

Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones

Souza y Machorro M¹

RESUMEN

La terapéutica antiadictiva es efectiva contra la patología adictiva, cuya estirpe multifacética e impacto multimodal requiere de varios recursos a la vez, pues ningún tratamiento es efectivo por sí mismo. La ostensible variación encontrada entre programas refleja abordajes, contenidos y efectividad distintos. La clasificación y el uso de una nosología para el paciente a partir de sus características sociodemográficas, psicopatología, tipología, patrón de consumo, severidad sindromática, etc., representan un esquema profesional que no necesariamente es asumido por quienes brindan manejo, subestimando así el estudio de la historia natural de la enfermedad y nivel de atención preventiva como predictores rehabilitatorios. El éxito terapéutico depende de las maniobras del postratamiento y éste se supedita a distintos factores promotores de adhesión (motivación, grado de involucro en el manejo y desempeño en la dinámica entre la institución, tipo de manejo, el paciente y la familia). Cuando el problema es visto como alteración crónica, la duración del tratamiento y su continuación (cinco años) es el elemento más benéfico cuya modificación demanda terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuado, con bases psicoterapéuticas. Tales acciones contextualizan la labor empática, de orientación, correctiva y de apoyo informativo, íntimamente vinculadas a la detección y combate el deseo-necesidad imperiosa de consumo. La eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia y la toma de conciencia, así como de la participación activa de los afectados, disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos, al amparo de la nosología vigente, que impulsa una atención humanitaria de calidad para los afectados.

Palabras clave: adicciones, clasificación, nosología, terapéutica, supervisión clínica.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(2): 166-179

Nosology and therapeutics of programs against drug abuse

ABSTRACT

The antiaddictive therapeutics is effective against the pathology of drug abuse, whose multiple origin and multimodal impact requires simultaneously of several resources, because no treatment is effective by itself. The obvious variation found among programs reflects approach, different contents and effectiveness. The classification and the use of a special nosology for the patient from its sociodemographic characteristics, psychopathology, type variability, pattern of consumption, syndromatic severity, etc., represent a professional scheme that is not necessarily assumed by those who offer therapeutics services, underestimating therefore the study of the natural history of the disease and level of preventive attention like rehabilitating predictors. The therapeutic success depends on the maneuvers of the post-treatment and this one is subject to different promotional factors of adhesion (motivation, degree of involvement in the handling and performance in dynamics between the institution, type of management, the patient and the family). When the problem is seen like chronic alteration, the length of the treatment and its continuation (five years) is the most beneficial element whose modification demands ambulatory therapy, medication and continued follow-up, with psychotherapeutic foundation. Such actions give a frame to empathic work, orientation, adjustment and of informative support, closely related to the detection and fighting of the vehement yearning for consumption. The elimination of the relapse, the reinforcing of the permanence and the taking of conscience, as well as of the active participation of the affected ones, diminish the difficulties of management of chronic processes, under protection of the current valid nosology, that urges a humanitarian quality attention of for the affected ones.

Key words: drug abuse, classification, nosology, therapeutics, clinical assessment.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(2): 166-179

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Adscrito a la Dirección de Tratamiento de Centros de Integración Juvenil, A. C.

Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Tlaxcala 208 6o. Piso.
Col. Hipódromo Condesa.
Del. Cuauhtémoc. C.P. 06510. México, D.F.
Tel.: 5655-6139 (Consultorio).
E-mail: souzaym@prodigy.net.mx.

ANTECEDENTES

Los tratamientos antiadictivos son en general, efectivos para reducir los problemas médicos, psíquicos y psiquiátricos de los pacientes con problemas derivados del consumo de psicotrópicos, ya sean estimulantes, sedantes o psicodislépticos de consumo aislado, episódico o consuetudina-

rio, solos o combinados.¹⁻¹⁷ Asimismo, son igualmente efectivos para contener o bien dar resolución en su caso, a la amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad,⁵ como la disfuncionalidad familiar,^{15,18-21} los aspectos delictivos,²² la violencia psicofísica,²³ sexual²⁴ u otras modalidades que caracterizan a la mayor parte de los casos. Pero ningún tratamiento es efectivo por sí mismo,^{25,26} menos aún si se trata de la utilización de uno sólo de los variados recursos correctivos de que se dispone.²⁷ De modo que la complejidad de la patología adictiva, de estirpe multifacética e impacto multimodal, puede medirse tan sólo por el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues aun con la participación de un equipo multi, trans e interdisciplinario puede, según sea el caso, no consolidarse el resultado favorable esperado por el equipo de salud, independientemente de que su delicado manejo requiere, en la mayoría de los casos, de mucho tiempo²⁸ gastado en forma constante y una adhesión especial. De ahí que los programas terapéuticos varíen tanto en sus abordajes, contenidos y especialmente en su efectividad.²⁹⁻³² Por otra parte, se presume con base en la experiencia, que los distintos tratamientos son eficaces, dadas sus características, preferentemente con cierto tipo de pacientes mas no con otros.³³ Los métodos para clasificar nosológicamente a cada paciente son conocidos y en cierto modo complejos y desatendidos, aunque hayan sido descritos en la literatura desde hace más de una década, lo cual colabora en parte, entre otras razones, a que la evaluación clínica completa de los pacientes lamentablemente casi nunca se supervise.^{34,35} Para el desarrollo de estos prolegómenos se describen los primeros esfuerzos académicos en adicciones en EUA y que fueron realizados por la Asociación Médica sobre Alcoholismo de Nueva York en 1954, y reforzados en 1967 por la Sociedad Médica Americana de Alcoholismo, todo lo cual permitió diseñar, organizar y establecer acciones destinadas a estudiar, clasificar y promover la educación en esta materia.³⁶ Un valioso precedente histórico ocurrido en 1956 fue cuando la Asociación Médica Americana, AMA, reconoció por vez primera al alcoholismo como una enfermedad.³⁶ Sin embargo, pese al trascendental reconocimiento de esta acción, en la mayoría de los países que aceptan las adicciones como parte de la patología psiquiátrica, acorde con las recomendaciones de la OMS, no se observa en la actualidad la esperada repercusión académica en la enseñanza del personal de Salud.^{37,38}

Con la creación en 1935 de Alcohólicos Anónimos (denominados Grupos de Ayuda Mutua en la NOM)³⁹ empezaron a desarrollarse acciones asistenciales diversas, emparentadas con los objetivos mé-

dicos y de lo que en algunos países se conoce como *Psiquiatría de las Adicciones*.³⁸ La Asociación Psiquiátrica Americana, APA, en 1981 reconoció que cerca de 30% del total de los problemas psiquiátricos ocurridos en ese país derivan regularmente de problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras sustancias psicotrópicas.⁴⁰ Reconoce implícitamente la naturaleza crónica del padecimiento adictivo y las consecuentes recaídas. De ahí que como meta óptima de toda terapéutica antiadictiva, se recomienda la consolidación de la abstinencia y su supervisión,^{41,42} la que, de acuerdo con la experiencia clínica, debe ser total, sostenida y sin concesiones, para poder alcanzar beneficios duraderos y permitir, asimismo, el acceso a un estilo de vida saludable.^{43,44}

