

Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas^a

Mario Souza y Machorro^b



Foto: Archivo

*... No, honestamente, yo no soy alcohólico.
Yo sólo tomo dos o tres tragos al día.
Un par de cervezas cuando llego a casa después del trabajo,
dos bebidas chicas con la cena y
y quizá tres o cuatro copitas más... para dormir...
No creo ser alcohólico,
porque nunca me caigo de borracho en la calle
y a veces, cuando ocurre,
ha sido siempre en forma social...,
Yo bebo simplemente, pues...
¡para mantener bajos mis niveles de colesterol!...*¹

Resumen

Las adicciones producen cuadros clínicos diversos causantes de graves complicaciones de salud, legales y socioeconómicas. No obstante, muchas permanecen sin diagnosticar. La pobre respuesta terapéutica mundial deriva de la naturaleza heterogénea del problema, gravedad, comorbilidad, motivación, duración del tratamiento, estados emocionales afectivos, rasgos de personalidad, habilidades para la adap-

tación, impulsividad, etc. La oferta comunitaria de servicios debe considerar la historia natural del trastorno, estrategias de sensibilización e información y de detección oportuna, así como los sistemas interpersonales que los involucran. El marco humanista que la aloja ayuda a los pacientes a entender y manejar su enfermedad, propiciando la posibilidad de transformar a la persona-objeto, en persona-sujeto, vía control de su cuadro y mejoría de su autoestima y seguridad. Esta propuesta ofrece una visión científica; unificación del lenguaje; de los propósitos y metas diagnósticas, y la génesis del entendimiento y superación de las resistencias de los protagonistas, cuyo referente fomenta la realización institucional de la tarea; mejores y más específicos procedimientos que benefician el amplio espectro del manejo de casos, donde las modalidades psicoterapéuticas complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia productiva. Las instituciones deben asumir marcos jurídicos operacionales que supervisen al personal, desde su formación hasta la función laboral específica, y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones. Se requiere un programa nacional de tratamiento integral de las adicciones cuyo apego a cánones éticos respalde la profesionalización y produzca una experiencia digna y benéfica para todos los involucrados.

Palabras clave: Adicciones, diagnóstico, tratamiento, normatividad, educación para la salud.

^aXI Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones. "Teorías y realidades de la práctica clínica en el tratamiento de las adicciones". Ciudad de México, 7-9 de octubre, 2010.

^bCoordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior CIES/SEP. México, DF. Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx



Foto: Archivo

Addictions in Mexico: a therapeutic view of their myths and goals

Abstract

Addictions produce different clinical manifestations, causing serious health, legal and socio-economic complications. However, many remain undiagnosed. The poor global therapeutic response is derived from the heterogeneous nature of the problem; in addition to its severity, comorbidity, motivation, treatment duration, affective-emotional states, personality traits, adaptation skills, impulsiveness, etc. Community supply of services must consider the natural history of the disorder, information, awareness, and early detection strategies, as well as the interpersonal systems involved. The humanist framework that hosts it helps patients understand and manage their disease, making more likely the transformation of the person-object into a person-subject, through the control of the symptoms and improving self-esteem and security. This proposal offers a scientific view, unification of language and diagnostic purposes and goals, and the genesis of understanding and overcoming the resistance of the protagonists, fostering the institutional accomplishment of the task; better and more specific procedures that benefit the broad spectrum of case management, where psychotherapeutic mo-

dalities complement the pharmacological management and promote relapse prevention and productive abstinence. The institutions must assume operational frameworks to monitor staff, from their training to the specific job function, and the fulfillment of the responsibilities inherent to their actions. A National Program for the Integral Treatment of Addictions is required, which attachment to ethical norms supports professionalization and produces a worthy experience and beneficial for all those involved.

