

Concepto y evolución del trastorno por dependencia del alcohol[§]

Mario Souza y Machorro

Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Pionero en México en la enseñanza de las adicciones y la patología dual. Coordinador de la maestría en psicoterapia de las adicciones. CIES/SEP. Coordinador de la sección académica de patología dual, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C.

RESUMEN

Se revisa el trastorno por dependencia del alcohol (TPDA), a menudo extendido a otras sustancias (legales e ilegales) consumidas por prescripción o automedicación. Se muestra un breve panorama epidemiológico, un recorrido histórico de la dependencia, destacando el autoconocimiento y la autoaceptación de los trastornos en los pacientes duales. Se señala el estigma como barrera a su recuperación y algunas de sus alteraciones no apreciadas por los grupos de ayuda mutua. Se enfatiza la prevalencia conjunta con los trastornos de personalidad que conforman la patología dual y la inexistencia de una "personalidad adictiva". Se concluye con el reconocimiento a los esfuerzos encauzados y la importancia del TPDA y su comorbilidad como problema de salud pública, en aras de la rehabilitación y su reintegración social.

Palabras clave: Trastorno por dependencia del alcohol, sustancias, trastornos de personalidad, rehabilitación.

ABSTRACT

The disorder of dependence on alcohol is reviewed (DDA), often extended to other (legal and illegal) substances consumed by prescription or self-medication. Displays brief epidemiological overview; a historical sightsee of the dependency, stands the self-knowledge and self-acceptance of disorders in dual patients. It's designated the stigma as a barrier to their recovery and some of its alterations not appreciated by mutual aid groups, emphasizes the prevalence of joint with the personality disorder that establishes the dual pathology and the absence of an "addictive personality". It is concluded with the recognition of the targeted efforts and the importance of the TPDA and its comorbidity as a problem of public health for the sake of the rehabilitation and social reintegration.

Key words: Alcohol dependence disorder, substances, personality disorders, rehabilitation.

*La ilusión de la vida consciente
hace suponer al hombre contemporáneo
que al controlar su entorno y manipular a la gente,
bien decide sobre su propia vida.
Su lucha por el poder es la manifestación
de la racionalización inconsciente
de su deseo de controlar su mundo externo,
dado que a menudo fracasa en su autocontrol.*
M. Souza

ANTECEDENTES

El alcohol es un psicotrópico legalizado que ha sido durante siglos ampliamente utilizado en la mayoría de las culturas en todas sus formas. Su consumo perjudicial

es causa del TPDA y colabora al aumento del riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades (cirrosis hepática, algunos tipos de tumores malignos e inclusive, por diferentes posibilidades de producir la muerte voluntaria e involuntaria).^{1,2} Se calcula que en 2012 cerca de 3.3 millones de personas en el mundo murieron a causa de su consumo irrestricto. El consumo mundial de alcohol puro per cápita durante 2010 fue de 6.2 litros entre la población de 15 años o más, lo que traduce 13.5 gramos de alcohol puro al día. 24.8% provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producidas y vendidas en forma subrepticia, propositivamente fuera de los controles gubernamentales de cada país. Dieciséis por ciento de los bebedores de 15 años o más, reunieron los criterios para ser portadores de alto consumo episódico.³ Los últimos datos referidos por la OMS indican que mientras mayor sea la economía de un país, más alcohol se consume en él y directamente proporcio-

[§] Resumen del libro: Souza y MM. *Trastorno por dependencia del alcohol y trastornos de personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2017. En revisión.

nal, la población abstemia es mucho menor.⁴ Europa es la región de más alta tasa de consumo de alcohol en el mundo; las personas consumen 10.9 litros/año, seguido de la región de las Américas, con 8.4 litros de alcohol puro per cápita/año. Pero a la par, esta región tiene la proporción más baja (18.9%) de abstemios de por vida, personas que nunca lo han consumido. Globalmente situadas en las Américas 48% de las personas son abstemias a lo largo de la vida y 22% de los bebedores tiene consumos episódicos fuertes de alcohol (seis bebidas estándar por ocasión, una vez por mes o más). En consecuencia, en promedio en el mundo 16% de los bebedores consumen alcohol: Granada (12.5 litros/año), Santa Lucía (10.4), Canadá (10.2), Chile (9.6), Argentina (9.3) y Estados Unidos (9.2) son los países de la región con tasas más altas de consumo de alcohol per cápita, mientras que El Salvador (3.2 litros/año), Guatemala (3.8), Honduras (4), Jamaica (4.9), Nicaragua (5) y Cuba (5.2) registran el consumo anual más bajo. Pero debe considerarse que El Salvador, Guatemala y Nicaragua, seguidos por Brasil, México y Cuba, tienen paradójicamente, las tasas más altas de mortalidad por causas atribuibles al consumo excesivo de alcohol, que reflejan la presencia de patrones perjudiciales de consumo.⁵ Informes de la OMS indican que en el mundo existen más de 450 millones de personas que padecen trastorno mental (TM), estimado en 14.5% de la población total, pero la cifra continúa en aumento conforme avanza el tiempo. *Los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con TM, neurológicos y por uso de sustancias. Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención.*⁶ En los países desarrollados con sistemas de atención a la salud bien establecidos, se calcula que de 44 a 70% de las personas con algún TM no recibe tratamiento. Se ha documentado que en países en desarrollo las cifras estimadas llegan casi a 90%.⁷ El reconocimiento temprano de los trastornos coexistentes es imperativo de salud pública en el actual mundo globalizado, donde la actuación individual y familiar son objetivos factibles y capitales para impedir sus conocidos alcances negativos; para facilitar la rehabilitación y alcanzar la reintegración social.^{8,9} En ello, el autoconocimiento y la autoaceptación de ambos no son sólo urgentes sino imprescindibles para la rehabilitación.^{5,10,11} Todos los elementos decisivos que afectan el funcionamiento

de personalidad son determinantes en el proceso de cambio hacia la salud, en la medida en que permiten o no el desarrollo de las estrategias recomendadas.¹² Por tanto, debe reconocerse la dualidad patógena y sus métodos terapéuticos, en lo que *la ausencia de evidencia* en términos positivistas, *no es evidencia de ausencia* de efectividad. La persistente confusión social respecto de los conceptos de “vicio y castigo” como forma de tratamiento para los pacientes duales (PaD) generaliza y etiqueta erróneamente: el problema y el portador. Además, omite considerar la comorbilidad que en alta frecuencia muestran los pacientes. De ello deriva la lucha permanente contra el estigma, para reforzar la actitud de reivindicación de los afectados y demás participantes del fenómeno. Tal incompreensión social derivada del modelo moral con el que se les observó por muchos años, deviene prejuicio, al mostrar ignorancia y mala interpretación, las cuales reclaman un apropiado suministro de verdad y una adecuada desmitificación de todo lo que se requiera para reorientar la buena voluntad de las personas. Si bien en los casi cinco decenios se han mejorado los conocimientos, superado ciertos prejuicios y reunido mejores criterios, falta conocimiento social sobre: a) los mecanismos neurobiológicos de los T. adictivos (TA) y su comorbilidad con otros TM; b) la reintegración de la neurología básica en psicología social, psicología experimental y la psiquiatría; y c) conocimientos básicos para manejar la comorbilidad psicofísica, derivada del círculo de desregulación de los sistemas de la recompensa cerebrales que provocan el uso forzado y progresivo del psicotrópico, responsable de la pérdida de control del consumo.

