetivos específicos sean: diseñar, promover, aplicar y evaluar un sistema terapéutico conjunto contra las adicciones en cada entidad federativa del país, oportuno, actualizado y acorde a la normatividad en salud, para el abusador/adicto y su familia.^{28,37-40} Al efecto, sus metas se encaminan a consolidar el establecimiento de un sistema estatal para el tratamiento integral del fenómeno y su lastre psicosocial, en cada entidad federativa del país, de modo que alcance a captar un universo de trabajo que incluya a todos los pacientes con problemas derivados del uso de sustancias y su comorbilidad, es decir, los propiamente producidos por el consumo de psicotrópicos como el abuso y la dependencia, así como aquellos otros trastornos inducidos a partir del uso de las distintas sustancias de abuso, sin importar cuál sea la organización o institución pública o privada que lo capte, ni la entidad en que ello ocurra.^{22,23,28,30,43}

De darse esta afortunada circunstancia, los procedimientos a incluir, deberán de considerar *a fortiori* y previo al manejo de los casos: el diseño, promoción y aplicación de un método adecuado de remisión interinstitucional de pacientes, para una más conveniente captación de casos y la realización de una evaluación inicial integral que cumpla los criterios internacionales recomendados al efecto, y las respectivas supervisión y evaluación continuas del sistema. En ese marco de trabajo, los

recursos para la atención de los casos de abuso/adicción y sus consecuencias comórbidas, se obtienen de los propios recursos de cada organización o institución involucrada, y según se requiera, de la participación en colaboración con aquellos que dispongan de mejores métodos o procedimientos para la mejor atención que los casos requieran.^{43,51-57}

Un sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones como el que se describe, debe estar sustentado igualmente, en un programa que prevea la necesidad de representar un modelo de abordaje completo, caracterizado por sus propios rasgos definitorios, de entre los que se señalan como prioritarios:

1. La disponibilidad real de las opciones de tratamiento.
2. La multidimensionalidad e integralidad.
3. La individualización y evaluación inicial.
4. El reconocimiento del papel específico del tratamiento de desintoxicación y valoración del estado de salud a lo largo del manejo.
5. El uso racional de la farmacoterapia en todos los casos donde es necesaria.
6. El establecimiento de una alianza terapéutica.
7. La integración y complementariedad de las estrategias a realizar, cuyo enfoque se base en ser colaborativo y negociador, esto es, adaptable a las condiciones individuales.
8. La voluntariedad y la motivación constante, especialmente si el manejo es residencial
9. El control estricto e indispensable del consumo de psicotrópicos durante el tratamiento y la promoción continua y el mantenimiento productivo de la adherencia al manejo.
10. La participación activa del entorno sociofamiliar para alcanzar su dimensión psicosocial.
11. La priorización y potenciación de la integración sociolaboral.
12. La interrelación de los procesos de evaluación e intervención.
13. La prevención de recaídas y la participación sistemática de los grupos de Ayuda Mutua.^{23,28-30,42,43,49,51}

Se desprende en consecuencia, que un programa resulta global, flexible, individualizado, coherente y sistemático y dirigido a garantizar la recuperación biopsicosocial integral del adicto, cuando contemple las siguientes dimensiones:

1. La multidisciplinariedad, en términos de permitir la intervención y coordinación simultánea de los diferentes profesionales que actúan en el modelo con sus distintos procedimientos y ubicaciones.

2. La multidimensionalidad, relativa a la visión biopsicosocial de la medicina, como marco referencial de las acciones correctivas de la patología adictiva.
3. La globalidad, que utiliza distintas estrategias de intervención en el orden secuencial para su más conveniente aplicación.
4. La flexibilidad, que permite individualizar el tratamiento como un requisito indispensable.
5. La integralidad, que toma en cuenta el papel de las estructuras y dinámicas sociales.
6. El reconocimiento y resarcimiento de la contradicción inherentes a las acciones, con miras al desarrollo continuo del sistema.
7. El enfrentamiento implícito de intereses y posiciones funcionales detectadas, que debe interpretarse en toda ocasión, como una posibilidad de enriquecer la praxis del citado modelo.⁵⁰

Planteado en tal sentido, señala a ONUUD,²⁰ un sistema terapéutico es considerado como el " grupo de elementos interrelacionados o interdependientes de tratamiento y rehabilitación que constituyen una respuesta combinada a los problemas planteados por el abuso/adicción de psicotrópicos en una región o un país determinado".^{15,20,23,28} Y como dadas las características de los pacientes abusadores/adictos, se contempla como algo muy posible el que requieran de varios servicios de tratamiento a la vez o secuencialmente dispuestos, para atender las distintas condiciones de su enfermedad a lo largo de su recuperación definitiva, esto es, durante por lo menos dos años de abstinencia, y quizá según sea el caso, de varios años de manejo psíquico-social y familiar o de seguimiento.^{15,20,22,23,27} Asimismo, precisa señalarse la participación de distintos enfoques o modelos de atención del mismo sistema, los cuales se complementan y distribuyen la carga asistencial de la cobertura, según sean las vicisitudes de la evolución del manejo del caso. De ahí que en un sistema nacional integral –en los términos descritos– todos los elementos deben de contribuir a la coordinación de los servicios que prestan.^{15,20,22,23,27}