Key words: *Drug abuse, diagnosis, treatment, directions, health education.*

INTRODUCCIÓN

Dada la gran ignorancia en temas de salud mental y adicciones, su manejo en el país representa un rezago importante y una lastimera realidad. De una visión dialéctica de la actual terapéutica de las adicciones en el país, se desprenden por un lado, los impresionantes y útiles avances de las neurociencias de los últimos años². Por el otro, los impactantes conceptos de: “Dios ha muerto”, de Nietzsche, y “Dios no existe”, de Sartre, guían el camino al humanismo, ese, que algunas personas ignoran y otras detestan aún sin comprender.³ La presencia del oscurantismo en nuestra sociedad mantiene vigencia perenne, en especial relacionado con aquellos estados crónicos, inveterados o agravados, que movidos por la desesperación lleva a las personas a buscar soluciones inmediatas para casos irremediables, fórmulas mágicas que intentan eliminar las limitaciones propias de la existencia y las que imponen ciertas patologías, como la adictiva, que escapa a menudo a nuestra voluntad educativa y terapéutica. Pero “dejar en manos de Dios” el tratamiento específico de un problema de salud, en la ambigüedad de “ayúdame que Yo te ayudaré”..., es tomar un riesgo ingenuo y un acto temerario. Además, dicho con todo respeto, nadie puede demostrar que por haber “endosado a Dios” dicho problema, Éste –con E mayúscula–, logró arreglar ese –con e minúscula.

La mezcla de psicopatología, ignorancia, magia, esoterismo, etc., contraponen las acciones para la salud mental... Toda vez que el sujeto no asume responsabilidad por lo que le pasa, ni como fac-

tor participe del problema, ni como responsable de su gestión terapéutica. Ello descontextualiza los conceptos médico-psicológicos necesarios para su atención, al interpretarlos de manera diversa. Para formular su mejor abordaje posible, las adicciones como problema psiquiátrico requieren de contextualizarse en el marco del humanismo y la ética donde se hallan inmersas⁴. Desde esta óptica, “los seres humanos tienen el derecho y la responsabilidad de dar sentido y forma a sus propias vidas”⁵. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en su reunión del 27 de julio pasado, instó a los países participantes a procurar dar tratamiento a la drogadicción en vez de castigo. “La drogodependencia, es un trastorno de la salud, los usuarios de drogas necesitan un trato humano y eficaz”. Con esta sentencia dio inicio a la décimo octava Conferencia Internacional de SIDA en Viena, Austria.

Se pretende la construcción de una sociedad más humana a través de una ética basada en otros valores naturales y humanos en el espíritu de la razón y la libre investigación a través de las capacidades humanas, como la ciencia. De modo que la dignidad y la autonomía del individuo y el derecho de todo ser humano a la mayor libertad posible se compatibiliza con los derechos de los demás. Bajo esta consideración, se pretende “el uso de la ciencia” en forma creativa y no destructiva, lo cual requiere de una adecuada regulación. Asimismo, en el humanismo se espera que “la libertad personal se combine con la responsabilidad social, por lo que éste se compromete” con una educación libre de adoctrinamiento⁵. De igual forma, “reconoce los valores de la creatividad artística y la imaginación”, así como el poder transformador del arte para la realización personal. Por último, debe señalarse que el humanismo es un estilo de vida susceptible de alcanzarse y mantenerse por todos y en cualquier parte”⁵.

La profesión médica y psicológica se basan en la ética y como miembro de esta profesión, el personal de salud debe reconocer la responsabilidad con los pacientes en primer lugar, así como con la sociedad, con otros profesionales del ramo, y consigo mismo. Debe proporcionar atención competente, con compasión y respeto de la dignidad humana y los derechos de cada persona. Debe respetar los están-



Foto: Archivo

Las adicciones, como problema psiquiátrico, requieren de contextualizarse en el marco del humanismo y la ética donde se hallan inmersas. Desde esta óptica, “los seres humanos tienen el derecho y la responsabilidad de dar sentido y forma a sus propias vidas”.

dares de profesionalismo, ser honesto en todas las interacciones profesionales, y tratar de eliminar las deficiencias de los informes y demás documentación deficiente en carácter o competencia, así como “no participar” en fraudes o engaños. Debe respetar la ley y reconocer también la responsabilidad de buscar cambios en los requisitos que son contrarios a los mejores intereses del paciente. Debe respetar los derechos de pacientes, colegas y otros profesionales de la salud, y salvaguardar la confianza del paciente y su intimidad dentro de las limitaciones de ley. Debe estudiar, aplicar y promover los conocimientos científicos, mantener un compromiso con la educación médica, facilitar la información pertinente a los pacientes, colegas y público, obtener la consulta y recurrir al talento de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.