En ello participan la sensibilización y la contraadaptación como elementos que contribuyen a la desregulación homeostática del perfil hedonista (que al decir de los afectados no siempre se alcanza, ni se disfruta como lo apetecen sus expectativas) y los mecanismos neurobiológicos implicados (sistema dopaminérgico mesolímbico, sistemas opioides y hormonales) que regulan el estrés.¹³ La Academia Americana de Psiquiatría de las Adicciones (AAPA) estima que aunque los especialistas en TPDA generalmente atienden los casos más difíciles, los médicos generales serán inevitablemente quienes evalúen y traten de primera instancia a los pacientes con T. por dependencia del alcohol con otro T. mental coexistente de personalidad.¹⁴ De hecho, gran parte de los estudios actuales muestran que entre 40 y 50% de los pacientes psiquiátricos también tienen T. adictivos, lo que hace que sea parte de la práctica psiquiátrica cotidiana. De ahí que

el comprender adecuadamente los fundamentos etio-patogénicos de estos trastornos, la evidencia que rige las recomendaciones para su manejo y la prevención de las recaídas –parte natural de la evolución de la dependencia– favorecerá en su conjunto la aplicación de mejores abordajes disponibles para la obtención de sus más deseables resultados.¹⁵

Historia y evolución

La mayor parte de los estudiosos del movimiento terapéutico-educativo de los TA coinciden en que la acción formativa en esta materia se inició a principios de los años 60, durante el pleno de la primera Conferencia Nacional sobre Alcoholismo en Estados Unidos. La Asociación Médica Americana¹⁶ y posteriormente, con el refuerzo de otras sociedades de adicciones y psiquiátricas como autoridad educativa y moral dieron la pauta para reconocer esta necesidad educativa como asunto emergente y trascendental, promoviendo la modificación del currículo profesional de salud en Estados Unidos y su consecuente repercusión en el ámbito mundial, incluido México. Pero cabe destacar que la nomenclatura oficial del TPDA apareció a mitad de los años 70 merced al doctor Griffith Edwards y sus colaboradores, quienes sentaron para la OMS un nuevo concepto, ahora más amplio e incluyente de la dependencia como entidad clínica y los problemas relacionados con el consumo alcohólico.^{17,18} Tal nomenclatura, que permitiera la clasificación de esta dependencia en la CIE-10 (OMS),¹⁹ es la que actualmente permite tratar el TPDA con mayor claridad y precisión,²⁰ sin menoscabo de que con frecuencia el consumo perjudicial de alcohol se asocia al de otras sustancias psicotrópicas como el cannabis.²¹ Esta combinación por cierto, ha contribuido a cambiar el concepto popular acerca del preferentemente visto monoconsumo por el de policonsumo, en una gran cantidad de individuos usuarios de sustancias psicotrópicas atendidos en la unidades al efecto. Como resultado y por la importancia para el desarrollo de la profesionalización de los planes de tratamiento para los TPDA coexistentes con otros T. médicos o psiquiátricos, con base en su mayor eficacia y significación conceptual, se atiende en México por vez primera durante los años 80 la necesidad de una enseñanza práctica de la especialidad, a partir de una visión profesional. Los criterios de la Asociación Médica Americana (AMA) convinieron que fuera en todo momento una responsabilidad ética del personal de salud (PS) efectuar acciones de diagnóstico y en los pacientes, autodiagnóstico temprano, así como

promover el tratamiento oportuno para acortar el curso y evolución del TPDA.²² De hecho, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) reconoció en 1981 que cerca de 30% del total de los problemas psiquiátricos ocurridos en ese país derivaron de problemas relacionados con el consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias psicotrópicas. Aceptando así implícitamente la naturaleza crónica del padecimiento adictivo y las consecuentes recaídas como parte del proceso rehabilitador. De ahí que como meta óptima de toda terapéutica antiadictiva se recomiende la consolidación de la abstinencia y su supervisión a largo plazo,²³ donde la experiencia clínica indica que la abstinencia para ser productiva, ha de ser total, sostenida y libre de concesiones, de modo que permita alcanzar beneficios duraderos y promover asimismo el acceso a un estilo de vida saludable, libre del consumo de sustancias psicotrópicas a las que hoy –y desde hace pocos años– se agregan por su semejanza neurobiológica y psíquica, las conductas adictivas o desadaptativas.²⁴ En dicha conferencia se promovieron recomendaciones para la enseñanza de materias vinculadas con el conocimiento del TPDA, que han de iniciar en los primeros años de estudio profesional para poder contender con los efectos individuales y colectivos estigmatizantes y el reforzamiento negativo que caracteriza los TPDA con TM. En forma complementaria, la Academia Americana de Medicina Familiar (AAMF)²⁵ asumió en 1983 una posición decisiva al solicitar a los especialistas en temas de familia un sólido conocimiento actualizado y refrendable como trámite de su certificación periódica en la especialidad. Más adelante, en 1985, el Colegio Americano de Médicos (CAM, 1985) asentó en la política pública de salud estadounidense que “la dependencia de sustancias químicas ha de reconocerse como enfermedad y por tanto, se requiere practicar un diagnóstico médico y un tratamiento adecuado, razón por la que se recomienda el reforzamiento de una enseñanza formal”.²⁵ De hecho, una revisión de estudios epidemiológicos realizada entonces en torno a los problemas producidos por la dependencia mostró que 70% de los pacientes estadounidenses habían sido atendidos en primera instancia por médicos de atención primaria, algo muy semejante a lo ocurrido en México.²⁶⁻³⁰ Los primeros esfuerzos académicos en materia de prevención de la Universidad John’s Hopkins se realizaron en 1986. Dos años más tarde la Asociación Médica Americana (AMA) publicó los lineamientos sobre los cuales funda su participación profesional, a efecto de difundir “el punto de vista oficial de ese país” en el tema. Sus consideraciones tu-

vieron un doble propósito: a) mejorar el conocimiento profesional del problema y b) favorecer el desarrollo de habilidades en el PS para hacer frente a este complicado fenómeno. Derivado de esta acción y reforzado por la experiencia clínica obtenida con el pasar del tiempo, se considera que en el ámbito educativo de los TA, el conocimiento mínimo de las materias que debe tener el PS debe acompañarse siempre de una temática *ad hoc*.²² Señala la literatura científica que a partir de 1987 se sistematiza la recomendación emanada de la Conferencia Nacional sobre Alcohol-Sustancias Psicotrópicas, Médicos de Atención Primaria y Educación de 1985, relativa a que durante la formación psiquiátrica y psicoterapéutica y también como parte de la práctica cotidiana en los TA, se incluya la supervisión clínica de casos. Esta variante pedagógica, con frecuencia soslayada por algunos profesionales, debe concebirse como un componente fundamental en los programas de enseñanza. La duración de esta actividad varía de acuerdo con las capacidades y habilidades clínicas de los alumnos bajo supervisión. Cuando el supervisando entra en contacto con los pacientes y su compleja problemática individual, se promoverá el reforzamiento de actitudes y conceptos técnicos, punto crucial donde la enseñanza de estos desórdenes cobra aún mayor relevancia, ya que dicho contacto posibilita la consolidación de una realidad teórico-práctica que refuerza la capacidad de realizar las intervenciones clínicas requeridas.³¹ En este contexto se puede afirmar que todo tratamiento posible en casos de TPDA debe efectuarse tomando en consideración la singularidad del sujeto y su visión del mundo. Por ello, de modo complementario, la familiarización profesional con los grupos de ayuda mutua por ejemplo, forma parte de los lineamientos de prevención de esta patología, pues coadyuvan al manejo posterior del cuadro agudo de los síndromes de intoxicación y abstinencia, no a su manejo,³² una vez controlado médica y psiquiátricamente y son de especial utilidad en la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia posterior tardía en distintos programas de tratamiento.^{23,33} De esta consideración se deriva que las actividades de enseñanza y las materias que conforman los programas de estudio, dada su heterogeneidad, continúan lamentablemente siendo un asunto inconcluso. Por esta razón muchos autores contemporáneos consideran que aún prevalecen amplias lagunas en el conocimiento que prohíjan déficits indeseables en el reconocimiento de la patología adictiva, fallas deplorables y rezago constatable en el manejo de los cuadros agudos, pero especialmente en la rehabilitación y en la reintegración social de los

pacientes.³⁴⁻³⁷ De hecho, muchas instituciones hablan de rehabilitación y reintegración social, pero en los hechos aún no pueden demostrar sus porcentajes de éxito; entre tanto la sociedad permanece en espera de que tales reiteradas intenciones se cumplan.^{38,39}