La primera vez que se expidió en EUA un reconocimiento académico a personal de la salud que asistió a un curso de alcoholismo fue en 1983 por la Sociedad Médica de California.⁴⁵ En 1985, el Colegio Americano de Médicos asentó en la política pública de salud estadounidense que: "La dependencia a sustancias químicas debía reconocerse como enfermedad y, por tanto, se requería practicar un diagnóstico médico y un tratamiento adecuado, razón por la que se recomendó el reforzamiento de una enseñanza formal".⁴⁶ De hecho, una revisión de estudios epidemiológicos realizada en torno a los problemas adictivos, mostró que 70% de los pacientes en ese país, distinto de lo que ocurre en México, habían sido atendidos en primera instancia, por médicos de atención primaria.⁴⁷ A pesar de los logros alcanzados y de la intención educativa a nivel técnico y profesional, las actividades nosológicas y terapéuticas, entendidas como un fenómeno dinámico, implican una renovación constante en la metodología, la investigación, las técnicas didácticas y en el conocimiento de la población objetivo.^{27,28,38,48} En 1986 se incluyeron en la currícula médica temas relacionados con las adicciones, fecha en la que se podría decir, pese a los antecedentes aislados de su atención, se inició el manejo profesional de las adicciones.^{43,49} A partir de 1987 se recomendó que durante la formación psiquiátrica y psicoterapéutica se incluyera la supervisión clínica de casos. Variante pedagógica frecuentemente ignorada por los profesionales, que debe considerarse como un componente fundamental en los programas de enseñanza.^{27,47} En 1988, la AMA publicó los lineamientos médicos prioritarios sobre adicciones, en los que definió su postura sociopolítica y en los que fundó su participación profesional, a efecto de difundir "el punto de vista oficial de ese país",⁵⁰ con el doble propósito de mejorar el conocimiento profesional del problema y favorecer el desarrollo de habilidades en el personal de salud, para hacer

frente al creciente fenómeno de salud pública. Derivado de esta acción, se estima que en el ámbito educativo de esta materia el conocimiento mínimo que debe tener el personal de salud debe acompañarse siempre de una temática *ad hoc* (Tablas 1, 2 y 3).^{37,38,51} En este contexto, todo tratamiento posible en casos de adicción, debe efectuarse tomando en consideración la singularidad del sujeto y su visión del mundo. Así, de modo complementario, la fami-

liarización profesional con los grupos de Ayuda Mutua forma parte de los lineamientos de prevención de esta patología^{27,42} en distintos programas de tratamiento.^{27,41,47}

Los programas de internamiento con duración de 28 días, difundidos en su operación desde el inicio de los años ochenta, recogieron el espíritu y principios de A.A. y al mezclarse con otras consideraciones médicas conformaron el llamado Modelo

Tabla 1
Conocimientos mínimos recomendados por la AMA al personal de Salud

-
- Uso de una terminología común.
 - Uso de los mismos criterios diagnósticos.
 - Conocimientos básicos de epidemiología.
 - Conocimiento de la historia natural del padecimiento.
 - Conocimiento de los factores de riesgo genéticos, biológicos, familiares y socioculturales.
 - Farmacología y fisiopatología.
 - Evaluación completa del paciente, la cual se basa en técnicas que incluyen:
 1. Historia familiar y personal del consumo de sustancias.
 2. Tests de selección-clasificación (tamizaje).
 3. Pruebas de laboratorio y gabinete.
 - Interpretación médica adecuada de los hallazgos físicos.
 - Uso de estrategias contra la negación de la conflictiva del consumo de sustancias.
 - Habilidades específicas y conocimiento apropiado de las técnicas de referencia.
 - Conocimiento de las técnicas de cuidado a largo plazo.
 - Conocimiento de los requisitos legales y regulatorios relacionados con:
 1. Prescripción y tratamiento de pacientes con problemas de consumo de sustancias.
 2. Obtención de información en fuentes especializadas.
 3. Obtención del consentimiento informado de los pacientes y/o sus familiares.
-

* Modificado de Bowen OR; Sammons JH. The alcohol abusing patient: A challenge to the profession. JAMA 1988; 260: 2267-2270; Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. La Educación médica en adicciones y sus problemas. Psiquiatría. En prensa, 2004.

Tabla 2
Recomendaciones al personal de Salud. Conferencia Nacional Sobre Alcohol/Drogas, Médicos de Atención Primaria y Educación, 1985

-
- Epidemiología: incluido conocimiento de los factores de riesgo y la historia natural de la enfermedad adictiva.
 - Fisiología y bioquímica de la dependencia a sustancias químicas.
 - Farmacología: incluido conocimiento de los efectos comunes de las sustancias de abuso y las interacciones de las distintas drogas.
 - Diagnóstico, intervención y referencia.
 - Manejo de caso: incluido el manejo de las consecuencias del consumo de sustancias a corto, mediano y largo plazos.
 - Prevención: a través de la promoción de la salud identificación temprana o precoz y educación a los pacientes y sus familiares.
 - Identificación y evaluación de su propia actitud y conducta profesional en relación con el consumo de sustancias.
-

* Modificado de Lewis DC; Niven RG, Czechowicz D. A review of medical education in alcohol and other drugs. JAMA 1987; 257(21): 2945-8; Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. La Educación médica en adicciones y sus problemas. Psiquiatría. En prensa, 2004.

Tabla 3
Temas y aspectos a considerar en la educación en adicciones a personal de Salud

- Importancia epidemiológica del incremento social del consumo.
- La adicción como enfermedad.
- La experiencia educativa en adicciones.
- Pertinentes modificaciones curriculares.
- Uso del modelo cognitivo-conductual.
 - a) Evaluación de las necesidades de aprendizaje.
 - b) El diseño ad hoc de programas y
 - c) La imprescindible evaluación de los resultados.
- Participación del sistema educativo.
- Importancia de los elementos formativos curriculares.
 - a) La identificación correcta del problema.
 - b) La intervención adecuada que éste requiere y
 - c) La educación pertinente.
- Desarrollo de una labor conjunta.
- Presencia del Síndrome Exhaustión.
- Introgénia y reacciones contratransferenciales.
- Estrategias interactivas.
- Estudio de los patrones de inicio y cesación de consumo.
- Prevención de adicciones y comorbilidad.
- Reconocimiento del consumo problemático.
- Automedicación.
- Denominación usada en el campo terapéutico y sus diversas connotaciones.
- Amplia tolerancia social a la intoxicación y el abuso en el consumo de sustancias sin prescripción y el cabal desconocimiento del concepto de consumo perjudicial.
- Identificación apropiada de la naturaleza del daño.
- Duración del consumo.
- Incompatibilidad con otra entidad nosológica.
- Consumo desadaptativo y sus alcances.
- Identificación del consumo en la familia.
 - a) Cambios de carácter y deterioro del rendimiento académico y/o laboral.
 - b) Presencia de signos de intoxicación.
 - c) Exploración de los hábitos nocturnos.
 - d) Amistades malsanas.
 - e) Presencia de restos de consumo.

* Modificado de Souza y MM; Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL, Tagle OI y col. Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de Salud. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. México, 2000.

Minnesota, que evidencia fehacientemente la amplia variedad de resultados a los que puede llegarse por falta de una apropiada clasificación nosológica, por lo que se ha requerido desintoxicar previa y apropiadamente a los pacientes antes de proceder al internamiento,⁵² a su rehabilitación residencial^{53,54} en la estancia de cuatro semanas⁵² o a la extensión del tratamiento a modo de recontratación de otro servicio terapéutico extra.⁵⁵ Todas ellas representan condiciones que a la luz de la experiencia reclaman sin duda de parte de los profesionales un análisis más cuidadoso.