Y en la prestación de servicios apropiados de atención de los pacientes, excepto en casos de urgencia, podrá elegir libremente a quién servir, con quién asociarse, y el medio donde se preste la atención médica. Debe por tanto, reconocer la responsabili-



Foto: Archivo

dad de participar en actividades que contribuyan a la mejora de la comunidad y de la salud pública. El personal de salud, mientras esté al cuidado de un paciente, asumirá tal responsabilidad como primordial y facilitará la atención médica para todas las personas por igual. No satisfará sus propias necesidades mediante la explotación del paciente. Estará siempre vigilante sobre el impacto que su conducta tiene sobre los límites de la relación médico-paciente y, por tanto, al bienestar de éste. En consecuencia, el profesional de la salud no debe participar en ningún tipo de política que excluya, segregue, o degrade la dignidad de los pacientes por motivos de origen étnico, raza, sexo, credo, edad, situación socioeconómica u orientación sexual. Educará a los colegas a través del desarrollo de proyectos de investigación y de datos y presentaciones en reuniones profesionales y en revistas profesionales. Es requisito mostrar la misma conducta decorosa consigo y su profesión y en todas las acciones de su vida. Lo cual es especialmente importante en el

caso del psiquiatra y los psicoterapeutas, porque el paciente tiende a modelar su comportamiento por su identificación con el profesional, e incluso por razones de confidencialidad, porque la necesaria intensidad de la relación terapéutica tiende a activar el aspecto sexual y otras necesidades y fantasías del paciente y del psiquiatra o terapeuta, lo que debilita la objetividad necesaria para la labor. Por lo tanto, un profesional que regularmente realiza prácticas fuera de su área de competencia profesional debe ser considerado no ético⁵.

En este marco, consideramos a la moderna atención asistencial, que no busca *un furor curandi*, o en su caso, *analizandi*, sino utilizar en forma adecuada los recursos que brinda el conocimiento científico-tecnológico de nuestros días⁶. Al revisar dialécticamente el “pensamiento científico” a la luz de su eficacia evolutiva contra el “pensamiento mágico” y su inoperancia, cualquiera capta la obsolescencia que ha restringido la rehabilitación de los pacientes adictos y sus familiares, a causa del anclaje de sus

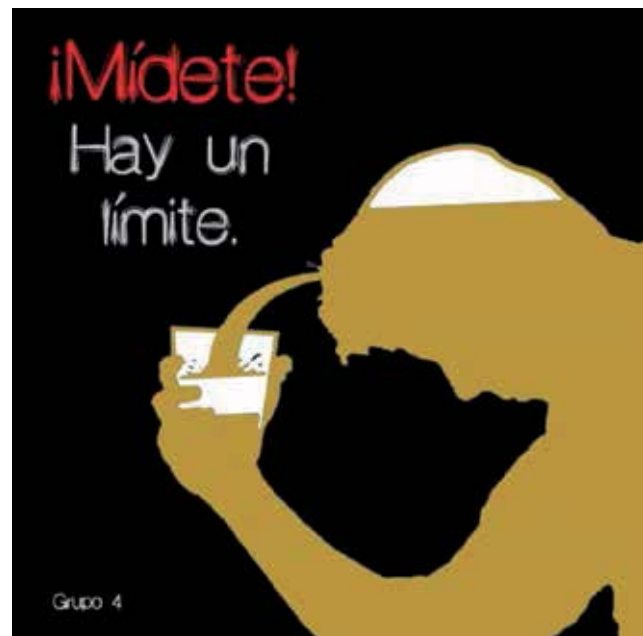
creencias e ideologías inefectivas “para efectos de la terapéutica”, las cuales quizá no lo sean para otras áreas de la vida y del vivir...