En México la psiquiatría clínica a su arribo al siglo XX consideró conveniente establecer instalaciones especiales para el tratamiento de los pacientes en general, incluidos los dependientes de alcohol y de otras sustancias psicotrópicas con otros TM, pero sin hacerse aún tal distinción ni diagnóstica ni terapéutica. Por ejemplo, el Hospital Federal de Toxicómanos prestó sus servicios durante los años 1931-1948 y de sus archivos, una investigación nacional que analizó una amplia muestra para entonces (N = 457) de expedientes clínicos, seleccionados mediante un muestreo aleatorio señaló que “las variables consideradas estudiadas fueron los datos sociodemográficos, los patrones del consumo de sustancias psicotrópicas, el motivo de ingreso a la institución así como los demás problemas asociados al consumo”.⁴⁰ Los resultados obtenidos revelaron una población constituida por usuarios crónicos de heroína, marihuana y morfina, la mayoría eran de sexo masculino, solteros, empleados o comerciantes entre los hombres y amas de casa entre las mujeres. La mayoría eran inmigrantes a la Ciudad de México de otras regiones del país y eran remitidos para tratamiento por las autoridades judiciales. El promedio de edad de la muestra fue de 31 años, pero significativamente menor para el grupo de mujeres. En ese ambiente clínico, a menudo se carecía de los recursos esenciales, tanto de índole conceptual como los materiales derivados de tal postura social y profesional para hacer frente al problema como una entidad clínica primaria en su propio derecho. El PS profesional dedicado a este problema mental era escaso y quienes querían trabajar con este tipo de pacientes eran menos. Por otra parte, ese pequeño grupo tenía un entrenamiento deficiente para ayudar a los dependientes alcohólicos, pues la experiencia no provino, en la mayor parte de los casos, de la transmisión académica conformada en una preparación formal, sino de la observación de los casos y el empirismo de su manejo, dado que no existían servicios clínicos ni académicos destinados al efecto.^{14,34,36,41-44} La estrategia más eficaz para favorecer la habilidad práctica y destrezas del terapeuta, como refiere Warburg: “Sólo procede de la experiencia clínica y de un entrenamiento supervisado, capaces de modificar sus actitudes e incrementar su conocimiento”.⁴⁵ De hecho, señala la bibliografía de esa época, que previo a la década de

los años 50, la atención destinada a las personas con problemas de consumo perjudicial o TPDA, como hoy la conocemos, especialmente la relativa al uso perjudicial de alcohol, fue la primera en llamar la atención a la sociedad como fenómeno atentatorio contra la salud comunitaria. Fue así como se centró básicamente en asignar breves periodos de manejo sintomático, dirigidos a la desintoxicación médica y cuando el caso lo ameritaba, se internaba al paciente para que recibiera el beneficio del manejo psiquiátrico, pero igualmente sintomático contra la intoxicación o bien dirigido a reducir la sintomatología derivada del consumo tóxico, mas no como la condición clínica, ya que aún no era reconocida como entidad nosológica.⁴⁵ Cabe señalar que la falta de conciencia de la enfermedad que a menudo se descubre en los pacientes con dependencia, ha sido y es pieza central para su reconocimiento y posterior manejo de su problema, así como de las posibles soluciones a desarrollar, a efecto de contrarrestar las consecuencias biopsicosociales producidas por la enfermedad. En tal contexto es importante destacar que no sólo el paciente consumidor nocivo y los dependientes niegan el TPDA y su comorbilidad, sino que participa igualmente –por diversas razones– casi toda la comunidad.⁴⁶ Prejuiciada e ignorante, la gente busca enfrentar el problema como algo aislado, evadiendo y negando la condición y sus impactos, sin considerar su personalidad, y a través del uso de distintos mecanismos mentales, por cierto muy semejantes a los que utilizan a causa de su enfermedad los propios pacientes.⁴⁷ Durante los años 40 y 50 se produjo una evolución interesante, pues los grupos de autoayuda (que muchos años después fueron denominados en México por la Norma Oficial Mexicana, NOM, de ayuda mutua),⁴⁸⁻⁵⁰ que ya conformaban un movimiento social a través de una amplia red de apoyo informal, pasaron a ser reconocidos por las instancias sanitarias y gubernamentales en su calidad de programa de apoyo en el tratamiento de los pacientes con TPDA, mas no como tratamiento de primera elección del TPDA ni de otras patologías inducidas por el consumo de etanol, incluidas en la CIE-10,¹⁹ que inmersas en el problema nunca recibieron atención adecuada por parte de ellos, ya sea por diagnosticarse como parte del trastorno agudo y no como los síndromes de intoxicación o abstinencia derivados del consumo del psicotrópico,³² por no percatarse de la importancia del problema crónico de la dependencia *per se* o bien, por considerar las modalidades de esa patología y sus diversas complicaciones separadas del trastorno primario, subestimando así la gravedad de

cada caso. Muchas de las entidades nosográficas fueron y persisten omitidas por esos grupos: intoxicación patológica, T. psicótico, el síndrome amnésico, T. psicótico residual, T. psicótico de comienzo tardío inducido por consumo de alcohol o por sustancias psicotrópicas con reviviscencias, T. de personalidad o de la conducta, demencia inducida por consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas, deterioro cognoscitivo persistente que no satisface las pautas de síndrome amnésico (f1x.6) o la demencia (f1x.73) inducidos por consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas, el T. psicótico de comienzo tardío inducido por consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas, los cuadros clínicos clásicos derivados del consumo crónico de alcohol como la encefalopatía de Wernicke, el síndrome de Korsakoff, la enfermedad de Marchiafava-Bignami, la mielinólisis central pontina y distintos cambios en la homeostasis de los electrolitos sanguíneos, TM o de la conducta, el T. mental o de la conducta sin especificación⁵¹⁻⁵⁴ y el *delirium tremens* del síndrome de abstinencia alcohólica. Cabe mencionar que este reconocimiento de apoyo a los pacientes, al impactar la mentalidad social de su tiempo y sobre todo frente a la insuficiente respuesta asistencial oficial organizada por parte de los departamentos y secretarías de salud de los distintos países, condicionó las circunstancias para que por la necesidad no reconocida y emergente, se produjera el determinante impulso alcanzado años después. Tales acciones han sido regidas –por lo que denominó años más tarde la ONUDD– de acuerdo con su estructura y funcionamiento, como: “un programa de abordaje de respuesta social de estirpe popular, no estructurada contra esta patología”.^{54,55} En México, el Manicomio General de la Castañeda desde su inauguración el 1º de septiembre de 1910 hasta su demolición el 29 de junio de 1968 representó uno de los pocos sitios donde los pacientes con TPDA o TPD de morfina recibieron alguna clase de atención, aunque sólo hayan disfrutado de las precarias condiciones y de los escasos elementos disponibles para el tratamiento correspondiente de tales desórdenes y sus múltiples complicaciones. Durante los primeros años del siglo XX y hasta el fin de su primera mitad se recomendaba por ejemplo, el uso de permanganato de potasio para la desintoxicación de quienes mostraron PTD del opio y otras sustancias tóxicas. Algunos médicos mexicanos de entonces sugerían tratar el TPD de morfina por medio de dosis variables orales de cafeína, con resultados clínicos insuficientemente adecuados que no estaban en proporción a la magnitud del problema, sobre todo

cuando se trataba de la cronicidad de una dependencia. Estos grupos paraprofesionales empezaron a desarrollar acciones asistenciales diversas, emparentadas de alguna forma con los objetivos médicos de la abstinencia y con lo ocurrido en algunos países como el nuestro.²⁵ Esta red de servicios a la comunidad de respuesta social no especializada, caracterizados por su filosofía, apoyo y recursos propios, proporciona atención comunitaria amplia a todos sus afiliados (incluye poblaciones de alto riesgo) al igual que algunos profesionales de la salud que colaboran con ellos y cuya paulatina cobertura ha llegado a formar una extensa red a nivel mundial.⁵⁶ Los esfuerzos sistemáticos para tratar dependientes aparecen en la segunda mitad del siglo XX tras recapitular sobre los usos experimentales de la psicocirugía, la terapia electroconvulsiva y los tratamientos manicomiales ocurridos en reclusión, realizados a la vez tanto para el cuidado como para el agravio de las personas con T. por dependencia con TM coexistentes, en especial a quienes padecían ambos.³⁹ A partir de los años 50, los distintos organismos internacionales propusieron nuevas fórmulas para conceptualizar la patología adictiva, en un intento por: a) disminuir los costos de la atención, b) mejorar la calidad de los servicios y en última instancia, c) favorecer la reintegración social de los pacientes con dependencia de sustancias psicotrópicas.^{38,57} Lo anterior se debió en parte a la reconceptualización de los TPDA como un creciente problema de salud social, lo mismo que a la emergencia de nuevas tecnologías dirigidas al tratamiento integral de los pacientes con esos desórdenes, los cuales incluyeron: a) el diseño de estrategias de intervención psicoterapéuticas más específicas, b) la reformulación de los programas de rehabilitación a largo plazo y sólo unos años más tarde, c) la aparición de abordajes humanistas y a la vez de enfoque comunitario.⁵⁸ Desde entonces vienen cambiando sustancialmente el panorama del tratamiento del paciente con TPDA y otros psicotrópicos, disponiendo hoy día de mayores herramientas que de manera más integral y con menores riesgos, modifican el curso de la historia natural del padecimiento y asimismo, disminuyen su morbilidad al comprender mejor y proponerse atender simultáneamente, en forma más adecuada la comorbilidad adictiva y psiquiátrica de los pacientes.^{59,60} En este contexto de la salud social, los grupos de ayuda mutua han jugado un papel importante en la recuperación de casos por dependencia. Desde su formación han buscado difundirse y llegaron a México, dando continuidad a sus sesiones desde principios de los años 40. En el pleno de los años 50 se formaron