Posteriormente, en los albores de los años noventa, los retos terapéuticos de los servicios asisten-

ciales, en particular aquellos que desarrollaban programas antiadictivos, se enfocaron a dos cuestiones complementarias e ineludibles: el costo-beneficio del servicio brindado y la siempre pertinente clasificación clínica de los pacientes, por lo cual, presionados los servicios por el costo de tal manejo, se optó por enfatizar las acciones destinadas a la desintoxicación ambulatoria —que en EUA representó en aquel entonces una décima parte del costo de un internamiento regular o promedio—^{52,53} y el tratamiento diurno, lo cual en un principio a querer o no, dada la dificultad de su reconocimiento, dejó un poco de lado la condición médico-psiquiátrica y psicosocial de los pacientes.⁵⁶⁻⁵⁸ Por su parte, la hos-

pitalización parcial de los abusadores y adictos ofreció iguales o mejores resultados, comparados con la rehabilitación residencial, calculada económicamente entre una mitad y un tercio de su costo, por lo que se consideró que el manejo del internamiento no lograba la meta de la deseada "rentabilidad".⁵³

DESCRIPCIÓN

Para optimizar la calidad del cuidado de estos pacientes, es necesario determinar sus características individuales como la psicopatología que sirve como un posible predictor de la evolución terapéutica⁵⁶ y con base en ello sustentar el grado de compromiso y participación, en aras de un mejor pronóstico rehabilitatorio,^{35,52} criterios que, no obstante, aún permanecen bajo investigación^{31,58} debido a que los resultados de los estudios que clasifican adecuadamente a sus pacientes, *versus* aquellos que no lo hacen, han arrojado por diversas razones conceptuales y técnicas, resultados sólo ligeramente superiores que no justifican la diferencia esperada.^{31,59} Se busca en todo caso, lograr una clasificación sencilla y funcional que permita pronosticar la evolución de los tratamientos para ser considerados óptimos.^{26,60-62} Pero como este delicado proceso aún se ve sometido al logro de un mejor esclarecimiento, de por lo menos dos cuestiones esenciales y convergentes:

1. La clasificación adecuada de las modalidades terapéuticas, y
2. La ubicación del paciente en su nivel de atención con base en su condición clínica. Enfoques ambos, teórica y clínicamente importantes, que deben ser integrados dada su deseabilidad operativa, a la práctica cotidiana de ésta y cualquier otra especialidad médica.^{27,28}

A la enorme demanda de atención de problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso,^{63,64} se suman por lo menos 31% de los pacientes que acuden a servicios de emergencias,⁶⁵ quienes deberían poder beneficiarse también de la asesoría correctiva en las distintas modalidades que ofrece la comunidad: profesionales (internamiento residencial, internamiento breve, consulta externa y rehabilitación a largo plazo con apoyo o no, de Casas de Medio Camino) o bien paraprofesional (grupos de Ayuda Mutua),⁶⁶⁻⁶⁸ pero todos ellos –como cualquier otro paciente en medicina– requieren de ser apropiadamente clasificados para una mejor valoración clínica.^{28,48} En esa dirección, considérese el estudio de los grados de afectación del paciente abusador/adicto⁶⁶ señalado por la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones, SAMA, que señala los niveles de atención, coincidentes con el esquema Atención Preventiva referi-

do hace décadas por Leavell y Clark.⁶⁹ El primero de ellos o nivel II, acoge a quienes pueden ser tratados en forma ambulatoria e intensiva. Para el cuidado diurno o vespertino se diseñaron los programas de manejo del nivel II.1. La hospitalización parcial se ubica en el nivel II.5 y en el III o de rehabilitación, el nivel del internamiento residencial, el cual se refuerza por las acciones realizadas en la Casa de Medio Camino, ubicada en el nivel III.1. En forma complementaria, el designado para las acciones rehabilitatorias del Programa de la Comunidad Terapéutica se ubica en el nivel III.5.⁶⁶ En tal sentido, cabe señalar que el nivel I o de Atención Primaria no se incluye por razones obvias, ya que se trata de una condición localizada previa al horizonte clínico de la atención médica. Por lo que se oscila entre el nivel 0.5 y I, toda vez que se destina a las acciones de intervención temprana, para aquellos casos que representan cierto riesgo de enfermedad, donde la ayuda profesional puede ser de utilidad en sentido preventivo, pero no se logra aún establecer formalmente un diagnóstico.⁶⁶ Como puede apreciarse, los grados de afectación del paciente abusador/adicto y su diagnóstico, basados en la historia natural de la enfermedad, caracterizan una condición particular: la participación de una serie amplia de variables sociodemográficas como edad, género,^{70,71} nivel social y cultural,⁷² tipología, grado de severidad o afectación sindromática, donde destacan los elementos que conforman el patrón de consumo, tales como la edad de inicio de consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso; la severidad de los síndromes de intoxicación o abstinencia; la cantidad, frecuencia y condiciones de consumo, tipo de sustancias usadas, variedad o número de ellas, vías de administración alterna o simultánea, etc. Las características intrapersonales como diagnóstico(s) psiquiátrico(s), eficacia y funcionalidad cognitiva, etapa de cambio psicológico donde se encuentre el paciente, correspondiente al esquema de Prochazka,^{73,74} funcionalidad interpersonal y su estabilidad, entre otros. Así, a la pregunta ¿dónde encontraría utilidad la clasificación nosológica de los pacientes para ser ubicados en niveles adecuados de tratamiento? Se puede responder con los argumentos que brinda cualquiera de los siguientes estudios. El primero de ellos, realizado en el Centro para Adicciones del Centro Médico Foothills de Calgary, Canadá, entre un grupo heterogéneo de 44 pacientes abusadores/adictos a analgésicos con dolor crónico músculo-articular u otras condiciones leves (distintas de los pacientes terminales), atendidos (10 semanas) ambulatoriamente, refiere que el programa contra adicciones (dividido en cuatro aspectos: I. Grado de severidad de la adicción. II. Tipo de dolor. III. Grado de estrés emocio-

nal y IV. Plan de reducción de la medicación), evaluó la evolución lograda a los tres y 12 meses del ingreso, respectivamente. La mitad de los pacientes mostró mejoría estadísticamente significativa en por lo menos uno de los aspectos referidos. La mitad de los adictos a opiáceos se abstuvo del consumo tras 12 meses de manejo. Los resultados indican en opinión de sus autores, que las personas con dolor crónico y trastornos por consumo de sustancias responden bien a un modelo mixto de tratamiento para adicciones y manejo del dolor, basado en el aprendizaje personal para controlar la adicción y evitar las recaídas,⁷⁵ si cooperan y permanecen en estrecha supervisión a largo plazo.^{10,76,77}

El segundo estudio, realizado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, San Francisco, señala que a pesar de que la adicción etílica es un trastorno crónico con frecuentes recaídas,^{26,78} no se ha estudiado a largo plazo en su pronóstico, vinculado al tiempo utilizado en las medidas empleadas en su manejo. Señalan los análisis de regresión logística que la duración del manejo es un importante factor para el logro de abstinencias más largas y duraderas, y que entre los factores que las propician se identifican: la edad, ser mujer, llevar con apego los lineamientos de los Grupos de Ayuda Mutua y mantenerse realizando trabajos o labores orientadas a la recuperación. De modo que los pacientes tratados en internamiento residencial por un mínimo de seis meses, y esto es importante de enfatizar, muestran abstinencia de cinco años o más, en el postratamiento.⁷⁹

El tercero de los estudios dirigido a apoyar la argumentación que plantea, es el realizado por el Centro de Programas Integrados contra el Abuso de Sustancias de la Universidad de los Ángeles, California, cuyos resultados refieren que la predictibilidad de los casos en pacientes con adicción a cocaína, en su pronóstico a largo plazo, es difícil, porque se requiere del análisis combinado de los distintos elementos que conforman los casos. De ahí que entre las variables sociodemográficas incluidas destaquen: edad, género,⁸⁰ raza, nivel educativo, tiempo de consumo de la(s) sustancia(s), condición en el Índice de Severidad de la Adicción, ISA (citado en literatura múltiples veces por ser considerado como un reconocido instrumento práctico de medición que ubica el grado de afectación de los pacientes), el cual puede ligarse al tiempo de estancia, participación y adecuación de los abusadores/adictos a su tratamiento, y en consecuencia a su evolución y pronóstico postrero.^{13,81}

