

Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/adicción de psicotrópicos

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Lenin**

RESUMEN

El problema del abuso/adicción de psicotrópicos es multifactorial y como tal su tratamiento debe no sólo solucionar los problemas propios del adicto, sino también de su entorno social (familiares, amigos, compañeros, pareja, etc.), es decir, los llamados Problemas Relacionados con el Consumo (TRC), los cuales tienen múltiples tratamientos. Entre ellos, se encuentran la farmacoterapia, los programas conductuales de prevención, el apoyo comunitario, la terapia conyugal, el tratamiento prescrito y, en el caso de los adolescentes, la terapia, orientación profesional, servicios de esparcimiento, asesoría en caso de crisis, entre otros disponibles en las escuelas. Los tratamientos elegidos que deben solventar cualquier problema de coordinación, gestión o conflictos de interés para su mejor impacto en la solución de los TRC.

Palabras clave: adicción, psicotrópicos, tratamiento, TRC.

About the best therapeutic practices for the abuse/addiction of psychotropic

ABSTRACT

Abuse/addiction of psychotropic drugs is a multifactorial problem and as such its treatment has to not solved only the own problems of the addict, but also of his(her) social environment (relatives, friends, companions, couple, etc.), that is the so called Troubles Related to the Consumption (TRC), which have multiple treatments. Among them, we can find pharmacotherapy, behavioral programs of prevention, community support, conjugal therapy, the prescribed treatment and, in case of the teenagers, the therapy, professional orientation, services of scattering, advising in case of crisis, among others available in schools. The chosen treatments must settle any problems of coordination, management or conflicts of interest for a better impact in the solution of the TRC.

Key words: Addiction, psychotropic, treatment, TRC.

El siglo veinte culmina en materia de adicciones con una dosis importante de evidencia documental que, a interés de los organismos internacionales, argumenta los principios éticos relativos a la “Mejor práctica,” tan necesaria en este campo.¹ Un espléndido informe² que analizó 209 estudios en los que funda sus recomendaciones, indica que la mayoría de las personas con abuso/adicción en el mundo no reciben ayuda alguna, mientras que las que reciben alguna forma de tratamiento reducen su consumo y mejoran otros aspectos de su vida. De hecho, los tratamientos producen mejores resultados si atienden en forma simultánea problemas vitales sustantivos (comunicación, falta de seguridad en sí mismo, desempleo, etc.).³ La investigación sobre el tratamiento de pacientes con Problemas Relacionados con el Consumo (TRC) de alcohol u otras drogas son numerosos, por lo que se dispone de un nuevo consenso sobre lo que puede esperarse del tratamiento.² Sus objetivos razonables que comprenden la expectativa de que el tratamiento ha de beneficiar no sólo a quien lo recibe, sino también a los afectados por el abusador/adicto (familiares, amigos y compañeros, personal de salud, PS, etc.).

Por tanto, los resultados el manejo de los TRC deberán relacionarse con el estado de salud, funcionamiento social, utilización de servicios de salud y amenazas a la seguridad pública.⁴ Para ser considerado exitoso, el tratamiento ha de producir mejoría/reducción en por lo menos uno de estos ámbitos, de preferencia sin alza en los otros. En ciertos casos, las modificaciones en las conductas de riesgo y en los daños asociados a TRC (infecciones debido al intercambio de jeringas o accidentes ocasionados por conducir en estado tóxico) podría ser una meta más realista que la abstinencia total, o incluso una reducción del consumo total. En otros casos, el uso reducido o “controlado” de drogas, puede representar una expectativa realista, sobre todo quienes su adicción no es demasiado grave.⁵ Lamentablemente la evaluación de los resultados de los estudios disponibles, dada su muy amplia varianza, limita su comparación detallada.² No obstante, se rescatan algunos importantes principios:² La farmacoterapia desempeña una función auxiliar importante en varias formas de tratamiento, en especial si se utiliza un entorno controlado. Aún ahí, los fármacos que puedan causar adicción deben usarse con cuidado y vi-

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A.C. Coordinador de la Maestría en psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Profesor de la UAM, Xochimilco.