grupos que funcionan basados en el principio de AA, entre ellos los promovidos por el Dr. Ramón de la Fuente en el Hospital Español de México por integrar grupos de autoayuda a servicios formales de atención médica. Se fundó en ese tiempo, promovido por el Dr. Enrique Martínez Cid, la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, AMAR. Así, AA mostró un proceso acelerado de crecimiento en la década de los 60 debido entre otros factores, a la aparición de literatura científica en español y de la formación de su organización llamada Central Mexicana.²⁵ Unos años más tarde, para finalizar los 60, la creación del Centro de Estudios en Farmacodependencia, CEMEF se orientó hacia el monitoreo de las tendencias de consumos de sustancias y los Centros de Integración Juvenil, A.C. a la prevención y manejo de pacientes con dependencias, no así de alcohol, que paradójicamente se desdén a pesar de ser tan importante por sus daños ilimitados causados en todo el mundo. Se ignora la razón por la que sus directivos no asumieron su atención médico-psicológica sino hasta casi el final del siglo XX. Esta circunstancia seguramente influyó en que los grupos de ayuda mutua empezaran a cobrar importancia social con el incremento en el número de pacientes con TPDA, que consumen a la par otras sustancias psicotrópicas y que se afilian a AA como resultado de nuevos casos de dependencia de otras sustancias y de la carencia de otras instancias gubernamentales o privadas para el manejo de los trastornos coexistentes con TM, formando la patología dual. Desafortunadamente, su tratamiento no siempre ha seguido las normas técnicas de atención y el cuidado a los derechos humanos de los pacientes que recomiendan los organismos internacionales y la Secretaría de Salud en México.^{61,62} Por ejemplo, el informe anual 2003 del Instituto Jellinek mostró pérdida del optimismo terapéutico por favorecer el tratamiento contra las dependencias a través de la disminución del *craving* (deseo-necesidad imperiosa de consumo y conducta de búsqueda de psicotrópico, D-NIC), así como la renuencia de los pacientes al apego del tratamiento.⁶³⁻⁶⁵ A continuación se muestra la descripción esquemática de los recursos terapéuticos empleados en el país a lo largo de los años (*Cuadro I*).

De hecho, la idea original de curar –en términos de la erradicación de la patología de la dependencia– a un paciente dependiente con T. mental coexistente para convertirlo a la sobriedad transitoria o permanente, tiende a cambiarse en la actualidad por un mejor objetivo pragmático más amplio, dirigido a apoyarlo y a facilitarle el curso de su difícil modo de vida. Des-

Cuadro I. Actividades de atención terapéutica de las adicciones por tipo y nivel.

1. Describe a aquellas instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo y otras acciones).
 2. Las que ofrecen atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.) como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales –entendiendo por profesional no médico–, el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva del PaD, realizada con base en una actividad “profesionalizada” (los que se dedican a ello pero sin contar con profesión) es decir, ofrecen consejería gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.
 3. Las consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, esto es, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca.
 4. La atención profesional médica general, unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud.
 5. Las consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas pero no en adicciones ni en TM, sino en sus complicaciones, es decir actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general.
 6. La atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.
 7. La atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de las que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema, es decir actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado.
 8. Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en *Patología Dual* de la que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento inmediato, integral y simultáneo de ambos T. adictivos y mentales, impulsando el apego al tratamiento y manejo posterior de ambas entidades comórbidas, es decir actividad diagnóstica, curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia y control de la comorbilidad, reforzado por acciones de reintegración social). Son grupos especializados en *Patología Dual* con personal profesional calificado *ad hoc*.
-

* Modificado de: Souza y M. Adicciones visión integral de su problemática, abordaje y terapéutica (*Patología Dual*). Facultad de Medicina, UNAM. México: Editorial Prado; 2014(e).

de un enfoque médico, el consumo perjudicial y el TPDA y demás sustancias psicotrópicas se consideran *grosso modo* un fenómeno de etiología multicausal, complejo, tanto en su desarrollo como en su difícil solución definitiva, el cual representa asimismo un motivo de preocupación no sólo para las autoridades de salud, educativas y judiciales, sino para todos aquellos sectores de la población en los que repercuten sus variados efectos. Al final de los años 60 la institución más grande del país, líder en el campo especializado en la actualidad y hasta el presente, ha realizado decisivos progresos teórico-asistenciales, merced a la incorporación de nuevos conceptos de manejo ambulatorio y residencial con técnicas de evaluación que profesionalizaron hasta cierto punto el abordaje del T. por dependencia, si bien su interés prioritario

han sido las acciones preventivas, mismas que permanecen sin que sea posible cuantificarlas apropiadamente, por lo que –salvo el éxito promocional-político-administrativo alcanzado– no representan en concreto una mejora real preventiva del TA. Condición que sólo pudo ocurrir a partir de que los TA se aceptaran como pertenecientes al grupo de los TM, pero hoy en día considerados a partir de sus características propias. Otro ejemplo del carácter profesional del abordaje del problema de la dependencia a nivel hospitalario lo constituyó el Hospital Rafael Lavista (y Rebollar), iniciado como hospital psiquiátrico en 1898. Ahí se desarrolló el programa para el manejo de pacientes dependientes de alcohol a cargo del Dr. José Antonio Elizondo López, uno de los especialistas pioneros en el abordaje hospitalario del TPDA en

México, quien participó apoyado y apoyando a los grupos de autoayuda (ayuda mutua) de entonces. El programa de rehabilitación de alcohólicos para el IMSS a su cargo funcionó entre 1972 y 1979, unos años antes de que el hospital cerrara sus puertas en 1982. Posteriormente fundó y dirigió el Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción (CAIPA) dentro del propio Hospital Lavista hasta 1996, tras lo cual formó y dirigió el Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo CESAAL y continúa a la fecha en el ámbito privado de su práctica profesional.²⁵ En el seno de esta visión, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA de México abrió las puertas al final de los años 60 el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (naciente reemplazo del Hospital Central de la Castañeda), dando paso así a la reorganización de la red de servicios de los centros de salud existentes para la atención comunitaria en distintas zonas de la Ciudad de México, en la que se incluyeron los TM –sin especificidad sobre los T. por dependencia– y un centro ambulatorio específico para la prevención de alcoholismo, CEPRA de la misma secretaría. No habiéndose reflejado en la literatura nacional el tema, resulta interesante conocer en qué momento aparecieron los primeros intentos para tratar la dependencia de sustancias psicotrópicas, separando el alcohol del tabaco y de las demás sustancias adictivas. Sin embargo, se sabe que el tratamiento de esta dependencia y de otras, como de los demás problemas relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas que empezaron a documentarse en la literatura científica mundial,⁶⁶ ocurrió cuando se reconoció su estatus como los problemas de salud pública que siempre fueron;⁶⁷ empero, lo anterior no significa necesariamente que el abordaje terapéutico de los T. adictivos se realizara bajo una metodología apropiada ni que éste se mantuviera exento de riesgos para los pacientes.^{68,69} Por esa época y desde mediados de los años 80 se ha venido reforzando el reconocimiento a la participación de todas las instancias profesionales y no profesionales y sus resultados conjuntos –cuando así lo hicieron– logrados en los abordajes terapéuticos aún no sistematizados para el tratamiento de estos pacientes. Entre los primeros movimientos de acercamiento desde el campo de la psiquiatría hacia los gremios de ayuda mutua fueron los distintos centros oficiales dedicados a la prevención, a la par de la aparición de instancias no oficiales de distinta estirpe a lo largo del país, las cuales por cierto han sido y aún se mantienen heterogéneas debido a sus distintas filosofías y sobre todo a sus variados procedimientos. Muchas de tales instan-