En un plano semejante, pero ahora tratándose de alcohol, una de las adicciones más importantes de la mayor parte de las sociedades, un cuarto estudio refiere la investigación realizada por el Departamen-

to de Psiquiatría de la Universidad de Creighton, Nebraska, que indica que el consumo de etanol en poblaciones de adultos mayores de 55 años o más permanece subatendido clínicamente, debido a múltiples barreras, ya diagnósticas,^{3,82-85} ya terapéuticas.^{26,64,65,86} Pocos estudios en la literatura, afirman sus autores, examinan el pronóstico de los manejos otorgados, los cuales no suelen avalar correctamente las acciones emprendidas. De acuerdo con las recomendaciones de la SAMA al efecto, para evitar recaídas, riesgos médico-psiquiátricos y su comorbilidad, el ambiente clínico de la modalidad terapéutica que proporciona el modelo de Hospital de Día, contribuiría decididamente a su control.⁸⁷ Por último, en relación con el control terapéutico de las adicciones cabe señalar que se han desarrollado varias formas de manejo. Por ejemplo, en opiáceos, las clínicas de Nueva York administran desde 1960 metadona,⁸⁸ con la intención de producir una evitación de los síntomas de abstinencia usando dosis de 50-100 mg/día. El LAAM (levo-alfa-acetil-metadol) otra forma de metadona de acción más prolongada, dosificada entre 70-100 mg/día, es capaz de eliminar los síntomas de abstinencia entre 48-72 horas. Puede administrarse tres veces por semana. La buprenorfina, agonista parcial de los opiáceos (con propiedades mixtas: agonistas y antagonistas) se utiliza desde 1970 contra la dependencia a estas sustancias. La naltrexona, medicación antagonista de los opiáceos es eficaz a dosis única por 24 horas, al bloquear los receptores cerebrales a la sustancia adictiva primaria.⁸⁸ Asimismo, se han usado otras sustancias como la naloxona.⁸⁷ Tratándose de cocaína, aunque se dispone de varias sustancias bloqueadoras para su manejo farmacológico, éstas no han mostrado mucha eficacia. Este tipo de manejo por razones éticas, al intentar continuar el trastorno, en su intento de ser cambiado por otro "más conveniente", ha resultado para muchas personas controversial, y ha sido documentado no obstante, como conveniente para el mantenimiento favorable a largo plazo del postratamiento de ciertos pacientes graves o complicados, especialmente los portadores de adicción al alcohol y/u otras sustancias de abuso como los opiáceos,^{65,87,89,90} por lo que cabe tener en cuenta otras condiciones clínicas y circunstancias del tratamiento de estos pacientes, donde las maniobras a realizar, de todas maneras, continúan siendo revisadas en los estudios internacionales.⁹¹

DISCUSIÓN

En forma complementaria, para redondear la visión ofrecida en torno de las actividades terapéuticas a los procesos adictivos, la sólida argumentación de apoyo existente a las medidas del postrata-

miento, en favor de los distintos tipos de pacientes y sus peculiares y muy variadas características, así como las instituciones participantes, documenta una amplia serie de psicotrópicos y acciones reforzadas por la participación de las Casas de Medio Camino y en su caso, programas de Hospital de Día. Su función brinda a largo plazo, contención funcional a los pacientes, complementada o en sustitución, en su caso, de la labor de los grupos de Ayuda Mutua. De la misma manera lo hace la persistencia en el tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.^{75,92,93} Como era de esperarse, la buena evolución de los pacientes en el postratamiento depende simultáneamente de distintos factores, los cuales tienen alta significación personal y por tanto influyen en su adhesión al tratamiento. Tal es el caso de la motivación,^{62,94-98} el grado de involucro en el manejo y el desempeño en las actividades programadas. En esa dirección se señala la participación de diversos factores, referidos sin orden de importancia:

1. La institución (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc.; características del personal y organización y recursos destinados al manejo).
2. Del tratamiento (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad^{98,99} de la condición clínica a tratar).
3. Del paciente (grado de afectación, conciencia de enfermedad, motivación y recursos disponibles).
4. De la familia (grado de funcionalidad, participación, abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adhesión, etc.).
5. Sociales y culturales (estigma, grado de aceptación y simpatía a la labor y esfuerzo de los afectados, etc.). Tómese por ejemplo, que en un reciente reporte de la oficina de las Naciones Unidas para Prevención de las Drogas y el Delito, PNUFID,^{88,100} se señala el carácter indudable de los graves problemas sociales ocasionados por las adicciones a psicotrópicos y el abuso de sustancias y sus generalizadas y costosas consecuencias.

Así, independientemente de que el problema sea considerado por los distintos grupos organizados: pecado, delito, mala costumbre o enfermedad (síndrome), según lo señala la nosología mundial, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el problema universal del abuso de drogas, sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción familiar y el uso desproporcionado de servicios de atención médica que derivan de esta particular condición. Pero si bien la ciencia y el desarrollo tecnológico actuales han

generado amplios y decisivos progresos en los últimos años, no es posible todavía explicar completamente los procesos fisiológicos y psicológicos que capaces de transformar el "uso" voluntario y controlado del alcohol y otros psicotrópicos en una adicción involuntaria e incontrolada de esas sustancias, para las cuales no existe curación. O en todo caso, lo que se puede hacer es tratar ese particular fenómeno eficazmente y ofrecer beneficios tangibles a cambio de la inversión que haga la sociedad en su terapéutica. En el ámbito de este punto, puede apreciarse la marcada diferencia conceptual y en consecuencia operativa, entre el trabajo clínico individual con pacientes abusadores/adictos y la visión epidemiológica del problema, observado desde su nivel macrológico. Ambas posturas resultan igualmente responsables de la no-convergencia inmediata del abordaje y desarrollo de la labor rehabilitatoria de los afectados y sus familias. No obstante, cabe esperar que posiblemente no lo sean tanto en su visión final, dados los semejantes fines que persiguen.^{88,100}

Los ensayos controlados y los trabajos de campo a gran escala han demostrado mejorías significativas a nivel estadístico y clínico en lo que respecta al consumo de psicotrópicos y a los problemas sanitarios y sociales conexos de las personas bajo tratamiento. Además, esa mejoría se traduce en reducciones sustanciales de problemas sociales y de diversos costos para la sociedad. Al compararse la eficacia de las diversas formas de tratamiento modernos con otras opciones que no conllevan manejo especializado, como la ausencia completa y total de tratamiento bajo distintas circunstancias, y como otras intervenciones de la justicia penal, en cada uno de los casos, los resultados de la investigación contemporánea indican la tendencia a reconocer con más eficacia el suministrar tratamiento que no hacerlo. De ahí que las diversas formas de tratamiento disponibles, algunas de las cuales han sufrido modificaciones en su extensión haciéndose más prolongadas en la parte del postratamiento, incluyan en orden de importancia asignado por la propia historia natural de la enfermedad:

1. La desintoxicación y/o estabilización del cuadro clínico a través del manejo de la abstinencia de los síndromes que ocasiona cada uno de los tipos de sustancias, ya solas o combinadas, que suele durar unos cuantos días.
2. La terapéutica con miras a su rehabilitación, la cual puede tardar semanas o meses, e incluso años, según sean las características de cada cuadro y su comorbilidad.
3. La atención continuada dirigida al manejo de la rehabilitación psicosocial de distintos factores en juego, como condición escolar, laboral, etc., especialmente la reestructuración del pro-

yecto de vida de cada paciente, lo cual puede durar varios años en consolidarse, según sea la motivación, recursos empleados y otros elementos como la eficaz evitación de las recaídas, el manejo del resentimiento, la resignificación de los contenidos mentales y simbólicos que el psicotrópico tiene para el paciente, etc.^{88,101}