Como ha ocurrido en el pasado, las personas que necesitan tratar su abuso/adicción a psicotrópicos recurren indistintamente a los diferentes servicios disponibles en la comunidad sin evaluar convenientemente cuál servicio le dará mejor atención para su inicio o continuación de manejo, de acuerdo con los criterios referenciales derivados de la condición clínica y características del caso, al momento de la necesidad de su ubicación clínica más pertinente o conveniente canalización. De hecho, precisan tomarse en cuenta igualmente, los criterios establecidos según sea la gravedad y tipo de padecimiento para

la adecuada derivación de pacientes, los cuales contribuyen a un mejor y más expedito manejo de casos.^{18,28,30,31} De ahí que la índole exacta de los vínculos oficiales deberá ser determinada por el propio sistema con base en los acuerdos contractuales y de colaboración planteada, en vigor. En consecuencia, es esperable que un sistema completamente integralizado como el que se pretende, se caracterice por su buena coordinación y por la vinculación e integración de los diversos elementos de apoyo y tratamiento generales y específicos, de que se disponga.^{15,20,22,23,27} Según se trate, un sistema más amplio o ambicioso contará con una más amplia variedad de organismos e instituciones y organizaciones estratégicas de apoyo y financiamiento, que trabajen de común acuerdo. Precisa entonces, considerar que los vínculos con organismos de enseñanza, empleo, bienestar social, así como con el sistema de justicia penal, son todos factores decisivos e interrelacionados en cualquier sistema de tratamiento integral, especialmente si éste pretende elevarse a la categoría de alcance nacional.^{20,23,43}

Ahora, por lo que concierne al problema práctico que nutre al sistema, las principales formas de remisión de pacientes al sistema de tratamiento integral disparan por sí mismas, procesos complejos por cuanto a la toma de decisiones respecto de la determinación de la gravedad de los casos y la remisión de aquellas personas que recurren al sistema.^{18,23} Es decir, el sistema de tratamiento debe contar con un diseño tal, que permita recibir y derivar adecuadamente por igual, a las personas que se presentan por iniciativa propia que a las remitidas por los familiares y amigos, por médicos generales o miembros de los equipos de atención primaria de la salud, por servicios comunitarios, servicios especializados, por órganos del sistema de justicia penal u otros servicios pertenecientes al propio sistema.^{18,20,23} Como puede colegirse, una parte capital del funcionamiento del sistema radica en la derivación de pacientes, la cual se integra por acciones concretas reguladas por una reglamentación mínima interinstitucional. De este modo, las normas para la atención integral de los pacientes abusadores/adictos, en muchas esferas de atención a la salud y bienestar social se basan cada vez más en el método de vías de atención integral para determinar y alcanzar los resultados deseables y factibles para cada usuario. La citada reglamentación, que recibe distintos nombres en los diferentes países donde se utilizan (vías esenciales de atención, protocolos de tratamiento, vías previstas de recuperación, algoritmos de tratamiento, normas de atención y puntos de referencias, etc.) tienen todas ellas por objetivo crear un consenso profesional y normalizar los elementos de la atención con miras

a aumentar su eficiencia, eficacia y rendimiento concebido en términos de rentabilidad.²⁰ En otras palabras, los componentes de la atención que se preste en los distintos niveles del tratamiento deberán facilitar la coordinación vinculando entre sí e integrando los distintos servicios en sentidos horizontal y vertical de la plantación organizacional del sistema de atención referido.²⁰ Para lo anterior se hace necesario disponer de los mecanismos idóneos de remisión de casos, pero, sobre todo, de la comunicación de los resultados correspondientes a la entidad que los remitió.^{18,20,23} En esa dirección, una de las características especiales de las normas para la atención integral de los pacientes abusadores/adictos, en los protocolos de manejo – o como se quiera denominar –, es la llamada *Observación de Varianzas*, cuyo contexto supone la secuencia y verificación del tratamiento empleado para saber si se ha apartado o no del curso previsto y examinar así, las causas de su cambio, para obrar en consecuencia.²⁰