La visión que se presenta en esta comunicación no incluye ni apoya a la ignorancia, el pensamiento mágico, los castigos y sanciones, o las pócimas, remedios y juramentos, por el contrario, espera un cambio de actitud y conductual de una patología cerebral, derivada de una compleja mezcla de factores psicosociales, a través de acciones conjuntas farmacológico-psicoterapéuticas, probadamente eficaces y evaluables. Tales argumentos, fundamentados en el criterio de los principales organismos internacionales, se basan en la evaluación metodológica de sus programas, y deben ser por tanto, antidogmáticos, flexibles y de aplicación individualizada⁶.

DESCRIPCIÓN

Las adicciones se incrementan año con año en forma considerable. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en su informe 2008, indicó que cada año mueren en el mundo 5 millones de personas a causa del tabaco, 2.5 millones por consumo de alcohol y 200 mil por efecto de drogas ilícitas⁷, para una población mundial total, entonces, de 6,608 millones de personas, con una prevalencia anual de consumo de drogas de 208 millones, y un consumo de drogas problemáticas –en población de 15-64 años de edad– de 26 millones, es decir, 0.6% del total de la población mundial⁷, cifra nada despreciable para efecto de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, y en particular, para la educación para la salud. Por lo que al no tener tiempo que perder, debemos hacer más eficientes las acciones so pena de sucumbir ante consideraciones, consejos y opiniones de aficionados.

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones⁸, señala que entre 2002 y 2008 el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de 12 a 65 años de edad aumentó 0.7%. Asimismo, las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, disolventes volátiles y otras), aumentaron 0.6%. Dicho consumo es mayor en hombres, a razón de 4.6 por cada mujer, aunque el índice de crecimiento



La Educación para la Salud ha de dirigirse a evitar el consumo, y en el caso del alcohol, evitar el consumo problemático y los periodos de ingestión excesiva asociados a una gran diversidad de problemas. Esto reclama una atención especializada e integral, ya que si bien existe un aumento en la proporción de personas que busca ayuda por problemas de drogas, sólo un tercio de todos ellos acude a tratamiento.

es mayor en ellas, pues se duplicó en un lapso de 6 años, a diferencia de los hombres, que sólo subió 0.8%. La mariguana, que ocupa el primer lugar de preferencia de consumo desde 1988, subió 0.7% y la cocaína se duplicó en los últimos 6 años; ambas son las drogas ilegales preferidas en el país. Otros incrementos importantes ocurrieron en cocaína tipo *crack* y metanfetaminas, cuyas cifras crecieron 6 veces. Como puede colegirse, la magnitud del problema reclama el aumento de esfuerzos terapéuticos y preventivos.

La Educación para la Salud ha de dirigirse a

La ONUDD, en su informe 2008, indicó que cada año mueren en el mundo 5 millones de personas a causa del tabaco, 2.5 millones por consumo de alcohol y 200 mil por efecto de drogas ilícitas, para una población mundial total, entonces, de 6,608 millones, con una prevalencia anual de consumo de drogas de 208 millones, y un consumo de drogas problemáticas –en población de 15-64 años de edad– de 26 millones, es decir, 0.6% del total de la población mundial.

En México, entre 2002 y 2008 el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de 12 a 65 años de edad aumentó 0.7%. Asimismo, las drogas ilegales aumentaron 0.6%. Dicho consumo es mayor en hombres, a razón de 4.6 por cada mujer, aunque el índice de crecimiento es mayor en ellas, pues se duplicó en un lapso de 6 años, a diferencia de los hombres, que sólo subió 0.8%.

evitar el consumo, y en el caso del alcohol, evitar el consumo problemático y los periodos de ingestión excesiva asociados a una gran diversidad de problemas⁸. Esto reclama una atención especializada e integral, ya que si bien existe un aumento en la proporción de personas que busca ayuda por problemas de drogas, sólo un tercio de todos ellos acude a tratamiento. Y éstos, no necesariamente reciben un manejo adecuado⁹. Los grupos de ayuda mutua, aunque requieren estar mejor capacitados y supervisados por la autoridad sanitaria, tienen una presencia útil que los hace ser –a falta de mejor opción institucional– una parte importante del manejo integral, esencialmente en la porción destinada al mantenimiento de la abstinencia. Lo demás, del diagnóstico al tratamiento específico, hasta la

rehabilitación, es trabajo técnico de profesionales, permitírseles no es ético ni legal¹⁰.