En la bibliografía científica de los últimos años se observan distintos componentes que hacen o no, eficaces a los tratamientos. La variable independiente más importante al respecto en la que coinciden los autores y la experiencia, señala que la duración del tratamiento y en más amplio sentido su continuación a largo plazo (más de cinco años) es la que más efectos benéficos produce.⁸⁶ Cabe señalar que, por lo general, las modalidades terapéuticas que tienen una mayor duración recomendada como parte de las acciones contempladas en su programa, obtiene mejores resultados.⁸⁵ Del mismo modo que los pacientes continúan en tratamiento por más tiempo, logran mejores resultados a pesar de la modalidad empleada, lo cual es importante a efecto de discriminar entre las alternativas disponibles que los programas emplean. En consecuencia, es pertinente enfatizar:

1. Que los trabajos de investigación han mostrado de manera concluyente que, para los que padecen graves formas de adicción, los mejores manejos de los que se dispone son los que reúnen características integrales.
2. Los tratamientos continuados como los que se dirigen al control de otras enfermedades crónicas.
3. Aquellos que son capaces de abordar múltiples problemas a la vez, los cuales constituyen un riesgo para la recaída, como lo son síntomas físicos y psíquicos y en particular los factores relacionados con la inestabilidad social.
4. Aquellos que están mejor integrados en la sociedad para disminuir el fácil acceso a los efectos de seguimiento y planes de prevención de recaídas.^{88,100}

Otro de los aspectos importante que revelan los estudios es que, si bien la motivación para someterse a un tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida que requiere el mismo, la mayoría de los pacientes bajo estudio terapéutico que hacen uso de psicotrópicos se somete al manejo como resultado de una combinación de factores de motivación interna, presiones familiares, laborales e incluso judiciales, juntas. Presiones que al combinarse con el manejo profesional o paraprofesional (de ello dependen, como

es de esperarse, ciertas diferencias en las consecuencias prácticas), rinden sus frutos tanto al paciente como a la familia y en el más amplio sentido, a la sociedad.^{37,38} Con base en lo planteado puede afirmarse que el conocimiento actual indica que es mejor considerar a la adicción como un trastorno crónico recurrente y aunque es cierto que no todos los casos de adicción son crónicos y que varían en distintas porciones de configuración y están sometidos a diferencias notorias entre un paciente y otro aunque sean consumidores de la(s) misma(s) sustancia(s).^{88,100} Esta condición induce a pensar que precisamente por ello mismo algunos pacientes logran recuperarse completamente incluso, en algunos casos, sin tratamiento. No obstante, muchas de las personas que padecen de problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento y se piensa que continúan o están propensas a recaídas durante muchos años o quizá toda la vida, según sean las características biopsíquicas y sociales individuales. De ahí que se considere que como muchas otras enfermedades es imposible predecir si, y en qué plazo, un estrategia de cuidados intensivos puede dar lugar a una remisión completa. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión, padecimiento analogable, los cambios de la dieta, el ejercicio y el cambio de hábitos en la vida a favor de un estilo más saludable pueden reducirla en algunos pacientes sin medicación ni tratamiento continuado, muchos otros necesitan asistencia y supervisión continuada y el uso de medicamentos específicos. Además de una evaluación periódica de la dieta, el estrés y el ejercicio. Si la adicción se considera un trastorno crónico ya no resultará sorprendente que ni el encarcelamiento ni un breve periodo de estabilización resulten eficaces en producir los cambios esperados.^{88,100} Por otra parte, los estudios al respecto señalan igualmente un complemento de la visión acerca de esta patología, en la que en forma categórica se indica que:

1. La educación por sí misma no corrige la toxicomanía, toda vez que no se trata simplemente de falta de conocimientos al respecto. La mayor parte de los pacientes, de hecho, conoce y maneja información al respecto que no es del dominio de otras personas de la comunidad.
2. Las consecuencias del consumo del alcohol y otros psicotrópicos (por ejemplo, el desequilibrio hidroelectrolítico grave, la pérdida del trabajo o la detención policial) parecen ser estímulos importantes para someterse al tratamiento en algunos pacientes, pero habría que llegar a ello, lo cual trae aparejadas ciertas consecuencias y

gravosidad para el caso. Condición con la que los clínicos, con base en su experiencia en el manejo de casos, están de acuerdo, pero difieren del criterio y recomendaciones de los educadores preventivos:

- a) De hecho, muy pocos pacientes abusadores/adictos logran beneficiarse de un planteamiento de tipo correctivo por sí solo.
- b) En todas las forma de intervención de la justicia penal se registran tasas de recaída de más de 70%.
- c) En el caso de la adicción no se trata simplemente de que la persona se estabilice y elimine las drogas del organismo, sino de someterse a largo plazo a la corrección lo más completa posible.
- d) Las tasas de recaída después de los tratamientos de desintoxicación o manejo de la abstinencia son aproximadamente las mismas que después del encarcelamiento, es decir, demasiado altas como para considerar útiles como forma rehabilitatoria del problema.^{88,100}

Tomando en cuenta lo anterior se arriba a la conclusión que el mejor tratamiento para el abuso/adicción de psicotrópicos y otras sustancias es la combinación de terapia ambulatoria, medicación cuando el caso lo amerite y seguimiento continuados, según sean los distintos modelos de abordaje del problema.^{88,100}

Recientes investigaciones farmacéuticas han aportado recursos eficaces para el tratamiento de la dependencia al etanol, la nicotina y los opiáceos, y se han encontrado posibles medicaciones prometedoras que sin duda ayudarán a los médicos a tratar estas enfermedades. Por ello se puede referir que las adicciones, incluido el alcoholismo, son enfermedades cerebrales con fuertes perfiles psicofamiliares y socioculturales, tratables.^{88,100}

La medicación contra el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (*craving*) que en la actualidad se dispone conforma una lista más menos amplia de recursos con buenas posibilidades de apoyar el manejo. A este tipo de medicación iniciada relativamente hace poco tiempo (1994) en varios países europeos los define el acamprosat y en EU la naltrexona. El primero es un agente modulador específico del sistema glutamatergico que interactúa con los receptores neuronales de la NMDA en los canales de calcio¹⁰²⁻¹⁰⁷ e inhibe los síntomas de la privación etílica.¹⁰⁸⁻¹¹³ El segundo es un antagonista que interfiere con el refuerzo producido por el etanol al bloquear los receptores opiáceos, pero puede, a su vez, precipitar un síndrome de abstinencia e incluso producir he-