En relación con los procesos de evaluación integral del usuario, las recomendaciones de la ONUUD en ese particular²⁰ señalan que el reconocimiento inicial de acuerdo con la filosofía y construcción del sistema, debe poder ser un procedimiento rápido, encaminado a individualizar a las personas que presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias en sus distintas modalidades clínicas; efectuar un análisis breve de la selección de la intervención que se espera sea la mejor indicada para cada caso y así estructurar, en consecuencia, un plan integral y continuado de evaluación a medida en que se administre uno o más tratamientos, y se presenten los correspondientes servicios de apoyo.^{18,20,23} Se trata de un procedimiento útil, sencillo y de inicio rápido, encaminado a individualizar a los pacientes que solicitan atención, a causa de un trastorno no identificado aún. En medicina general, por ejemplo, este procedimiento sirve a menudo para detectar y calibrar un factor de riesgo, un signo del trastorno o alguna fase sintomática temprana. Y para que resulte rentable en términos de costo-beneficio de la atención a brindar, una prueba de reconocimiento inicial debe ser sencilla, precisa y válida, pero además debe ser aceptada por las personas que se sometan a ella, y al mismo tiempo estar vinculada con otros procedimientos diagnósticos posteriores.¹⁸ Porque si bien no basta para diagnosticar trastornos relacionados con el consumo de sustancias, dada la complejidad de algunos de ellos, el reconocimiento inicial le sirve de alerta a los encargados de atender el caso, para determinar las necesidades del paciente. De este modo, en el reconocimiento inicial se utiliza un procedimiento rápido de detección, para:

1. Individualizar a las personas que puedan ser portadoras o no, de un trastorno derivado del consumo de sustancias.
2. O, en su defecto, remitir apropiadamente al paciente a un servicio adecuado para que se le administre un tratamiento inmediato que pueda necesitar, y posteriormente se seleccione la forma más adecuada de intervención aplicable a su condición particular.

En tal sentido, cabe enfatizar que el paciente que se someta a dicha prueba de reconocimiento inicial, también puede simultáneamente presentar –como ocurre frecuentemente– problemas personales o interpersonales inmediatos, independientes o indirectamente relacionados con el abuso/adicción, que deben ser atendidos en servicios generales o incluso en los especializados.

Al respecto, tómesese como ejemplo que en el caso particular de un programa de tratamiento de sustitución farmacológica para pacientes graves y/o crónicos, el reconocimiento inicial conlleva la detección de la presencia de signos/síntomas de dependencia. Y si se emplea el procedimiento de evaluación inicial en la sustitución de opioides, quedarían excluidos del procedimiento para determinar la necesidad de prescribir ese tratamiento, aquellos pacientes que no tienen tolerancia a los opioides. Así, el reconocimiento inicial puede basarse en la información facilitada por el propio paciente y/o su familia, tanto como en las investigaciones biológicas diagnósticas que se le practiquen con tal fin (antidoping).^{20,22,23}

Por otra parte, en la actualidad existe una expectativa creciente, fácil de observar y cada vez más exigente acerca que los profesionales que prestan servicios generales de atención a la salud y bienestar social (aquellos que no están especializados en adicciones como los médicos generales y familiares, los departamentos de atención de urgencias y servicios sociales, infantiles y familiares) pueden, no obstante, llevar a cabo un reconocimiento inicial básico para determinar apropiadamente en forma fácil y rápida, para determinar los casos relacionados con el abuso y la adicción a psicotrópicos.^{49,53,54} Siguen a esta acción, la evaluación integral del caso, procedimiento íntimamente vinculado a la selección de la forma de intervención clínica a utilizar, es decir, la selección del tipo de tratamiento más indicado para atender las necesidades y preferencias de la persona, y el grado de urgencia que el caso representa, lo cual debe determinar la respuesta requerida más apropiada.⁴⁷⁻⁵⁰ Tal proceso entraña el diagnóstico (nosográfico) de la índole del caso^{14,24,25} y, asimismo, de la gravedad del problema a vencer, a partir del conocimiento del:

1. Estado de salud, la situación laboral y apoyo institucional disponible.
2. El patrón de consumo de drogas y alcohol y problemas conexos a título de comorbilidad.
3. La situación legal y actividades delictivas.
4. Las relaciones familiares y sociales y el estado mental.

En adición, hay que considerar las características y criterios de selección a vencer, tales como los requisitos de selección para ingresar a un programa de tratamiento, especialmente cuando éste es del tipo estructurado –también llamado profesional.^{16,20,29,30} El plan de tratamiento y su autorización como proceso de colaboración toma en cuenta los puntos de vista y las motivaciones del consumo con el cual se realiza el plan individualizado de tratamiento y por último, los decisivos aspectos relativos a la coordinación de la atención que el sistema, representada por el proceso de evaluación, planificación del tratamiento y gestión de la atención del paciente, lo cual deviene esencial para la eficacia de un sistema de manejo integrado.^{15,20,22,23} Por tanto, se asume que el(los) coordinador(es) debe(n) encargarse de:

1. Elaborar, dirigir y revisar planes de atención documentados basados en la evaluación permanente, incluida la determinación de riesgos.
2. Cerciorarse que en el plan de atención se tomen en cuenta las características básicas, el sexo y la sexualidad del paciente, que representa por cierto, un interés profesional y sociolegal cada vez más acrecentado.
3. Asesorar a otros profesionales que participen también en el plan de tratamiento, sobre cualquier cambio conocido en las circunstancias del paciente que pueda exigir una revisión o modificación de la atención que se brinda.
4. Realizar el pronto seguimiento de los pacientes una vez dados de alta, cuando ello sea viable.
5. Intentar que las personas que abandonaron el tratamiento regresen y se reincorporen –a la brevedad– nuevamente.^{15,20,22,23}

Ahora, a efecto de complementar esta visión esquemática de un sistema integral de manejo antiadictivo, precisa dar idea del nivel o intensidad de la coordinación de la atención. En tal sentido, se consideran dos modalidades complementarias de manejo, que reflejan el grado de problema del paciente:

1. Una coordinación simple o predeterminada sería aquella que se aplica a los pacientes que necesitan una sola modalidad de tratamiento, son

relativamente estables y no representan un peligro para sí o los demás.

2. Un modelo de coordinación de atención polifacética, que entraña más apoyo y una atención más intensa y/o continuada, será más adecuado para los usuarios que tengan:
1. Múltiples necesidades que no puedan atenderse satisfactoriamente en un solo servicio de tratamiento.
2. Múltiples necesidades que requieren ser atendidas en una misma institución.
3. Contacto con varios organismos en el momento de la remisión del tratamiento.
4. Posibilidades de representar un riesgo para sí mismo o para los demás.
5. Cuando se trasfiere a un paciente de un programa de tratamiento a otro, dado el riesgo inherente a la pérdida de la atención del caso, por ejemplo, de un programa residencial a uno de asesoramiento en la comunidad, se recomienda la coordinación diaria del manejo al nuevo servicio para que el nuevo responsable o encargado de tales acciones asuma su responsabilidad.

No obstante, la coordinación general de la atención de las necesidades continuas del paciente puede seguir a cargo del organismo original, lo que es particularmente pertinente en los casos en que la persona regresa a su lugar de residencia después de recibir un tratamiento en otra localidad y a menudo requiere de actividades de postratamiento a largo plazo.^{15,20,22,23}

CONCLUSIÓN

La patología mental de las adicciones destaca entre los problemas de salud pública contemporáneos.⁵⁸⁻⁶⁰ Porque a un lado de los problemas propios de la oferta y la demanda, que han hecho de éste un asunto en expansión continua debido a su impresionante diversificación, los modelos de abordaje de la terapéutica utilizados no permiten hasta ahora ofrecer una respuesta social unitaria, conjunta, uniforme y eficaz.⁶¹ Este asunto, que se reviste de las máximas dificultades para la atención preventiva y especialmente para el manejo de los casos y su rehabilitación a largo plazo, continuará su progresión en la medida en que persista la insuficiencia e ineficacia de los esquemas de abordajes que se dirigían contra el fenómeno.^{16,28} Es decir, mientras no se organice y aplique en la comunidad una fórmula integral que reúna personal profesional (de atención primaria a la salud y especializado) y paraprofesional, que actúe a partir de premisas científicas, apoyadas en fundamentos jurídicos que posibiliten una única y misma labor, en cuya visión

converjan los principios y recomendaciones ofrecidos por los expertos de la OMS, relativas al creciente fenómeno de los Síndromes Adictivos, difícil será encontrar una solución a corto plazo.^{20,49}

Muchos han sido los modelos utilizados y las personas que han abocado sus conocimientos y esfuerzos para enfrentarlo; sin embargo, la controversia persiste, así como la incompreensión entre un esquema y otro. Incompreensión que a menudo genera, además, un ánimo divergente y descalificado entre los muy diversos participantes.^{23,31} Tómese, por ejemplo, el que unos cuantos modelos han contado con ciertas bases científicas en su aplicación, mientras otros han actuado esencialmente apoyados en el conocimiento y el valor derivados de la experiencia personalizada. Y muchos otros más lo han hecho sin bases terapéuticas formales y prácticamente desde el empirismo, razón por la cual han producido y mantienen a la fecha, cierto grado de confusión en el campo de trabajo; iatrogenia sobre los pacientes y en ocasiones cara a la sociedad, hasta diversos tipos de charlatanería.^{16,30}