La población con trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia), presenta diversos problemas de salud y conflictos sociales no atendidos que reclaman el incremento efectivo de la oferta terapéutica, el combate real del estigma que los rodea e información veraz y constante a la población acerca de los mecanismos responsables de la patología adictiva, para hacer que los afectados gestionen más pronto su rehabilitación¹¹. Desde hace poco más de 4 decenios en que se formalizó en México el estudio y control de las adicciones, se mantiene un espíritu discriminativo en el manejo de la terminología y sus conceptos, que no son siempre convergentes entre los profesionales y menos aún entre quienes no lo son.

A menudo se observa una escisión de las sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco del resto de las sustancias adictivas, quizá debido a ciertos aspectos metodológicos y de investigación, o a razones pedagógicas, comunicacionales u otras. Pero el categorizar de modo individual cada grupo de sustancias no resulta claro para los beneficiarios, pues tal separatismo, que mantiene diferenciadas las sustancias legales de las ilegales, contribuye a pensar que unas son menos tóxicas que otras y por tanto, causan menores daños. Asimismo, el señalar en los escenarios oficiales y privados de tratamiento, el tabaquismo como un hábito y no como una adicción, subestima la gravedad de la dependencia nicotínica de todo fumador y confunde a los involucrados. Precisa por tanto, producir y mantener, una única forma de hablar, un léxico apropiado, veraz, sencillo y claro que describa y trate con propiedad el fenómeno¹². Véase por ejemplo, que la mayor parte de las personas –no profesionales y algunos profesionales incluso– que ofrecen tratamiento antiadictivo en distintas instituciones del país, exhiben un vocabulario informal, obsoleto e inadecuado, tomado del *slang* de los adictos. Este fenómeno fácilmente apreciable, ocurre porque algunos de ellos son aún abusadores y/o adictos o lo fueron, o bien, porque no cuentan con una adecuada actualización en lo referente a procedimientos técnicos modernos brindados en recintos profesionalizados.



Foto: Archivo

Nos encontramos rodeados de desinformación en la terapéutica de las adicciones, donde la mayor parte de la sociedad es realmente ignorante, y en la que de continuo encontramos burdas generalizaciones y sobresimplificaciones para entender o explicar el complejo fenómeno. Por tanto, ninguna persona que labore en distintos ámbitos de tratamiento de las adicciones, debe aceptar el empobrecimiento del pensamiento, ni en sentido literal ni metafórico. Es preciso consolidar una labor de “puente” entre la información científica y su apropiada disseminación a la comunidad, un periodismo científico de mejor presencia y calidad. Es deseable asimismo, que el paciente se exprese correctamente y para ello se destina la porción educativa del procedimiento rehabilitatorio, pero es más deseable aún, que el profesional colabore en la enseñanza del paciente para conceptualizar correctamente su trastorno y no que suceda al revés¹³. Porque no es lo mismo “tender a subir, que subir a tender, este asunto no debe soslayarse más, no sólo porque no es adecuado y

pretende reemplazar desdeñosamente los conceptos técnicos necesarios y la tipificación que facilita el reconocimiento y manejo de los trastornos, sino porque al faltar a la verdad se prohíjan mitos y falacias donde ya existe una pléyade.¹⁴

DISCUSIÓN

En adición, la gravedad del problema se complica con el uso de eufemismos que contraponen la intención de la educación para la salud. A ello se agrega también, que una gran cantidad de las acciones antiadictivas realizadas en el país no proviene de la medicina especializada; muchos de tales casos permanecen en manos de aficionados. Una parte del problema radica en el ánimo divergente producido entre el personal de salud y quienes lo componen, ya que sólo unos cuantos disponen de preparación formal. El resto, con el aval discrecional del Estado, actúa sólo con su experiencia subjetiva, desde el empirismo, sin bases observacionales confiables que crean confusión, iatrogenia y charlatanería¹³.