patotoxicidad en los casos donde ocurre sobredosificación.^{108,114,115} Asimismo, *el GABA y el etanol* por sí mismos reducen el deseo-necesidad de consumo, al restablecer la actividad dopaminérgica de las neuronas mesolímbicas, sustrato neural del estado disfórico que acompaña a la privación etílica.^{27,116,117} La amperozida, antagonista de los receptores 5-HT₂, tiene propiedades de liberación dopaminérgica.^{27,118} La lisurida, agonista-d₂ dopaminérgico y antagonista d₁ con propiedades serotoninérgicas, favorece la abstinencia hasta en 85% después de 90 días y en 47% después de 180 días.^{119,120} La memantina, receptor antagonista de los receptores NMDA, causa reducción significativa de los síntomas de la cesación etílica sin producir efectos colaterales estimulantes.¹²⁰ El disulfiram, cuyo potente efecto simpaticomimético reacciona con el acetaldehído produciendo una sintomatología aversiva al etanol.^{117,119,121} Y dado que la incapacidad para continuar la abstinencia se relaciona con la hipofunción de los neurotransmisores, los antidepresivos (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, dopamina y norepinefrina cerebral, solos o mixtos), al favorecer la biodisponibilidad de los receptores se hacen fármacos de utilidad terapéutica.¹²²⁻¹²⁴ Otros antidepresivos atípicos como la trazodona, a dosis bajas reducen el deseo-necesidad de consumo, los síntomas depresivos y la ansiedad asociada tras un lapso de por lo menos tres meses.¹²⁵ El carbonato de litio promueve la estabilidad del talante y el ión magnesio, usado en situaciones derivadas de su deficiencia tisular es útil en la enfermedad isquémica y el asma comórbida de la adicción en ancianos y desnutridos.^{124,126} La carbamacepina, químicamente semejante a los antidepresivos, es potente como anticonvulsivo, moderada como sedante y leve como estabilizador del ánimo.^{29,124} Y si bien, las benzodiazepinas proveen un seguro y efectivo manejo terapéutico en los síndromes adictivos, la investigación se enfoca sobre otras posibles drogas con menor capacidad adictiva para impedir la dependencia consecutiva a su uso.^{27,106,108} El clonazepam es eficaz contra la ansiedad y al combinarse con betabloqueadores, clonidina o neurolépticos funcionan aún mejor.^{106,116,120,122,123} Los valproatos con su posible acción GABAérgica favorecen la disminución del deseo-necesidad de consumo.^{118,119,126,127} Por último, la metadoxina y otras sustancias similares,^{127,128} usadas experimentalmente, revierten los efectos tóxicos de la intoxicación etílica.^{27,127,129} Lamentablemente no se encuentran todavía disponibles para el suministro cotidiano, pues no forman parte del cuadro básico de medicamentos que compone la terapéutica de las unidades de salud del país.^{27,120,121,128-133}

En relación con la comparación entre la adicción y otras enfermedades crónicas, cabe mencionar que

las mínimas diferencias no ameritan atención. En tanto que una de las semejanzas más significativas es la repercusión que tiene sobre la familia y el multiimpacto social. De modo que los principales objetivos de la mayoría de los tratamientos profesionales de estos padecimientos son:

1. La remisión de los síntomas.
2. La recuperación de la función en beneficio del paciente, donde se da por sentada la participación de la alianza médico-paciente.

Cuando se trata de adicciones muchas personas asumen que el manejo del paciente es "para que se sienta bien", lo cual llama poderosamente la atención, pues todos aquellos que han sufrido las consecuencias de la delincuencia, la pérdida de la productividad y el desconcierto relacionados con la adicción no están dispuestos a hacer. El personal de salud encargado de suministrar tratamiento contra la adicción a psicotrópicos, debe ampliar sus responsabilidades y centrarse en los siguientes fines recomendados por los expertos:^{90,102}

1. Trabajar con los empresarios y los organismos de bienestar social para que los afectados recuperen sus puestos de trabajo o bien consoliden alguno donde puedan desarrollarse y ser de utilidad.
2. Trabajar con los organismos de justicia penal y los intermediarios de la libertad condicional y la libertad vigilada para conseguir que el paciente no vuelva a cometer delitos relacionados con drogas y a ser encarcelado.²²
3. Trabajar con organismos de bienestar familiar y con las familias para que los pacientes vuelvan a desempeñar su función familiar en forma responsable, o la asuman, especialmente el padre o la madre.^{88,100}

CONCLUSIÓN

La evaluación de una intervención terapéutica eficaz es la solución o adecuado manejo de los problemas señalados. De ahí que el espíritu de los tratamientos se dirija a mitigar los problemas de salud pública y las consecuencias sociales para los pacientes, lo cual es el centro del diseño y realización de una estructura de prestación de servicios de atención societaria. En consecuencia, haciendo una formulación sintética, se estima que aunque no se conozca la causa de la dependencia, administrar tratamiento es mejor que no hacerlo; cuanto mayor sea la duración de éste, mejores serán los resultados.^{88,100} La patología adictiva es un trastorno de larga evolución^{74,83,84} cuyas características no difieren de otros padecimientos.^{28,86} Por tanto, la aten-

ción a su comorbilidad es indispensable y la motivación para el tratamiento es pieza fundamental de la rehabilitación, en la que el deseo-necesidad imperiosa de consumo (*craving*) causante de la(s) recaída(s) es el objetivo terapéutico del trastorno²⁸ cuyo control reclama los recursos más específicos posibles. El mejor tratamiento para esta entidad es la suma de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuados con bases psicoterapéuticas,^{85-87,134-139} acciones que contextualizan una labor empática de orientación, correctiva y de apoyo informativo, íntimamente relacionadas con la detección y combate al deseo-necesidad vehemente de consumo. Las metas de la eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia y toma de conciencia, así como de la participación activa de los afectados, son reflejo de la visión profesional, quintaesencia humanista que coadyuva a la disminución de las dificultades naturales del manejo en los procesos crónicos, al amparo de la nosología vigente.¹⁴⁰ Si bien "No es esperable una sociedad sin pestilencias", como afirma René Dubois, el gran conjunto social reunido con y para todos sus miembros debe participar en forma conjunta desde sus particulares posiciones a la solución de sus propios problemas.

REFERENCIAS

1. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS, Tourian KA, Rutherford MJ, Merikle EP. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59: 215-21.
2. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. *Drug Alcohol Depend* 1996; 40: 227-33.
3. Babor TF. Alcohol and drug use history, patterns and problems. In: Rounsaville BJ, Tims FM, Horton A. (Eds.). *Diagnostic Sourcebook on drug abuse research and treatment*. Rockville, MD: NIDA; 1993.
4. Barry KL. Consensus panel. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Rockville, MD: Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS Publication (SMA). Center for Substance Abuse Treatment; 1999, p. 99-3353.
5. Booth BM, Blow FC, Cook CA. Persistence of impaired functioning and psychosocial distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance abuse disorders. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 57-65.
6. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. New York, EUA: Oxford Univ Press; 2001.
7. Carroll KM, Rounsaville BJ. Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. In Edwards G, Strang J,