gilancia.⁶ Está documentada la conveniencia del uso de disulfiram en alcoholoadictos socialmente estables y motivados, como complemento de una terapia integral. La naltrexona es un complemento terapéutico que reduce el *craving* (deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC).⁷ La metadona, administrada en dosis adecuadas y acompañada de una psicoterapia de apoyo, reduce el uso de drogas ilegales, la actividad delictiva y la transmisión del VIH; asimismo, tiende a mejorar las condiciones sociales y la salud física del paciente, aumentar su productividad y, en ciertos casos, favorecer el abandono definitivo de la heroína. Cabe enfatizar que cuanto mayor sea la duración de un tratamiento antiadictivo, mejores serán sus resultados.⁸ Las investigaciones apoyan los programas conductuales de prevención de recaídas en adictos a nicotina y etanol; así como la eficacia de la terapia de entrenamiento en autocontrol conductual en pacientes cuyos TRC son menos graves y la considera una alternativa rentable a las terapias de mayor dimensión dirigidas por profesionales, en las que el “contrato conductual” será más eficaz como parte de un programa de manejo integral.⁹ Se ha demostrado ampliamente que el método de apoyo comunitario es muy eficaz, sobre todo en los alcohólicos con poco apoyo social y TRC más graves. Se ha confirmado la eficacia de la terapia conyugal en sus modalidades abreviada y prolongada. La investigación respalda el entrenamiento en habilidades sociales, en particular en los adictos para quienes esa droga representa un problema y confirma el valor de la gestión del estrés en el tratamiento de los TRC. Y si bien la documentación disponible no permite afirmar qué tipo de tratamiento le conviene a un sujeto en particular, se indican las diferencias entre unos y otros, de modo que no a todos los pacientes les conviene un mismo programa terapéutico.⁵ Lo que lleva a personalizar las medidas en el estudio de cada caso. Por tanto, deben ofrecerse servicios flexibles cuya discriminación de necesidades establezca las directrices de selección de los servicios apropiados, y a menos que exista una contraindicación, se deberá favorecer la terapia de grupo. Se ha confirmado la rentabilidad del manejo ambulatorio vs. el internamiento, mas no se excluye la necesidad de ciertos abusadores/adictos de internarse en un medio de apoyo a corto/largo plazo, pues estos pacientes se pueden beneficiar a la par del tratamiento ambulatorio de los TRC y su comorbilidad.¹⁰ Las intervenciones de corta duración (ocho sesiones) benefician a los pacientes socialmente estables y cuya adicción no sea muy aguda. Ciertos alcohólicos, por ejemplo, necesitan tratamiento a largo plazo, pero aún no se ha establecido la duración del tipo de tratamiento rentable y eficaz, pues ciertos estudios

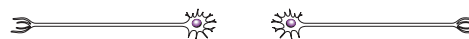
muestran que un tratamiento de corta duración puede ser tan eficaz como uno a largo plazo.¹¹ dependiendo del tipo de caso que se trate. El haberse obtenido mejores resultados con pacientes con menos problemas y más recursos, confirma la necesidad de identificar y desarrollar las intervenciones más eficaces para los pacientes que, en cierto momento, presentan peor pronóstico. La asignación de un tratamiento apropiado por terapeutas competentes (con sólidas cualidades de comunicación interpersonal, empatía y capacidad de forjar una alianza terapéutica), aumenta las posibilidades de obtener resultados terapéuticos positivos.¹² En adición, se confirma la eficacia del tratamiento obligatorio prescrito por los tribunales (heroínómanos y gente que conduce en estado de ebriedad), sin embargo, es ambigua la documentación sobre su eficacia. Por tanto, es inexacto concluir que los pacientes sometidos a tratamiento obligatorio sean inadecuados al manejo, de la misma manera que no todos resultarán apropiados. Si bien no existe suficiente investigación que demuestre la superioridad de un tipo de tratamiento sobre otro en lo que respecta a las mujeres,¹³ urge eliminar los obstáculos que impiden el beneficio terapéutico y proporcionar una gama de modificaciones y servicios de apoyo (prestación de servicios de guardería, transporte) y proporcionar servicios auxiliares específicos (atención durante el embarazo y servicios afines, orientación en materia de violencia psicofísica y sexual, aprendizaje de habilidades parentales y ayuda profesional).¹⁴ En adolescentes, la modalidad terapéutica más conveniente es la que se adapta a sus necesidades individuales e incluye terapia familiar, “consejería” en habilidades conductuales, apoyo familiar, de los pares y supervisión del postratamiento. Además, se consideran importantes los servicios auxiliares, como la disponibilidad de escuelas que permitan la terapia, orientación profesional, servicios de esparcimiento, desarrollo psicológico, asesoría en caso de crisis y orientación sexual.¹⁵ En el adulto mayor, que a menudo se muestra reacio a aceptar su TRC y se resiste a solicitar/recibir ayuda, es más eficaz la intervención comunitaria proporcionada en forma integral en el contexto de la atención a la salud y de las actividades cotidianas, utilizando un método flexible, integral y centrado en el paciente.¹⁶ El tratamiento integral y simultáneo del TRC y de salud mental, si bien existe poca información sobre el tema, parece ser más halagüeño que el manejo secuencial o paralelo. De ahí que sea importante mejorar el proceso de referencia a los servicios y facilitar la gestión de casos para asegurar un enlace y una sólida coordinación de los servicios especializados involucrados y los de carácter informal, disponibles en la comunidad.¹⁷ Conviene desalentar la exclusión de pacientes con otros T. psi-