cias incursionaron en el manejo rehabilitatorio de forma independiente y privada, con acciones igualmente heterodoxas, la cuales realizaron de modo semejante a la de los grupos que optaron por convertirse en organizaciones no gubernamentales, ONG. Esta colectividad, ahora adicionada de más organizaciones del ramo, pero no necesariamente convergentes, conformó un grupo disímulo entre ellas que amplió la oferta de servicios. Y en tanto fueron creados desde ópticas y praxis distintas, aportaron diversas modalidades de abordaje que han oscilado desde procedimientos *ad libitum* hasta técnicas médicas tradicionales para el combate de la sintomatología y la “recuperación” de los casos y con ello alcanzaron su expansión y aceptación comunitaria. Más tarde, además del problema del TPDA implementaron servicios dirigidos a otras patologías coexistentes o no, incluyendo en ese intento diversas técnicas y estrategias (gestálticas, cognitivas, conductistas, confrontacionales, sistémicas, etc.) debido a que su propósito se ha dirigido a brindar apoyo coadyuvante con algún tipo de manejo psicoterapéutico a los pacientes. Pero he aquí que en ocasiones algunas de tales instituciones, organizaciones y grupos en su devenir optaron por limitar su participación y ayuda a los pacientes, al rehusarse a suministrar la terapéutica psicofarmacológica recomendada por las autoridades internacionales de salud y se negaron asimismo a participar en el manejo de los casos de pacientes agudos para su desintoxicación o para la atención de sus cuadros mixtos por síndromes de abstinencia, sus complicaciones y consecuencias.^{23,32} De modo que este movimiento social de ayuda a estos complicados trastornos ha mostrado también, por diferentes razones e intereses, marcadas diferencias que llevaron a la desigualdad en su operatividad asistencial como entre las propias organizaciones. Hubo necesidad en ese entonces de crear las Normas Oficiales Mexicanas NOM 025-SSA2-1994 para la prestación de servicios salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y la NOM 168-SSA1-1998 del expediente clínico NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones⁴⁸⁻⁵⁰ en un intento oficial de aglutinación y regulación de la atención con registros clínicos apropiados, metas que se han consolidado sólo en forma parcial y con resultados variables entre los muy distintos recintos que ofrecen actualmente estos servicios. Entre tanto, el modelo de la comunidad terapéutica mejor consolidada por esa época ha venido desde entonces reclutando incluso a algunos profesionales de la salud, quienes han aprendido bajo la

praxis de estancias y pasantías en sus instalaciones para finalmente integrarse a sus equipos. Una vez que aprendieron la participación del grupo de ayuda mutua, hicieron las prácticas respectivas y se adaptaron a sus técnicas. Por otro lado, los operadores de sus programas han valorado la aportación brindada por la visión profesional. Pero tal aceptación a la reintegración real entre ambos abordajes señalados por ONUDD (estructurado) y no profesional (respuesta social)^{54,55} no se hizo realidad hasta la aparición de la alta incidencia social del consumo de cocaína, ya que su fuerte componente psicofísico y el régimen ambulatorio obligaron a ambas instancias a colaborar entre sí en espera de mejores resultados.^{70,71} En consecuencia, puede decirse que la brecha conceptual-metodológica entre las prácticas de ambos grupos los estructurados y los de respuesta social son historia pasada, aun cuando para algunos grupos aún se requieren supervisiones y ajustes periódicos que promuevan y mantengan la complementariedad operativa en beneficio de los pacientes y sus familiares.⁷² Al parecer, los grupos no profesionales han aceptado –no sin dificultad y contradicciones– a los profesionales, pero algunos de estos últimos, permanecen todavía reticentes a causa de la filosofía y proceder mostrados por aquéllos, que no siempre han sido congruentes con las metas y objetivos estructurados a cubrir, bajo el deseo de respetar su liturgia. Asimismo, la operación de la comunidad terapéutica actual incluye en sus recintos y equipos, operadores, voluntarios y profesionales de diferentes ramas académicas, lo cual da idea de la eficacia de la reintegración, si bien sus propias filosofías y procedimientos patentemente disienten desde la nomenclatura que utilizan hasta los planteamientos médico-psiquiátricos tradicionales. De hecho, puede afirmarse que en el presente, gracias a la evolución señalada respecto del manejo de los T. por dependencia, éste tiende a profesionalizarse con la presencia de especialistas en medicina, psiquiatría, psicoterapia, etc., pero sin incluir todavía la coexistencia de otros TM habituales en estos pacientes (esquizofrenia, T. afectivos y T. bipolar, T. por ansiedad, TDAH, T. del sueño, de la alimentación, de la sexualidad, etc.) como los de cualquiera de los tres grupos de T. de personalidad –remanentes de la clasificación⁷⁰ que aparecen en el DSM-V–:⁷¹ **Grupo A** (raro; extraño-excéntrico) reúne los trastornos paranoides, esquizoide y esquizotípico de personalidad; **Grupo B** (dramático-emocional) aglutina los trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial y **Grupo C** (ansioso-temeroso) donde convergen los trastornos obsesivo-compulsivo, depen-

diente y evitativo. Se incluye además el trastorno pasivo-agresivo de personalidad, aun cuando permanece bajo criterios de investigación.

Adviértase ahora que ninguna clasificación ha planteado la personalidad adictiva –aun cuando así se refiera en ambientes de tratamiento– debido a la dificultad etiopatogénica de relacionarla con los trastornos por dependencia a sustancias psicotrópicas o a conductas adictivas. Se precisa todavía de una mayor estructuración de las categorías para poder predominar claramente una sobre la otra. Inclusive, debe considerarse la posibilidad de que un tipo y otro de trastornos puedan traslaparse, por lo que un individuo que reúna ciertas características mezcladas será más difícil de clasificar en una sola categoría.⁷ En el pasado se consideró que el T. por dependencia había de tratarse primero y el problema psiquiátrico luego, como segunda instancia. Sin embargo, se captó de inmediato que era casi imposible para los pacientes con diagnóstico dual evitar la recaída durante la recuperación temprana, cuando no estaban recibiendo tratamiento para los síntomas de los TM o no habían logrado el control. Ello ha venido documentando⁷³⁻⁷⁵ la necesidad de reconocer que la investigación al respecto se encuentra en un punto de inflexión tal, que los avances en las biomoleculares esperan ser traducidos pronto a nuevas perspectivas clínicas. Una de ellas es la necesidad de que el PS y demás especialistas, pero en particular los psiquiatras, adquieran adecuadamente el conocimiento del estado que guarda la condición.^{11,22} Asimismo, el uso cada vez más frecuente de las técnicas de neuroimagen (radiografías, tomografía axial computarizada, TAC, tomografía por emisión de positrones, PET y resonancia magnética por imagen [RMI]) sobre los daños que ocasiona el alcohol en el SNC⁷⁶ intentan comprender el panorama del trastorno a partir de las proyecciones de imagen sobre las áreas dañadas de quienes abusan del psicotrópico, por su consumo irrestricto o por padecer el TPDA y su comorbilidad psicofísica.^{77,78} Como es bien sabido el consumo de alcohol en el mundo continúa siendo una preocupación de clínicos e investigadores desde hace mucho tiempo, no así su diferenciación clínica⁷⁹ y su adecuada nomenclatura en la CIE-10¹⁹ que concibe el fenómeno del consumo perjudicial de alcohol y lo describe como una entidad nosológica que ocasiona el TPDA, distinguiendo los problemas relacionados con tal tipo de consumo,^{17,79} por lo que gracias a ello, actualmente se comprenden y se tratan ambos con mayor precisión,⁸⁰ sin menoscabo de que tal tipo de consumo se combine con otras sustancias psicotrópicas legales (psicofármacos) e

ilegales (cannabis, cocaína, etc.).²¹ A partir de ello, el interés por encontrar la magnitud social del fenómeno ha permitido conocer con el paso del tiempo, cifras epidemiológicas crecientes acerca del consumo de alcohol, tanto en Estados Unidos como en México.^{81,82} Hasta el presente se han realizado una multiplicidad de estudios e investigación^{27,82} sobre la exposición prenatal al alcohol y otras sustancias solas o combinadas,⁸³⁻⁸⁵ la edad de inicio del consumo de alcohol⁸⁶ siguiendo su trayectoria,⁸⁷ aspectos funcionales de las familias^{88,89} y la influencia de la estructura familiar en la salud de sus miembros,^{90,91} el número de hijos de los portadoras del TPDA y su evolución clínica,^{89,92,93} el maltrato infantil y la violencia contra la mujer⁹⁴⁻⁹⁶ y otras formas de violencia,⁹⁷⁻¹⁰⁰ el abuso sexual de menores,¹⁰¹⁻¹⁰³ la criminalidad asociada al consumo de sustancias consideradas como “piedra angular” para la atención de los casos por las autoridades de salud en la región de las Américas^{104,105} y otros países de Europa¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ por los alcances delincuenciales derivados de conductas antisociales,^{100,109-114} quizá relacionadas con rasgos de la personalidad o bien con T. de personalidad límite o antisocial, entre otras.¹¹⁵