Los modelos terapéuticos reúnen varias posibilidades de abordaje de esta particular problemática. Como una de las dificultades sociomédicas que representa mayor reto curativo es el relativo a los trastornos derivados del consumo de sustancias psicotrópicas, ya sea el abuso o adicción, dado que la mayoría de las personas que los sufren difícilmente toma tempranamente acciones correctivas cuando se ve afectada; no es fácil que logren la abstinencia más o menos inmediata, tal como lo reclama su situación, ni es habitual que se consolide en el primer intento.⁶³ Los modelos terapéuticos, representados básicamente por los modelos morales y los de tipo biológico⁶¹ (tratamientos aversivos, tratamientos de destierro fisiológico; tratamientos de sustitución con sustancias agonistas, tratamientos de sustitución con sustancias antagonistas, tratamientos de sustitución con la sustancia misma de liberación prolongada, tratamientos biológicos como el uso de naltrexona para el abuso de alcohol, o el de tricíclicos para el abuso de cocaína o el de anfebutamona [bupropión] para la dependencia de la misma, el Modelo de Ayuda Mutua, Modelo Minnesota, Modelo de Comunidad Terapéutica y sus modificaciones, Modelo de Control de Consumo, Modelo Psicológico, Modelo Sociocultural, Modelo Psiquiátrico y el Modelo Integrativo).⁶¹ En este último opera un sincretismo propositivo y conveniente basado en la apropiada y equilibrada participación conjunta de los elementos biológicos, psicológicos y sociales existentes en todas aquellas estrategias terapéuticas que han tenido utilidad en el manejo de los problemas adictivos, derivados de los diferentes modelos disponibles. En especial, se

Tabla 3

SSA. Lineamientos para los establecimientos que prestan servicios para la prevención y control de las adicciones*

La atención puede brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, tanto a través del modelo profesional, el de ayuda mutua o el mixto. En cuyo caso se estipulan las siguientes disposiciones generales:

- Contar con aviso de funcionamiento (para efectos del padrón de establecimientos).
- Contar con un responsable del establecimiento.
- Si en el modelo de atención se contempla la prescripción de medicamentos, la persona responsable debe contar con la autorización correspondiente.
- Contar con carta de consentimiento bajo información del tratamiento al que se va a incorporar el usuario (en los residenciales o también en los ambulatorios).
- La atención puede brindarse en forma ambulatoria o residencial, tanto dentro del modelo profesional como en el de ayuda mutua o en el mixto.
- Cada establecimiento deberá contar con espacios separados para hombres, mujeres y niños.
- En ninguna modalidad de tratamiento está permitido utilizar procedimientos que atenten contra la integridad física y mental del usuario.

MODELO PROFESIONAL (sea ambulatorio o residencial). En el proceso de atención debe incluir las siguientes actividades:

- Abrir expediente clínico.
- Elaborar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Prescripción médica debe ser indicada por un médico.
- Determinar si la persona está embarazada, si tiene algún padecimiento, lesión o complicación física, psiquiátrica o enfermedad contagiosa y tomar las previsiones necesarias para su atención.

MODELO DE AYUDA MUTUA (ambulatorio o residencial)

- En su modalidad ambulatoria o residencial, este modelo consiste en personas adictas organizadas en grupos o centros, donde se llevan a cabo de manera regular reuniones en las que se trasmite el mensaje de recuperación y se realizan otras actividades de rehabilitación, como juntas de estudio del programa de recuperación, de compartimento de experiencias, entre otras, pero los enfermos no viven en los centros de reunión.
- En caso de que alguna persona acuda a los grupos o centros de reunión en estado de intoxicación o con síndrome de abstinencia referirla inmediatamente a los Servicios de Salud, S.S.A., correspondientes.
- Cuando los enfermos de adicción que asisten a los grupos o centros de reunión presente signos de padecimientos o complicaciones físicas o mentales, canalizarlos a los servicios profesionales.
- La modalidad residencial (anexos) de estos grupos o centros de ayuda mutua no profesional, donde los enfermos residen en el lugar, deben:
 - Realizar, previo internamiento, la valoración del caso por parte de un médico para evaluar y determinar si su estado físico y mental es el adecuado para ser internado en este tipo de establecimientos y, en su caso proveer de la asistencia profesional adicional necesaria (desintoxicación, atención a complicaciones, etc.). Para dar cumplimiento a lo anterior, se recomienda a los centros o grupos de ayuda mutua, que se coordinen con los Servicios de Salud de la S.S.A. más cercanos para que puedan recibir la atención médica requerida (esto está contemplado en el convenio de colaboración que se firmó entre Alcohólicos Anónimos y la S.S.A. en 1995 y del que todos los servicios tienen copia).
 - Llevar un registro de las personas que ingresan y de acta responsiva de un familiar, tutor o representante legal.
 - Ninguna persona puede ser retenida contra su voluntad (se recomienda que esto esté anunciado de manera visible para el enfermo y sus familiares, así como el costo, si es que lo hay, de la atención).

LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO DE CASOS DE ADICCIONES EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Muchos adictos llegan a los servicios de urgencias médicas debido a cuadros de intoxicación o sobredosis o del síndrome de abstinencia a alguna(s) sustancia(s). Otros acuden con abscesos en extremidades, por ejemplo, como consecuencia de inyectarse droga. Además, el servicio de urgencias debe proporcionarse de manera inmediata todos los días del año y durante las 24 horas en los establecimientos donde existan, se deben llevar a cabo las siguientes actividades con respecto a adicciones:

- b1. Hacer valoración clínica del caso y elaborar nota inicial.
- b2. Manejo del estado crítico, sea por sobredosis, intoxicación o síndrome de abstinencia.
- b3. Evaluación del estado general de salud, identificándose las posibles complicaciones crónicas del consumo de sustancias y canalizar al enfermo para su atención correspondiente.
- b4. Asentar en las hojas de registro correspondientes, el diagnóstico de estos casos.
- b5. Ofrecer la referencia a servicios de tratamiento de adicciones en la localidad.