Foto: FAD

La otra parte de problema, se liga a la diversidad de modelos y procedimientos empleados, que no contribuyen a integrar el plan nacional de tratamiento requerido, capaz de ofrecer la respuesta efectiva al problema de las adicciones. Con el paso del tiempo se han empobrecido las acciones diagnóstico-curativas, con la negligencia de una clínica que no usa instrumentos de tamizaje, ni hace diagnósticos adecuados. Además, la irregularidad en el uso de expedientes, la pobre resocialización de los pacientes por falta de supervisión, la nula evaluación de programas, la mala calidad de la psicoterapia –si es que puede llamarse tal– y la deficiente farmacoterapia empleada, no permiten que los esquemas prevaletentes progresen al ritmo de la necesidad terapéutica nacional. Ello evade, soslaya y desacata la normatividad, especialmente entre los grupos que continúan concibiendo el tratamiento como penitencia o castigo¹².

Dada la magnitud del problema y sus caracterís-

ticas, persisten importantes escollos a librar, como el papel de la mitología popular predominante, la desinformación que la acompaña y distorsiona, y el inadecuado uso de herramientas técnicas que limitan el fomento de una visión terapéutica moderna y plena de recursos teórico-prácticos, capaz de hacer de tal labor una experiencia certera en el marco de conocimientos y destrezas que distingan su carácter profesional. Tales deficiencias se agravan con la omisión, ignorancia e inapropiado uso de clasificaciones internacionales¹³. Por eso mucha gente cree que se puede ser adicto a cualquier cosa y que existen “adicciones” a la comida, al sexo, los frijoles refritos o al rezo piadoso. Y he aquí, que ya entrado el siglo XXI, la responsabilidad de los dedicados al manejo de las adicciones muestra diversas fallas. Por eso cabe preguntarse, ¿se superarán los grupos de aficionados y profesionales bajo la certificación del Estado o claudicarán por su obsolescente ineficacia?¹⁶



Foto: Archivo

Los modelos terapéuticos con eficacia documentada integran aspectos biopsicosociales y se apoyan en grupos de ayuda mutua, grupos religiosos u otros, para enfrentar la enfermedad, su comorbilidad y sus complicaciones. Algunos problemas identificados son: pobre conciencia de enfermedad mental, desconocimiento de la predisposición genética y equívoca interpretación del trastorno adictivo por parte de pacientes y familiares, antecedentes familiares de automedicación y dependencia a psicotrópicos, etc. Por tanto, es pertinente que el paciente conozca el sustrato cerebral neuroquímico de su patología, pues actitudinal y conductualmente hablando, siempre es un peligro para sí mismo y para la sociedad. Ello nos mueve a desmitificar hábitos y creencias maladaptativas, a informar y ayudar a asumir su auto responsabilidad en un esquema autogestivo, a largo plazo y sin culpa, que le permita construir y desarrollar un proyecto de vida saludable.

La personalidad del paciente y demás condiciones psicopatológicas (angustia, depresión, envidia, resentimiento, etc.) causan desestabilización psicosocial e impulsan el consumo. La relación terapéutica-paciente es esencial para las actividades diagnósticas

y en especial para las curativas. La meta de abstinencia productiva, permanente y sin concesiones es el paradigma terapéutico a largo plazo y para ello se ha de imbuir el espíritu terapéutico de la psicoterapia al paciente y a sus familiares, para alcanzar un sentimiento de confianza respecto del cambio y una voluntad que permita desarrollar las potencialidades humanas¹¹. El éxito en dicha estrategia radica en la participación efectiva del paciente en el marco de una relación terapéutica adecuada. En su defecto, el fracaso puede provenir de haberlo dejado sin control. La acción confrontante de la estrategia terapéutica –a menudo interpretada como agresiva–, se dirige contra la sintomatología en términos de un síndrome indeseable, evolutivo y destructor. Pero nunca se dirige ni debe entenderse contra la persona o intereses del paciente¹⁵.