El Informe Mundial de Drogas 2017 de la ONUDD reconoció, según el Dr. Yuri Fedotov, director ejecutivo de la ONUDD, la gran cantidad de muertes prematuras (más de 190,000) y evitables, así como el enorme número de consumidores en el mundo (más de 255 millones de personas han consumido “una vez” algún tipo de droga ilegal) reforzado por la corrupción y el crimen organizado en todos los países.¹¹⁶ En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 señalan que los datos no son alentadores, pues en los últimos siete años, el consumo de drogas ilegales aumentó 47%. Entre los 8.4 millones de mexicanos que han consumido drogas, el incremento es mayor entre la población de adolescentes y mujeres, tal vez como consecuencia de un aumento en el consumo iniciático experimental, lo cual no necesariamente implica la regularización o consumo continuo de su dependencia. De acuerdo con la información vertida a los medios, en México se ha duplicado el consumo de drogas entre adolescentes en los últimos cinco años. La marihuana y la cocaína siguen como las drogas de mayor preferencia de los mexicanos.¹¹⁶ La encuesta señala que el consumo de alcohol marcó incrementos de 12.3% en 2011 a 19.8 en 2016, duplicándose en el caso de los menores de edad, pasando de 4.3 en 2011 a 8.3 en 2016. En consecuencia, se espera que los resultados de esta encuesta sirvan para crear

más y mejores políticas no sólo de prevención, sino de tratamiento y rehabilitación para todos los afectados, pues cabe señalar que en las siete encuestas quinquenales previas realizadas a lo largo de varios decenios, las cifras continúan creciendo y los problemas derivados de ello multiplicándose en todos sentidos.¹¹⁷ La visión científica del TPDA al reunirse con los T. de personalidad u otros TM necesita cumplir con ciertos requisitos en sus significantes, a efecto de que sus significados faciliten la comprensión de los conceptos elementales en los que se funda la utilidad del manejo y la atención institucional a ofrecer.^{118,119} Por ejemplo, en la descripción de los fenómenos de la salud, así como en el estudio y abordaje de los TM aún persiste un claro divorcio conceptual-lexicológico que dificulta patentemente el entendimiento cabal del tema y por ende su apropiada comunicación entre el personal de salud a distintos niveles,^{22,120} entre el personal, los pacientes y sus familiares y entre los canales oficiales de información, los medios informativos y la sociedad.^{71,121} Todo lo cual obstaculiza y deforma la comprensión de los procedimientos preventivos, curativos y rehabilitatorios, asunto por demás conocido por los involucrados.^{118,122}

Lo destacable al respecto es que no se ha reducido el consumo iniciático, que es un tipo de uso de un medicamento, obtenido con receta médica (de manera distinta a la prescrita) o sin ella, durante más o menos tiempo del recomendado o por una persona a quien no le ha sido recetado.¹²³ En muchas ocasiones el término automedicación también refiere al consumo de sustancias ilegales que como condición *sine qua non* se requiere para generar el TPDA de la nicotina y de cualquier otro psicotrópico¹²⁴ de uso aislado o como es más frecuente entre los jóvenes, de consumo combinado.¹²⁵ Las agrupaciones médicas y científicas del orbe reconocen la necesidad de atender esta prioridad de salud pública, apoyadas por grupos institucionales, sin menoscabo de la atención especializada de carácter privado. Los esfuerzos encauzados han crecido y se han organizado a un punto tal, que se ha creado una nueva visión de la psiquiatría dedicada a los T. adictivos con TM coexistentes conformando la patología dual, con la esperanza de comprender más a fondo el problema y ofrecer mejores respuestas para una atención comunitaria más favorable. Por tanto, resulta imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes y supervisen adecuadamente al personal, desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones en el marco

gratificante y productivo de la responsabilidad social con auténtico espíritu de servicio. Nos toca en suerte presenciar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas –en ambientes controlados o libres de sustancias psicotrópicas– dirigidas a cubrir el amplio espectro de la historia natural de la enfermedad desde la intoxicación aguda y la abstinencia hasta el control a largo plazo del padecimiento adictivo y mental coexistente y su reintegración social.^{23,31} Pero hemos de hacer nuestros los propósitos de la normatividad de salud en el país, en la búsqueda del bienestar físico y mental del hombre, enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades a través de programas diseñados al efecto, sabedores de que un PaD tarda en llegar a tratamiento, un promedio entre tres y 20 años y cuando lo hace, la mecánica institucional para completar el procedimiento propedéutico, nosológico, terapéutico, rehabilitatorio y educativo-preventivo, por su organización administrativa, rezagos, etc., puede convertirse en uno de los principales problemas que colaboren a su deserción.¹⁴⁷

Los objetivos deben ofrecer una terapéutica residencial oportuna y de alta calidad que contribuya a la disminución de la enfermedad y sus repercusiones. Por lo cual, se hacen elegibles aquellos modelos que responden a la necesidad nacional, regional y estatal que contemplan la opinión de los expertos y conceptualizan la patología dual. Hoy, el marco clínico profesional privilegia el uso de instrumentos clínicos codificados, clinimetría y uso de la metodología de laboratorio y gabinete, valoración psicológica y psicodiagnóstico y las pruebas especializadas de neuroimagen. En su conjunto todas estas herramientas convergen en la promoción de la motivación terapéutica, el mantenimiento de abstinencia^{7,23} y la prevención de recaídas e incorporan el manejo psicológico individual, la terapia de grupo y terapia de grupos de familias al tradicional e indispensable manejo psicofarmacológico para los casos que lo ameritan. La labor de su rehabilitación incluye actividades complementarias del tipo deportivo, recreativo, musical y cultural, entre otros, mantener la supervisión psicosocial en la reintegración social a largo plazo, consolidarla a nivel escolar, laboral y sociofamiliar y favorecer la promoción del crecimiento personal a largo plazo con psicoterapia cognitivo-conductual y en su caso, la psicodinámica individual. Tales programas han de alojar a todas aquellas personas que requieren terapéutica profesional bajo la consigna de hacer realmente un tratamiento benéfico a los usuarios en el marco de intervenciones de alto nivel.¹²⁵ En esa dirección, conviene diferenciar cuáles de las anomalías del funcionamiento cerebral, encontradas en los PaDs

derivan del proceso patógeno y cuáles realmente son la causa, puesto que teóricamente considerado, actuar sobre trastornos que son consecuencia del proceso, no será reversible. En el caso de que la disminución de la perfusión frontal encontrada en algunos PaDs fuera secundaria a un descenso de actividad metabólica del mismo, un hipotético manejo que mejorara la perfusión no tendría utilidad causal, pero si esta disminución fuera el T. primario se abriría un nuevo campo de investigación para el desarrollo de nuevas terapéuticas.¹²⁶ Hoy en día se sabe que existe una gran influencia de la disfunción frontal descubierta en los individuos dependientes, la cual parece ser uno de los orígenes más importantes del proceso adictivo.¹²⁷ Otra posibilidad es encontrar fármacos que reviertan las anomalías detectadas en el funcionamiento del lóbulo prefrontal o que modifiquen las influencias que ejercen sobre él ciertas estructuras más profundas como el núcleo *accumbens*¹²⁸ o la amígdala del lóbulo temporal.¹²⁹ En otras palabras, los denominados “potenciadores cognitivos”,¹³⁰ fármacos que mejoran diversos aspectos del funcionamiento cerebral constituyen una nueva opción,¹³¹ situando al PaD en el centro de una visión integradora por sus mejores condiciones, que permitan asimismo un mejor aprovechamiento de las intervenciones terapéuticas de alta exigencia y eficacia contrastada como la prevención de recaídas. Por último, no debe olvidarse que la conducta adictiva –es decir, no reflexiva– se entiende como proceso multifactorial complejo y sólo actuando a la vez en un número importante de factores será factible alcanzar el control del trastorno. Además, hay que tomar en cuenta la personalidad de cada individuo frente a los diferentes factores implicados,¹³²⁻¹³⁶ por lo que una correcta evaluación de la persona afectada es fundamental para un correcto abordaje terapéutico.¹³⁷