- Jaffe JH (Eds.). *Drugs, alcohol, and tobacco: Making the science and policy connections*. New York, EUA: Oxford Univ Press; 1993.
8. Carroll KM. *Manual guided psychosocial treatment: A new virtual requirement for pharmacotherapy trials?* *Arch Gen Psychiatry* 2002; 23: 43-51.
 9. Copeland A, Sorenson JL. *Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment.* *Drug Alcohol Depend* 2001; 62: 91-5.
 10. Currie SR, Hodgins DC, Crabtree A, Jacobi J, Armstrong S. *Outcome form integrated pain management treatment for recovering substance abusers.* *J Pain* 2003; 4(2): 91-100.
 11. Childress AR, McLellan AT, O'Brien CP. *Assessment and extinction of conditioned withdrawal-like responses in an integrated treatment for opiate dependence.* In: Harris LS (Ed.). *Problems of Drug Dependence*; 1984.
 12. Davis JR, Glaros AG. *Relapse prevention and smoking cessation.* *Addict Behav* 1986; 11: 105-14.
 13. Hodgins DC, El Guebaly N. *More data on the addiction severity Index: reliability and validity with the mentally ill substance abuser.* *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 197-201.
 14. Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D. *ASAM-Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders.* Washington, DC: American Society of Addiction Medicine; 1991.
 15. McCrady BS, Stout R, Noel N. *Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment.* *Br J Addict* 1991; 86: 1415-24.
 16. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS. *Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services.* *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1141-58.
 17. Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW. *Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health care utilization in a chronic pain sample.* *Clin J Pain* 1996; 11: 307-15.
 18. McCrady BS, Epstein EE. *Marital therapy in the treatment of alcohol problems.* In Jacobson NS, Gurman AS (Eds.). *Clinical Handbook of Couples Therapy*. New York, EUA: Guilford; 1995, p. 369-93.
 19. Souza y MM. *Alcoholismo: Conceptos básicos.* México: Editorial El Manual Moderno; 1988.
 20. Anton RF, Hogan I, Jalali B. *Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence.* *Drug Alcohol Depend* 1981; 8: 157-68.
 21. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG. *Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives.* *J Stud Alcohol* 1993; 54: 652-66.
 22. 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.
 23. Souza y MM, Rochin GG. *Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo.* 2a. Época. *Psiquiatría* 1999; 15(2): 28-33.
 24. Martínez MJ, Souza y MM. *Violencia sexual y psicotrópicos. Aspectos psicodinámicos.* 2a. Época. *Psiquiatría* 2002; 18(1): 44-56.
 25. Souza y MM. *"Adicción" al sexo, compulsión y controversia.* *Ginecología y Obstetricia de México* 2002; 70: 477-90.
 26. Gastfriend DR, McLellan AT. *Treatment matching. Theoretic basis and practical implications medical clinics of North America* 1997; 81(4): 945-67.
 27. Souza y MM. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos.* México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
 28. Souza y MM. *"Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones.* Dirección General Adjunta de Normatividad. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.; 2004.
 29. Hansen CF. *Drug dependence-treatment takes time.* *Sygeplejersken* 1997; 97(27): 6-10.
 30. Ball J, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment.* New York, EUA: Springer-Verlag; 1991.
 31. McLellan AT, Grissom GR, Brill P. *Private substance abuse treatments: Are some programs more effective than others?* *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 243-54.
 32. Project MATCH Research Group. *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes.* *J Stud Alcohol* 1997; 58: 7-29.
 33. Bowman K, Jellinek E. *Alcohol addiction and its treatment.* *QJ Stud Alcohol* 1941; 2: 99-176.
 34. Center for substance abuse treatment: *The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 13. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1995.
 35. Hser Y. *A referral system that matches drug users to treatment programs: Existing research and relevant issues.* *J Drug Issues* 1995; 25: 209-24.
 36. Chappel JN, Lewis D. *Medical education in substance abuse.* In: Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrog JG. *Substance abuse a comprehensive textbook.* 2nd. Chapter 72. Baltimore, Maryland: Ed. William and Wilkins; 1992.
 37. Souza y MM. *La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones.* *Rev Mex Prev Readapt Soc* 2000; 8: 99-106.
 38. 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.
 39. *Diario Oficial. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.* Lunes 7 de Diciembre de 1998.
 40. Labs SM. *The career teaching program: alcohol and drug abuse education for health professionals.* *J Med Educ* 1981; 56(3): 202-4.
 41. American Psychiatric Association, APA. *Special essentials (requirements) for graduate education in psychiatry.* Washington, D.C.: Residency Review Committee; 1989.
 42. American Psychiatric Association, APA. *Position statement of substance abuse.* *Am J Psychiatry.* 1981; 138(6): 874-5.
 43. American Medical Association, AMA. *Council on Mental Health and Committee on Alcoholism and Drug*

- Dependency. *Medical school education on abuse on alcoholism and other psychoactive drugs. JAMA 1972; 219(13): 1746-9.*
44. Galanter M, Bean-Bayoung M. A study of physicians certified in alcohol and drug dependency (editorial). *Alcoholism 1989; 13(1): 1-2.*
 45. Davies ACA, Correr F, Czechowicz D. Substance abuse units taught by four specialties in medical school and residency programs. *J Med Educ 1988; 63(19): 739-46.*
 46. American College of Physicians, ACP. Health and Public Policy committee. Chemical dependence. *Ann Int Med 1985; 102: 405-8.*
 47. Kamerow DB, Pincus HA. Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice. *JAMA 1986; 225: 4-7.*
 48. Souza y MM. Investigación y Enseñanza en Adicciones en la Ciudad de México. 2a. Época. *Psiquiatría 1998; 14(3): 100-6.*
 49. American Medical Students Association, AMSA. Appendix II. Alcoholism education in American medical schools. *Ann NY Acad Sci 1971; 178: 135-8.*
 50. Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D. A review of medical education in alcohol and other drugs. *JAMA 1987; 257(21): 2945-8.*
 51. Bowen OR, Sammons JH. The alcohol abusing patient: A challenge to the profession. *JAMA 1988; 260: 2267-70.*
 52. Hayashida M, Alterman A, McLellan A. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med 1989; 320: 358-65.*
 53. Annis H. Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? *Adv Alcohol Subst Abuse 1986; 5: 175-90.*
 54. Miller WR, Hester RK. The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In: Miller WR, Heather N (Eds.). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.* New York: Plenum Press; 1986, p. 121-74.
 55. Edwards G, Taylor C. A test of the matching hypothesis: Alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction 1994; 89: 553-61.*
 56. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA 1993; 269: 1953-9.*
 57. Carroll KM, Power MD, Bryant KJ, Rounsaville BJ. One year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers psychopathology and dependent severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis 1993; 181: 71-9.*
 58. Institute of Medicine. *Broadening the base of treatment for alcohol problems: A report of a study by a committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioral Medicine.* Washington, DC: National Academy Press; 1990.
 59. Project MATCH Research Group: Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): Rationale and methods for a multicite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res 1993; 17: 1130-45.*
 60. Carroll KM, Nuro K. Treatment manuals and treatment compliance. In: Carroll KM (Ed.). *Facilitating Compliance in Alcohol Treatment.* NIAAA Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: NIAAA; 1999.
 61. Cooney NL, Kadden RM, Litt MD. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol 1001; 59: 598-601.*
 62. McLellan AT, O'Brien CP. Matching substance abuse patients to appropriate treatments: A conceptual and methodological approach. *Drug Alcohol Depend 1980; 5: 189-95.*
 63. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Volume 2.* NIAAA Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: DHHS Publication No. (ADM) 92-1894. NIAAA; 1992.
 64. Schneider Institute for Health Policy. *Substance abuse: The nation's number one health problem.* Waltham, MA: Schneider Institute for Health Policy; 2001.
 65. Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: A statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med 2003; 41: 802-13.*
 66. Chase CH. Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders. *EUA: American Society of Addiction Medicine; 1996, p. 205.*
 67. Simpson DD. Treatment of drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 875-80.*
 68. McCrady BS. Alcoholics anonymous and behavior therapy: Can habits be treated as diseases? Can diseases be treated as habits? *J Consult Clin Psychol 1994; 62: 1159-66.*
 69. Leavell HR. Introducción a la 1a. Edición. En: Freeman H, Lerine S, Reeder L (Eds.). *Premntice-Hall Englewoods Cliffs, 2a. Ed. NJ: Handbook of Medical Sociology; 1972.*
 70. Green CA, Polen MR, Dickinson MD, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictions of initiation, retention and completion in a HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat 2002; 23: 285-95.*
 71. Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG. Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction 2002; 97: 887-9.*
 72. Azrin NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther 1976; 14: 339-48.*
 73. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.* *Psychother Theory Res Pract 1986; 19: 276-88.*
 74. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychologist 1992; 47: 1102-14.*
 75. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol 1996; 4: 46-54.*
 76. Portenoy RK. Opiate therapy for chronic nonmalignant pain. *Pain Research and Management 1996; 1: 17-28.*
 77. Portenoy RK, Payne R. Acute and chronic pain. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman EB (Eds.). *Substance abuse: A comprehensive Textbook,* Baltimore, MD: William and Wilkins; 1992, p. 691-721.
 78. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Behavioral Risk Factor Surveillance System.* October 18, 2001.