La meta de todo programa profesional es ofrecer servicios de alta calidad y amplia cobertura, cuya re-socialización y mantenimiento prolongado, permita y fomente el crecimiento personal y comunitario. Profesionalizar la terapéutica adictiva es formalizar la labor vía conocimiento veraz, combatir la mitología prevaiente, y facilitar la recuperación de la salud con base en lineamientos específicos para casos

agudos, subagudos y crónicos. Sus actividades por tanto, incluyen objetivos conectados con el riesgo y daños del proceso adictivo sobre la población, como el diagnóstico integral que apoye la remisión de la sintomatología y mantenga la abstinencia, una visión científica del problema, desarrollo de la capacidad de solicitar ayuda, disminución de los factores de riesgo, incremento de los factores protectores contra el consumo, incorporación de la familia en el tratamiento, favorecimiento del proceso autogestivo y de la noción de una vida sana y libre de drogas, inicio expedito de la rehabilitación de las áreas afectadas y promoción del crecimiento personal-familiar¹⁴.

La normatividad de la salud por su parte, requiere un modelo que abarque el problema integralmente, que ubique funcionalmente cada uno de los esfuerzos desplegados en la historia natural de la adicción para realizarse de manera conjunta y armónica en los planos ínter y transprofesional, y que jerarquice la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación y utilidad, lo cual demanda preparación organizada de recursos humanos y materiales, y actualización constante, supervisada con criterios de vanguardia.

Los programas de tratamiento han de alcanzar profesionalización, experiencia y asesoría al personal, y establecimiento de un cuerpo colegiado que avale la participación de cada grupo en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención¹⁶. Debe considerarse requisito obligatorio, el que los profesionales tomen conciencia de su responsabilidad personal y laboral, tanto como de las fuerzas que quedan fuera de su control, en el inicio y progresión de la recuperación.

CONCLUSIÓN

Se requiere de un programa nacional de tratamiento integral¹⁷ que opere de efectivamente a todo nivel, por las organizaciones e instituciones involucradas que incluya el reconocimiento temprano del problema, su corrección efectiva y el apego a la normatividad como imperativos de salud pública. La actuación individual y familiar es un objetivo factible y capital para impedir sus tradicionales alcances negativos. El autoconocimiento y autoaceptación del trastorno, son elementos importantes que permiten o no, el de-

sarrollo de estrategias para la modificación de hábitos riesgosos. Como el conocimiento de la personalidad premórbida del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se liga a la recaída, es imprescindible la abstinencia productiva y la reincorporación psicosocial para la elevación de la calidad de vida. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza M. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2003;4(4):206-8.
2. Souza M. Imagenología, neurociencias y adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2006;7(4):278-81.
3. Martínez AM, Souza M. Humanismo y enseñanza de la psiquiatría. *Rev Fac Med.* 2010;53(1):21-6.
4. Souza M. El Abordaje profesional e integral de las adicciones. Posibilidades y limitaciones. Simposio Actualidades en el Diagnóstico y Tratamiento. XVIII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C. 35 Aniversario. Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. Agosto 24-28, 2010.
5. International Humanist and Ethical Union, IHEU. "Amsterdam Declaration". Congress, 2002. Amsterdam, Holland. 2002.
6. Souza M. *Psiquiatría de las adicciones*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 2010.
7. UNODC. *World Drug Report 2008*. Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html
8. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Fundación Gonzalo Río Arronte (IAP). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México, 2009.
9. Souza M. La atención primaria y la educación para la salud mental. *Salud mental.* 1984;7,7 (2):19-23.
10. Souza M. Programa Profesional Terapéutico Contra Las Adicciones. Una Propuesta Integrativa. *Psiquiatría.* 2005; 21(1):25-37.
11. Souza M. *Adicciones: Clínica y Terapéutica*. México: Editorial Alfil, 2007.
12. Souza M. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría.* 1998;14(3):100-6.
13. Souza M. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.
14. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza M. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría.* 2000;16(3):110-6.
15. Souza M; Cruz Moreno DL. Neurociencia y terapéutica actual de las adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2010;11(1):33-38.
16. Guisa VM, Díaz SL, Souza M. Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría.* 2004;20(3):25-37.
17. Souza M, Guisa MV, Díaz SL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci.* 2005;6(5):411-425.