* S.S.A. Secretaría de Salud. Lineamientos para los establecimientos que prestan servicios para la prevención y control de las adicciones. México; 2005.

toman algunas de las recomendaciones operativas del Modelo Minnesota y el de Comunidad Terapéutica, dada su comprobada efectividad.²³ Por último, cabe señalar que cuando se sigue un modelo de abordaje terapéutico se expresa una conducta preferencial, respecto del manejo de los problemas a resolver, por tanto, se privilegia un paradigma compuesto de un discurso y una forma de pensar-actuar. Cabe enfatizar, por tanto, en relación con el proceso de derivación de pacientes hacia tratamiento, que los distintos modelos descritos actúan de forma diferente; de ahí que algunas personas cuestionen la pertinencia de un enfoque de abordaje o esquema de criterios para el uso de la derivación.¹⁸ La experiencia en ese sentido arroja resultados desfavorables.¹⁶ Los antecedentes, ignorancia de criterios referenciales, subconsideración o mal uso han generado iatrogenia –y sus equivalentes–, hacen que sea subestimada la opinión profesional por algu-

nos grupos que pretenden ofrecer contención a tal problemática, lo cual no sólo incumple las estipulaciones de las NOM al efecto,³⁶ sino que omite los lineamientos específicos destinados a los establecimientos que prestan sus servicios a la prevención y control de las adicciones⁶⁴ (Tabla 3). En esa dirección, si se desean eliminar los señalamientos negativos que describen la inapropiada función operacional de algunos grupos de trabajo que ofrecen servicios de tratamiento contra el abuso/adicción a psicotrópicos, que ignoran u omiten los avances publicados en la literatura mundial,^{65,66} deviene esencial considerar las recomendaciones de la OMS, cuyo conocimiento actualizado, veracidad e imparcialidad resulta la más conveniente en la materia.^{13,14,20,25,28,51,53,54,60} De hecho, éstas se basan entre muchas otras, en la iniciativa de apoyo emprendida por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, (CICAD) de 1997, la cual tiene

Tabla 4

Metas terapéuticas contra el riesgo y daños derivados del proceso adictivo sobre la población*

1. Retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales.
2. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazos destinadas a reducir el consumo nocivo, abuso y adicción de psicotrópicos.
3. Disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario.
4. Favorecimiento de la autogestión.
5. Diagnóstico integral (biopsicosocial) que permita remitir la sintomatología y producir y mantener la abstinencia prolongada en los términos previamente descritos.
6. Tratamiento individualizado acorde con la nosología internacional dirigido a la posibilidad de concretar la sistematización de la comparación bioestadística entre las instituciones.
7. Promoción del logro de la conciencia de enfermedad que sustente el deseo de mantener la abstinencia prolongada.
8. Suministro de información científica sobre el problema.
9. Desarrollo de la capacidad de solicitar ayuda en caso necesario.
10. Mantenimiento al propósito de continuar un tratamiento externo a largo plazo (cinco años).
11. Disminución de los factores de riesgo para el consumo de psicotrópicos.
12. Facilitación y suministro de actividades informativas para la educación del paciente y su familia y desarrollo de acciones rehabilitatorias y preventivas a la comunidad.
13. Incremento y fortalecimiento de los factores protectores del consumo de sustancias.
14. Incorporación de la familia, tanto en el tratamiento residencial y su seguimiento.
15. Favorecimiento del proceso autogestivo al interior de la comunidad, que genere la noción de una vida sana y libre de drogas.
16. Inicio expedito de los procesos de rehabilitación de las áreas afectadas.
17. Desarrollo de programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal-familiar a largo plazo.
18. Fomento y desarrollo de programas de investigación epidemiológica, sociomédica y clínica que permitan mejorar la atención del paciente y sus familiares y su correspondiente difusión social.
19. Ofrecimiento de programas de capacitación profesional y actualización, supervisión clínica individualizada y asesoría profesional a instituciones académicas o de salud y grupos interesados.
20. Generación de conciencia individual-familiar-social sobre los efectos nocivos del consumo de psicotrópicos.
21. Disminución del impacto social asociado al consumo nocivo de sustancias.