79. Weisner C, Ray RG, Mertens JR, Satre DD, Moore CH. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol and Dependence* 2003; 71: 281-94.
80. Anglin MD, Hser YI, Booth MW. Sex differences in addict careers. 4. Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 13: 253-80.
81. McLellan A, Luborsky L, Cacciola J. New data from the addiction severity index—reliability and validity in three centers. *J Nerv Mental Dis* 1985; 173: 412-23.
82. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
83. Souza y MM, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ. Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo, HCPCA. Una aportación al manejo asistencial del alcoholismo. *Salud Pública de México*. 1985; 17(4): 291-307.
84. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz BSL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucín RR. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. 2a. Época. *Psiquiatría* 1998; 14(1): 9-25.
85. Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
86. Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.
87. Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003; 19(4): 1-17.
88. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. PNUFID. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas. ONU: NY; 2003.
89. Fudala PJ, Berkow LC, Fralich JL. Use of naloxone in the assessment of opiate dependence. *Life Sci* 1991; 49: 1809-14.
90. Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffman NG, Smith DE. Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29(3): 239-48.
91. Hser Y, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B. Predicting post treatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health* 1999; 89(5): 666-71.
92. Friedman PD, Lemmon SC, Anderson BJ. Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug Alcohol Dependence* 2003; 243-51.
93. Alderman C. Open house detox. *Nurs Stand* 2002; 17(4): 16-7.
94. De Leon G, Jainchill N. Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *J Psychoactive Drugs* 1988; 18: 203-8.
95. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 455-61.
96. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive Behavior*. NY: Guilford; 1991.
97. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98: 84-107.
98. Simpson DD, Joe GW. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 1993; 30: 357-68.
99. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L. Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The veterans administration-penn study. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1172-7.
100. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. PNUFID. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento debate para la formulación de políticas. Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el Delito. NY: ONU; 2003.
101. Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y MM. Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. 2a. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 28-38.
102. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. October 18, 2001.
103. Waltz J, Addis ME, Koerner K. Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 620-30.
104. Al Qatari M, Bouchenafa O, Littleton J. Mechanism of action of acamprosate. Part II. Ethanol dependence modifies effects of acamprosate on NMDA receptor binding in membranes from rat cerebral cortex. *Alcohol Clin Exp Res* 1988; 22(4): 810-14.
105. Holter SM, Landgraf R, Zieglgansberger W, Spanagel R. Time course of acamprosate action on operant ethanol self-administration after ethanol deprivation. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21(5): 862-8.
106. Kosten TR. The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict Summer* 1998; 7(3): 205-9.
107. Kratzer U, Schmidt WJ. The anticraving drug acamprosate inhibits the conditioned place aversion induced by naloxone-precipitated morphine withdrawal in rats. *Neurosci Lett* 1998; 252(1): 53-6.
108. Spanagel R, Zieglgansberger W. Anticraving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci* 1997; 18(2): 54-9.
109. Diana M, Pistis M, Muntoni A, Gessa G. Mesolimbic dopaminergic reduction outlasts ethanol withdrawal syndrome: evidence of protracted abstinence. *Neuroscience* 1996; 71(2): 411-15.
110. Ciraulo AM, Alperet N, Franko KJ. Naltrexone for the treatment of alcoholism. *Am Fam Physician* 1997; 56(3): 803-6.
111. Naassila M, Hammoui S, Legrand E, Durbin P, Daoust M. Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(4): 802-9.
112. Spanagel R, Holter SM, Allingham K, Landgraf R, Zieglgansberger W. Acamprosate and alcohol: I. Effects

- on alcohol intake following alcohol deprivation in the rat. *Eur J Pharmacol* 1996; 305(1-3): 39-44.
113. Holter SM, Danyesz W, Spanagel R. Evidence for alcohol anti-craving properties of memantine. *Eur J Pharmacol* 1996; 314(3): 1-2.
 114. Mann K. The pharmacological treatment of alcohol dependence: needs and possibilities. *Alcohol Suppl* 1996; 1: 55-8.
 115. Chow L, Sellers M, Tomkins M. Effect of naltrexone and its derivatives, nalmefene and naltrindole, on conditioned anticipatory behavior and saccharin intake in rats. *Behav Pharmacol* 1997; 8(8): 725-35.
 116. Agabio R, Colombo G, Loche A, Lobian C, Pani M, Reali R, Gessa G. Gamma-hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism. *Alcohol* 1998; 33(5): 465-74.
 117. Gatch B, Lal H. Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998; 22(6): 917-44.
 118. De Vry J. 5-HT1A receptor agonists: recent developments and controversial issues. *Psychopharmacology Berl* 1995; 121(1): 1-26.
 119. Blundell JE, Lawton CL, Hill AJ. Mechanisms of appetite control and their abnormalities in obese patients. *Horm Res* 1993; 39(Suppl. 3): 72-6.
 120. Myers RD. New drugs for the treatment of experimental alcoholism. *Alcohol* 1994; 11(6): 439-51.
 121. Di Chiara G, Acquas E, Tanda G. Ethanol as a neurochemical surrogate of conventional reinforcers: the dopamine-opioid link. *Alcohol* 1996; 13(1): 13-7.
 122. Marlatt A, Barret K. Relapse prevention. In: Galanter M, Kleber H. *Textbook of substance abuse treatment. Chapter 20: 285-287. Washington, EUA: American Psychiatric Press; 1994.*
 123. Mandell W. Substance abuse treatment and management techniques. Department of Mental Health, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health. Nov. 1991.
 124. Velasco FR. *Alcoholismo: Visión integral. 2a. Reimp. México: Editorial Trillas; 1997.*
 125. Singleton EG, Gorelick DA. Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. *Recent Dev Alcohol* 1998; 14: 177-95.
 126. Strang P. Palliative medicine. A new research field with specific demands. *Lakartidningen* 1999; 96(1-2): 26-9.
 127. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of Psychiatry. 7th. Ed. Williams-Wilkins; 1994.*
 128. De Santiago JA. Tratamiento y rehabilitación de drogas. *Symposium Internacional "Programas con buenos resultados para reducir el abuso de drogas". Plan Nacional sobre drogas en Castilla y León, España-Centros de Integración Juvenil, A. C. Noviembre 17-19, México, 1999.*
 129. FINCA. *Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México. México: Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal; 1998, p. 8-12.*
 130. Schmidt LG, Dufeu P, Kuhn S, Rommelspacher H. Relapse prevention in alcoholics with an anticraving drug treatment: first results of the Berlin Study. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27(Suppl. 1): 21-3.
 131. WHO. *World Health Organization: Programme on substance abuse. Geneva: Approaches to treatment of substance abuse; 1993, p. 27-31.*
 132. Chick J, Erickson CK. *Consensus Conference on Alcohol Dependence and the Role of Pharmacotherapy in its Treatment. Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(2): 391-402.
 133. Blundell JE, Lawton CL, Hill AJ. Mechanisms of appetite control and their abnormalities in obese patients. *Horm Res* 1993; 39(Suppl 3): 72-6.
 134. Woody GE, Luborsky L, McLellan AT. *Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 639-45.
 135. Onken LS, Blaine JD. *Psychotherapy and counseling research in drug abuse treatment: Questions, problems, and solutions. In: Onken LS, Blaine JD (Eds.). Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse. NIDA Research Monograph Series No. 104. Rockville, MD: NIDA; 1990, p. 1-8.*
 136. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G. *Six month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 217-24.
 137. Kazdin AE. *Methods of psychotherapy research. In: Bongar B, Beutler LE (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice. NY: Oxford Univ Press; 1995.*
 138. Luborsky L, DeRubeis RJ. *The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. Clin Psychol Rev* 1984; 4: 5-154.
 139. Moras K. *The use of treatment manuals to train psychotherapists: Observations and recommendations. Psychotherapy* 1993; 30: 581-6.
 140. *Organización Mundial de la Salud. OMS. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo Quinto. Desórdenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo. Ginebra, Suiza: OMS; 1993.*