quiátricos de los servicios de tratamiento para TRC y a la inversa. En todo ello, la capacitación es crucial, no sólo para el personal especializado, sino también para el de los servicios sociales y rehabilitatorios que atienden a estos pacientes.¹⁸ Los venoadictos VIH-positivos o con SIDA suelen ser objeto de estigma y marginación, y tienen dificultad para acceder a los servicios de atención apropiados a sus necesidades.¹⁹ Los riesgos considerables a la salud que enfrenta esta población, exigen una mejor coordinación de servicios y la adopción de medidas de tratamiento diversas con el fin de frenar la propagación del VIH/SIDA, en particular entre la población indígena, mujeres, reclusos y demás marginados,²⁰ por tanto, se precisa proporcionar a las poblaciones especiales un mayor acceso a los servicios mediante una mayor sensibilización y mejor acceso a los recursos de ayuda informal (programas de Ayuda Mutua y métodos autodidácticos); mayor contribución de parte de los servicios comunitarios generales a la identificación y apoyo de personas con abuso/adicción y prestación de servicios especializados a través de medidas de extensión. Deviene imperativo asegurar la adecuada gestión de casos si se desea satisfacer de manera eficaz las necesidades únicas, y con frecuencia múltiples, de cada población. La divulgación de la existencia de los servicios especializados en la población general y en los prestadores de servicios sociales y de salud es imprescindible. En tal sentido, aunque es limitada la información relativa a la configuración eficaz de los programas de tratamiento, existe consenso respecto de que el paciente se beneficia más cuando tiene acceso a una gama de servicios flexibles y personalizados que cubren todos los sectores especializados/no especializados, y que tales servicios estén ligados mediante un tipo de coordinación/gestión que atienda las particularidades de las poblaciones especiales.²¹ Dada su naturaleza, es difícil evaluar la eficacia de AA y demás grupos de apoyo mutuo, no obstante que proporcionan beneficios a muchas personas; el PS debe familiarizarse con tales grupos para informar a sus pacientes y alentarlos a aprovechar estos recursos. Se ha demostrado que el tratamiento de abusadores/adictos es económicamente rentable para la sociedad en general o al menos para ciertos sectores; de hecho, varios estudios indican que las ventajas económicas derivadas de ciertos tratamientos son superiores a sus costos.²² El fenómeno de las adicciones, de alcance mundial, es una responsabilidad compartida de todos los que participamos en un bando de salud, educativo, jurídico asistencial, social, etc. El beneficio colectivo, más allá de gremios e intereses, simpatías o partidos reclama de quienes formamos la sociedad, lo mejor de cada uno.