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

por objetivo ayudar a los gobiernos a lograr un consenso entre los profesionales de la salud, sobre la conveniencia de establecer normas de atención y posteriormente, aplicar normas y directrices. El objetivo a largo plazo recomendado por el grupo de expertos de la CICAD (más tarde reforzada por las reuniones de marzo de 1998 y de agosto de 2001), es la elaboración de sistemas de acreditación de los proveedores de servicios de tratamiento, lo cual abre la discusión a las acciones de certificación que deban realizarse entre los organismos e instituciones involucradas en el manejo de las adicciones.⁶⁷ Así, de poderse llevar a cabo las indicaciones del comité de expertos de la OMS y la ONUUD, se espera que ocurran distintas cosas a la vez en las diferentes vertientes que muestra este complejo asunto.

Se desprende de lo anterior que los aspectos esenciales para un sistema de tratamiento integral contra las adicciones, como lo describe Puchol,⁵¹ incluyen:

1. La administración de los dispersos tipos de tratamiento estructurados (profesionales) y comunitarios no gubernamentales (de acceso directo) en determinada zona o país, conforme a las necesidades que plantean los pacientes.
2. Los planes ofrecidos habrán de enmarcarse en una respuesta más amplia, tal como compete a un plan de salud pública, la cual comprenda ambos a la vez, los aspectos sociales y jurídicos.
3. Es importante destacar las principales formas de remisión de casos al sistema de tratamiento.
4. Aclarar y formalizar los procedimientos de remisión de casos y la indispensable vinculación entre los organismos y sus respectivos servicios, lo cual resulta pieza esencial de la consolidación de las metas terapéuticas de cualquier programa de atención a la salud, pero lo es aún más, cuando dichas metas se dirigen contra el riesgo y daños derivados del proceso adictivo sobre la población, al momento de conceptuar la elaboración de un sistema nacional de tratamiento integral (Tabla 4).

En adición, cabe señalar que los elementos de tales protocolos de atención al consumidor abusador/adicto a psicotrópicos requiere de:

1. La apropiada evaluación del usuario.
2. El reconocimiento inicial global del caso.
3. La selección de la forma de intervención que habrá de utilizarse.
4. La evaluación integral. La planificación unitaria de la atención a brindarse.

De modo que los tratamientos estructurados o profesionales y los servicios de acceso directo –co-

munitarios o no– gubernamentales que se administran con arreglo a un plan normativo requieren de confección por escrito donde se acuerda la atención individual diseñada *ex professo*. A la luz de este planteamiento, se colige claramente que la coordinación de la atención que predomine en el sistema descrito ocupará, consecuentemente, un lugar primordial en el sistema. En él se centrará el propósito final de un beneficio colectivo a una sociedad que requiere sin demora de la sistematización de las acciones de todos los involucrados, mutuamente apoyados entre sí, persiguiendo la meta común que afirman sus integrantes querer lograr: la suma de voluntades y acciones.

REFERENCIAS

1. Tapia CR. *El Consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones*. México: Editorial El Manual Moderno; 2002.
2. Guisa CVM, Díaz BSL, Sánchez HR; Souza y MM. *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. 3a. Ed. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.; 2003.
3. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y. *Integrating primary medical care with addiction treatment: A randomized controlled trial*. *JAMA* 2001; 286: 1715-23.
4. Hopper JA, Shafi T. *Management of the hospitalized injection drug user*. *Infect Dis Clin N Am* 2002; 16: 571-87.
5. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP. *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. *JAMA* 2000; 284: 1689-95.
6. Saitz R, O'Malley SS. *Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment*. *Medical Clinics of North America* 1997; 81: 881-907.
7. Weintraub E, Dixon L, Delahanty J. *Reason for medical hospitalization among adult alcohol and drug abusers*. *Am J Addict* 2001; 10: 167-77.
8. Aszalos R, McDuff DR, Weintraub E. *Engaging hospitalized heroin-dependent patients into substance abuse treatment*. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17: 149-58.
9. Armenian SH, Chutuape MA, Stitzer ML. *Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit*. *Drug Alcohol Depend* 1999; 56: 1-8.
10. Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. *Assessing substance abuse treatment need: A statewide hospital emergency department study*. *Ann Emerg Med* 2003; 41(6): 802-13.
11. McRae AL, Brady KT, Sonne SC. *Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: Implications for internal medicine*. *Medical Clinics of North America* 2001; 85(3): 12-37.
12. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT. *Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers*. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 177-87.
13. Zealberg JJ, Brady KT. *Substance abuse and emergency psychiatry*. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 803-17.