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M, Cruz ML, Díaz BSL, Guisa CVM. *Acerca de los criterios rectores de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A.C. México, 2006.
2. Roberts G, Ogborne A, Leigh G, Adam L. *Best practices: alcoholism and drug addiction. Treatment and rehabilitation*. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues Health Canada. 1999.
3. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, PNUFID. *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 2003.
4. McLellan AT; Metzger DS; Alterman AI; Woody GE; Durell J; O'Brien CP. *Is Addiction Treatment "Worth It"? Public Health Expectations, Policy-based Comparisons*. Philadelphia, Pennsylvania: PV Center for Studies on Alcohol; 1996.
5. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*. *Addiction* 2005; 100(1): 447-58.
6. Carroll KM. *Manual guided psychosocial treatment: a new virtual requirement for pharmacotherapy trials?* *Arch Gen Psychiatry* 2002; 23: 43-51.
7. Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. *Craving, adicción ética y terapéutica*. *Archivos de Neurociencias México* 2000; 5(4): 201-4.
8. Souza y MM. *Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa*. *Psiquiatría (Época 2)* 2005; 21(1): 25-37.
9. Simpson DD. *A conceptual framework for drug treatment process and outcomes*. *J Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 268-80.
10. 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.
11. UK Health Department. *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services*. London: 2002.
12. McCrady BS, Epstein EE. *Marital therapy in the treatment of alcohol problems*. In: Jacobson NS, Gurman AS (eds.). *Clinical Handbook of Couples Therapy*. N.Y.: Guilford; 1995, p. 369-3.
13. ALC. *Dimensiones de género sobre el consumo de alcohol y problemas afines en América Latina y el Caribe*. <http://www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas.cfm?articulo=46>. [Consulta en línea 12 de agosto de 2004]
14. Blehar MC. *Public health context of women's mental health research*. *Psychiatr Clin N Am* 26; 2003; 781-99.
15. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento*. Naciones Unidas. Viena, 2003.
16. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. *World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in: the World Health Organization; World Mental Health Surveys*. *JAMA* 2004; 2:291(21): 2581-90.
17. Souza y Machorro M, Díaz BSL, Guisa CVM. *Criterios derivativos para la referencia y tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A. C. México: 2006.
18. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M. *La educación médica en adicciones y sus problemas*. En Imprenta. *Psiquiatría 2a. Época* 2004; 20(1): 9-20.
19. Sartorius N, Schulze H. *Reducing stigma due to mental illness: a report from a Global Program of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

20. ONUSIDA. Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de Prácticas óptimas. Ginebra, Suiza, Noviembre de 1997.
21. Heinrich CJ, Lynn LE. Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28(4): 601-22.
22. World Health OMS. *Invertir en Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud. Geneva: 2004.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Centros de Integración Juvenil, A.C. CIES
Aguascalientes 2001-7º. Col. Hipódromo Condesa,
Del. Cuahutémoc, C.P. 065100, México, D.F.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx.

CURSOS Y CONGRESOS

Revista Mexicana de Neurociencia
Julio-Agosto, 2008; 9(4): 316

XVII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Biológica
Unidad de Congresos del CMN Siglo XXI
10-12 de septiembre 2008.
55845112-16
h_torres@tecnocreative-events.com

Congreso Mundial de Esclerosis Múltiple (ECTRIMS, ACTRIMS, LACTRIMS)
Septiembre 17 a 20 de 2008
Montreal, Canadá
www.msmontréal.org

2º Encuentro Latinoamericano de TDAH
Cd. Mendoza, Argentina
25-26 de septiembre 2008
difusion1@tdah2008.com.ar

I Congreso Latinoamericano
II Congreso VII Jornadas Venezolanas de Neurología Tropical y Neuroinfección
23-25 de octubre de 2008
Maracay, Estado Aragua, Venezuela
www.asodiam.com

XXXII Reunión Anual de la Academia Mexicana de Neurología
25 de octubre a 1 de noviembre de 2008
Puerto Vallarta, Jal.
www.neurologia.com.mx

5º Congreso Latinoamericano de Epilepsia
5 a 8 de noviembre de 2008
Montevideo, Uruguay
www.epilepsymontevideo2008.org

VII Congreso Mexicano de Tanatología
Ciudad de México
5 al 8 de noviembre de 2008
www.tanatologia-amtac.com/congreso

5º Congreso de Neuropsicología
Palacio de la Escuela de Medicina, Cd. de México
19 a 22 de noviembre de 2008
anaruthdv@hotmail.com
www.amneuropsicologia.org

Actualidades en Patología Neurológica Infantil
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón,
Estado de México.
26 al 30 de enero del 2009
storres@teleton.org.mx
oscarolon@teleton.org.mx

Restauración Neurológica 2009
Del 9 al 13 de marzo de 2009
Palacio de Convenciones
Habana, Cuba
Fax: 53 7 273-2420
www.ciren.cu/irn2009.pdf
rn2009@neuro.ciren.cu

13º Congreso Internacional de Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales
París
Junio 7 a 11, 2009
www.movementdisorders.org/congress/congress09

28º Congreso Internacional de Epilepsia
Junio 28 a julio 2 de 2009
Budapest, Hungría
www.epilepsybudapest2009.org