14. APA. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR.* Washington; 2000.
15. Souza y MM. *Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones.* Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
16. Souza y MM. *El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones.* *Rev Mex Neuro* 2001; 2(1): 25-7.
17. OMS. *30 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 873.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1998, pp. 3.
18. Souza y MM, Quijano BEM, Guisa CVM, Díaz BSL. *Criterios derivativos para la remisión y terapéutica de pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos.* Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
19. Halleck SL. *Evaluation of the psychiatric patient: A primer.* New York: Plenum Press; 1991.
20. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUUD). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación Cap. VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento.* Naciones Unidas. Viena, 2003.
21. ONU. *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas.* Carta de las Naciones Unidas.
22. Souza y MM. *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones.* Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
23. Souza y MM. *Modelos profesionales de tratamiento para el alcoholismo.* Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Cuadernos FISAC 2004; 25-46.
24. 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.
25. Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL. *Guía Latinamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP. Sección de Diagnóstico y Clasificación.* América Latina: Ed. TonoContinuo; 2004.
26. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo VAS, Gaucín RR. *Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones: Una Propuesta.* *Psiquiatría* 1998; 14(1): 9-25.
27. Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y MM. *Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto.* 2a. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 28-38.
28. Souza y MM. *Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones.* *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
29. 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): 110-16.
30. Souza y MM. *Por una psiquiatría de las adicciones.* *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.
31. Souza y MM. *Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México.* 2a. Época *Psiquiatría* 1998; 14(3): 100-6.
32. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. *Adicción, normatividad y terapéutica.* 2a. Época. *Psiquiatría* 2004; 20(3): 25-37.
33. Naciones Unidas, ONU. *Treaty Series, Vol. 520, Núm. 7515.*
34. Naciones Unidas, ONU. *Treaty Series, Vol. 1019, Núm. 14956.*
35. Conferencia de las Naciones Unidas. *Aprobación de una convención contra el Tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.* Viena, 25 nov a 20 dic, 1988, Vol. 1 (publicación No. S.94.XI.5).
36. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. *A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia.* 2a. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 14-27.
37. *Diario Oficial. Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.* 16 de Marzo de 2000.
38. *Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.* Viernes 18 de Agosto de 2000.
39. *Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.* Miércoles 15 de noviembre de 1995.
40. *Diario Oficial. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.* Lunes 7 de Diciembre de 1998.
41. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. *El alcoholismo en México.* *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(4): 356-64.
42. 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.
43. Guisa CVM, Díaz BSL. *Red Nacional de Atención al Farmacodependiente y su Familia.* Dirección de Tratamiento. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 1998.
44. Martínez MJ, Martínez AJ, Mercado CG, Souza y MM. *Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana.* 2a. Época. *Psiquiatría* 1999; 15(2): 23-7.
45. Souza y MM, Martínez AJ, Mercado CG. *Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo.* 2ª. Época. *Psiquiatría* 1999; 15(1): 12-19.
46. SSA. *El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones.* México; 2002.
47. Souza y MM. *Adicciones, psicopatología y psicoterapia.* *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(1): 57-69.
48. 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.
49. Souza y MM, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL y cols. *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud.* Subdirección de Enseñanza e Investigación en Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Gobierno del Distrito Federal. México, 2000.
50. Souza y MM. *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones.* Centros de Integración Juvenil A. C. Dirección General Adjunta Normativa; 2003.
51. Puchol ED. *Trastornos adictivos (I): Principios clave del tratamiento.* *Revista de Psicología* www. hispavista.com, 2005.
52. American Society of Addiction Medicine. *Public policy statement on screening for addiction in primary care settings.* *ASAM News* 1997; 17: 17-18.

53. American Society of Addiction Medicine. *Patient placement criteria for the treatment of substance abuse-related disorders*. Chevy Chase, Maryland, 1996.
54. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Compendio 2003*. Barcelona: Ars Médica; 2003.
55. Cunningham JA, Humphreys KA. Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: A pilot project. *J Stud Alcohol* 2000; 61(6): 94-8.
56. Heinrich CJ, Lynn LE. Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28(4): 601-22.
57. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. La educación médica en adicciones y sus problemas. 2a. Época. *Psiquiatría* 2004; 20(1): 9-20.
58. Kurz M. Early intervention strategies in substance abuse. *J Neural Transm* 2003; 66: 85-96.
59. NIDA. *The National Institute on Drug Abuse. Information for researchers and health professionals*. U.S.: Department of Health and Human Services; 2003.
60. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, PNUFID. *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. ONU. N.Y., 2003.
61. Prado GA. Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En Souza y MM. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
62. Pulse Check. *Trends in Drug Abuse*. Executive Office of the President. Washington, D. C.: Office of National Drug Control Policy; 2002.
63. Souza y MM. *Alcoholismo: Conceptos Básicos*. México: Editorial El Manual Moderno; 1988.
64. SSA. *Lineamientos para los establecimientos que prestan servicios para la prevención y control de las adicciones*, México: Secretaría de Salud; 2005.
65. US. Department of Health and Human Services, Treatment Center for Substance Abuse. *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol Series 27*. Rockville, Maryland, US: Department of Health and Human Services; 1998.
66. Woody G. Research Findings on Psychotherapy of Addiction Disorders. *American Journal on Addictions* 2003; 12(2): 19-26.
67. CICAD. *Informe Final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD. 29 de julio-1 agosto. Buenos Aires: Organización de Estados Americanos, OEA; 1997.