CONCLUSIÓN

En suma, en la terapéutica contemporánea las intervenciones clínicas se basan en juicios de ponderación farmacológica riesgo-utilidad y costo-efectividad, coadyuvadas por acciones psicoterapéuticas *ad hoc* que rebasan la óptica del costo-beneficio y forman parte de estrategias más amplias de comprobada utilidad.¹³⁸ En el caso de los T. por dependencia la meta inicial es la reducción de la demanda, la eliminación de los riesgos asociados y el manejo simultáneo de la comorbilidad asociada.¹³⁸⁻¹⁴⁰ Acto seguido habrá de continuarse con el fomento activo de la eliminación de la reincidencia con la inclusión de factores de crecimiento y la adquisi-

ción de nuevas habilidades autoafirmativas para la vida. Pero en la práctica, el éxito terapéutico alcanzado por la oferta de servicios asistenciales contra el TPDA y TM hasta la fecha no ha sido suficientemente conocido y por tanto aceptado, pues realmente aún son pocos los beneficiados bajo esta óptica integral, sobre todo si se comparan con la demanda real del tratamiento, dado su tardío ingreso a los programas terapéuticos (promedio de tres a 20 años), un reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse. Pero el asunto se complica más específicamente por la insuficiente e inadecuada preparación profesional y la escasa cobertura asistencial oficial ofrecida, entre otros principales problemas laborales, salariales, de organización y operativos a considerar.¹⁴¹ Por otro lado, la reflexión sobre si bien el número de agentes farmacológicos contra el D-NIC ha incrementado, su selección clínica ha de proceder con base en las características de cada caso y la dimensión prioritariamente afectada, así como el conocimiento proveniente de esquemas protocolizados de abordaje terapéutico y rehabilitatorio que, pese a la antigüedad del problema, aún no se ha desplegado en su eficacia documentada ni ha alcanzado la suficiencia en la comunidad,¹⁴²⁻¹⁴⁴ en virtud de que no existen recomendaciones basadas en protocolos corroborados por su uso efectivo por largos periodos que puedan traducirse en utilidad para recomendar ciertas sustancias o procedimientos mejores contra la patología dual, que se prefieran por encima de los resultados obtenidos con otras sustancias utilizadas en forma aislada. He aquí que debe reconocerse con base en la experiencia que la terapia farmacológica establece, refuerza, mantiene y produce mejores resultados cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares sumados a la participación, en su caso, de los grupos de ayuda mutua. Cabe destacar que el funcionamiento y metas de varios de estos grupos no se han asumido en mucho tiempo ni reconocen la terminología científica internacional, por lo que tal autonomía los hace permanecer confinados, anacrónicos y obsoletos. Estas recomendaciones han sido diseñadas para aquellas personas que requieran la contención emocional –como algunos adolescentes–¹⁴⁵ que refuercen y favorezcan su recuperación a largo plazo, en términos de reintegración social, en particular hacia los PaDs que abusan o son ya dependientes de varias sustancias psicotrópicas a la vez, lo cual en el panorama nacional de esta visión de patología dual podría considerarse en la práctica una regla.¹⁴⁶ Cabe por tanto señalar, que dado que los pacientes con TPDA tienen en su gran mayoría TM coexistentes provenientes al menos de cualquiera

de los tres grupos descritos por DSM-5⁷¹ como T. de personalidad, de los que hay un aparente predominio del Grupo B, es decir el que reúne a los individuos límitrofes, histriónicos, narcisistas y antisociales, seguidos de los del Grupo C, en su calidad de portadores de T. de personalidad obsesivo-compulsiva y dependientes que son simultáneamente consumidores poliusuarios y en muy raras ocasiones permiten enfrentar retos únicos de manejo. Las soluciones prácticas al problema se apoyan esencialmente en el incremento cualitativo de los cuidados que reciban los individuos afectados. En ello la educación,^{148,149} la calidad de la asistencia y seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica devienen fundamentales.^{24,38,39,72,150-152} El panorama del TPDA y sus alcances revisa la brecha entre la psiquiatría y los tratamientos para tales pacientes ha seguido estrechándose, dando así la oportunidad de alcanzar una meta personalizada, aunque para lograrse requiera varios intentos sucesivos que visualicen mejor y mantengan el camino de la rehabilitación. Esto es, que al “final definitivo” del manejo –tiempo variable para cada PaD de acuerdo con su condición y recursos– conquiste cada uno por su cuenta, la posibilidad de iniciar por vez primera su verdadera reconstrucción y crecimiento.¹⁵³ Este hecho clínico trascendental de responsabilidad compartida, que partió de la generalización conceptual de los PaD y por tanto de la consideración de iguales características, requisitos y medidas de tratamiento aplicables a todos ellos sin distinción, se tiene hoy abandonado como procedimiento idóneo por considerarse inadecuado.¹⁹ Sin embargo, dejó un importante conocimiento al permitir la emergencia de la verdadera condición individual de cada paciente como el elemento distintivo y fundamental de apoyo en su recuperación, con el fin de lograr la meta del descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de su identidad personal.¹⁵⁵⁻¹⁵⁷ Sin lo anterior, como lo planteó E. Fromm, no se puede hablar de desarrollo de la potencialidad humana.¹⁵⁵

Deviene trascendente en consecuencia, favorecer la actualización profesional del PS³ y ofrecer a la sociedad una visión clara del estado que guarda el problema en nuestro medio.²² Nuestros mejores deseos para alcanzarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, Greenfield TK, Rey G, Kerr WC et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*. 2013; 103 (4): 641-648.

2. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*. 2012; 107 (1): 51-59.
3. Souza y Machorro M. Trastorno por dependencia del alcohol y trastornos de la personalidad. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2017. En revisión.
4. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014a.
5. WHO. Global strategy. To reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2014b.
6. WHO. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
7. Souza y Machorro M. *Psiquiatría de las adicciones*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2010.
8. EMCDDA. Selected issue 2011: Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon, Portugal, 2011. Rev. Agosto, 2017.
9. Souza y Machorro M. De la resiliencia a la reintegración social del paciente dual. Seminario "Prevención y rehabilitación de las adicciones". Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, D.F. Mayo 31, 2015.
10. WHO. Measures: social reintegration. Criminal and non-criminal measures: social reintegration. New York: World Health Organization; 2006. Rev. Agosto, 2017.
11. Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The world health organization's global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol Res*. 2013; 35 (2): 244-249.
12. Souza y Machorro M. *Patología dual: aspectos clínicos y terapéuticos de la comorbilidad adictiva*. México: Difusión y Tecnología S.A. de C.V.; 2011.
13. Karam-Hage M, Nerenberg L, Brower KJ. Modifying residents' professional attitudes about substance abuse treatment and training. *Am J Addict*. 2001; 10 (1): 40-47.
14. Westreich LM. Diagnosing and treating substance use disorders in general psychiatry. *Addiction, Substance Use Disorder*. AAPA. December 04, 2014.
15. Souza y Machorro M. *Adicciones. Visión integral de su problemática, abordaje y tratamiento (Patología dual)*. México: Facultad de Medicina, UNAM. Editorial Prado; 2014.
16. American Medical Association. Medical school education on abuse on alcoholism and other psychoactive drugs. *JAMA*. 1972; 219 (13): 1746-1749.
17. World Health Organization. Alcohol related disabilities. Geneva: World Health Organization; 1977. pp. 3-4. (WHO offset publication no. 32)
18. WHO. Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee Geneva. WHO Technical Report series, N° 650. World Health Organization; 1980.
19. WHO. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 2007.
20. Schuckit MA, Smith TL, Heron J, Hickman M, Macleod J, Lewis G et al. Testing a level of response to alcohol-based model of heavy drinking and alcohol problems in 1,905 17-year-olds. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011; 35 (10): 1897-1904.
21. Weinberger AH, Platt J, Goodwin RD. Is cannabis use associated with an increased risk of onset and persistence of alcohol use disorders? A three-year prospective study among adults in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 161: 363-367.
22. Leino-Kilpi H, Solante S, Katajisto J. Problems in the outcomes of nursing education create challenges for continuing education. *J Contin Educ Nurs*. 2001; 32 (4): 183-189.
23. Souza y Machorro M. *Adicciones: clínica y terapéutica*. México: Editorial Alfili; 2007.
24. Guisa CVM, Díaz-Barriga SL, Souza y Machorro M. La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría*. 2004b; 20 (1): 9-20.
25. Anthony JC, Eaton WW, Henderson AS. Psychiatric epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1995; 17 (1): 1-8.
26. Norquist GS, Regier DA. The epidemiology of psychiatric disorders and the de facto mental health care system. *Annu Rev Med*. 1996; 47: 473-479.
27. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gazola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*. 1998; 23 (6): 893-907.
28. Anthony JC. Epidemiology of drug dependence. In: Galanter M, Kleber HD ed. *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. pp. 47-58.
29. Guisa-Cruz VM, Barriga-Salgado LD, Souza y Machorro M. La dependencia alcohólica en México. *Rev Mex Neuroci*. 2004b; 5 (4): 356-364.
30. Souza y Machorro M. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
31. Dalagija-Ramić L, Dvizec Z, Mehić-Basara N. A model of addiction prevention. *Med Arh*. 2001; 55 (3): 155-156.
32. Goldstein FJ. DOs need more training in diagnosing and treating addiction. *J Am Osteopath Assoc*. 1999; 99 (9): 456.
33. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (8): 1452-1460.
34. Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*. 2010; 105 (10): 1729-1738.
35. Souza y Machorro M, Cruz-Moreno DL. Acerca de la rehabilitación en adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2008; 9 (5): 409-417.
36. Souza y Machorro M. De la resiliencia a la reintegración social del paciente dual. *Revista APM Psiquiatría. Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Época 1*, 2017. En prensa.
37. Unikel C, Ortíz A, Vazquez L. El consumo de sustancias psicotrópicas según los registros del Hospital Federal de Toxicómanos: fragmentos de historia de la farmacodependencia en México (1931-1948). *Rev ABP-APAL*. 1995; 17 (3): 102-106.
38. Klamen DL, Miller NS. Integration in education for addiction medicine. *J Psychoactive Drugs*. 1997; 29 (3): 263-268.
39. Klamen DL. Education and training in addictive diseases. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22 (2): 471-480, xi.
40. Renner JA Jr. How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biol Psychiatry*. 2004; 56 (10): 810-816.
41. Monti PM, Rohsenow DJ, Swift RM, Gulliver SB, Colby SM, Mueller TI et al. Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25 (11): 1634-1647.

42. Sholomskas DE, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, Ball SA, Nuro KF, Carroll KM. We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73 (1): 106-115.
43. Warburg MM, Cleary PD, Rohman M, Barnes HN, Aronson M, Delbanco TL. Residents' attitudes, knowledge, and behavior regarding diagnosis and treatment of alcoholism. *J Med Educ*. 1987; 62 (6): 497-503.
44. Souza y Machorro M. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2001; 2 (1): 25-27.
45. Souza y Machorro M. Cannabis y salud: del mito a la evidencia. México: Editorial Alfíl; 2017.
46. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 7 de enero de 2013. *Rev. Agosto*, 2017.
47. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la integración de la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 2014. Viernes 4 de Septiembre de 2015. *Rev. Agosto*, 2017.
48. Diario Oficial. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-2012 del expediente clínico. Miércoles 30 de noviembre de 2016. *Rev. Agosto*, 2017.
49. Zuccoli G, Pipitone N. Neuroimaging findings in acute Wernicke's encephalopathy: review of the literature. *AJR Am J Roentgenol*. 2009; 192 (2): 501-508.
50. Zuccoli G, Siddiqui N, Cravo I, Bailey A, Gallucci M, Harper CG. Neuroimaging findings in alcohol-related encephalopathies. *AJR Am J Roentgenol*. 2010; 195 (6): 1378-1384.
51. Geibprasert S, Gallucci M, Krings T. Alcohol-induced changes in the brain as assessed by MRI and CT. *Eur Radiol*. 2010; 20 (6): 1492-1501.
52. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Abuso de sustancias psicotrópicas tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. 2003a.
53. ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de sustancias psicotrópicas: análisis de las pruebas científicas. ONU. New York. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. 2003b.
54. Rassool GH. Addiction: global problem and global response. Complacency or commitment. *J Adv Nurs*. 2000; 32 (3): 505-507.
55. UNODC's Treatment and Rehabilitation Toolkit. National Association of Drug Court Professionals (United States) 2015. *Rev. Agosto*, 2017. Available in: www.unodc.org/odccp/treatmenttoolkit.html
56. 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 (4): 447-458.
57. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010; 10: 258.
58. Asociación Mundial de Psiquiatría. Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires: AMP; 1998.
59. WHO. Human rights and legislation who resource book on mental health. Geneva: World Health Organization; 2005.
60. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*. 2007; 102 (1): 81-93.
61. Spanagel R, Zieglgänsberger W. Anti-craving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes. *Trends Pharmacol Sci*. 1997; 18 (2): 54-59.
62. Dunn J. Lead consultant in substance misuse. Adherence to substitute opioid prescribing: survey of inner-London drug services. *Psychiatric Bulletin*. The Royal College of Psychiatrists. 2009; 33: 336-340.
63. Consejo Ejecutivo, 126. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. (2010) Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/2643>.
64. American College of Physicians. Health and Public Policy committee. Chemical dependence. *Ann Int Med*. 1985; 102 (3): 405-408.
65. National Institute on Drug Abuse. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide 2011. Available in: www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/frequentlyaskedquestions/how-can-parents-participate-in-their-adolescent-childs-treatment [Revisado Agosto, 2017]
66. National Institute on Drug Abuse. Marijuana Facts: Parents Need to Know. May 27, 2014. Available in: www.drugabuse.gov/publications/marijuana-facts-parents-need-to-know [Rev. Agosto, 2017]
67. Jainchill N, Hawke J, Messina M. Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse*. 2005; 40 (7): 975-996.
68. Foster M, Nathan S, Ferry M. The experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community. *Drug Alcohol Rev*. 2010; 29 (5): 531-539.
69. McCaffery M, Pasero CL. Talking with patients and families about addiction. *Am J Nurs*. 1998; 98 (3): 18-21.
70. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. 4th edition. Washington: APA; 2000.
71. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. DSM_5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
72. Souza y Machorro M. Investigación y enseñanza en adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría*. 1998; 14 (3): 100-106.
73. Ríos-Lago M. Functional magnetic resonance and neuropsychology: basic concepts. *Radiología*. 2008; 50 (5): 351-365; quizz 365.
74. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373 (9662): 492-501.
75. Matochik J. Alcoholism Research and Neuroimaging: Implications for Treatment. *Neuro-psychiatry, Addiction, Alcohol Abuse*. Psychiatric News, APA. March 07, 2013.
76. Edwards G, Arif A, Hadgson R. Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bull World Health Organ*. 1981; 59 (2): 225-242.
77. Schuckit MA, Smith TL, Heron J, Hickman M, Macleod J, Munafo MR et al. Latent trajectory classes for alcohol-related blackouts from age 15 to 19 in ALSPAC. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015; 39 (1): 108-116.

78. Souza y MM, Díaz BS, Guisa CV. Adicciones: neuroquímica y terapéutica. *Rev Mex Neuroci*. 2004; 5 (6): 619-625.
79. Souza y MM. Patología dual: trastornos adictivos y patología psicosexual en HLB. Diseño y tecnología. 1a reimpression. México: Editorial Prado; 2017.
80. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions -- the NAPE Lecture 1998. *Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand*. 1999; 99 (1): 2-9.
81. Fried PA, Makin JE. Neonatal behavioural correlates of prenatal exposure to marihuana, cigarettes and alcohol in a low risk population. *Neurotoxicol Teratol*. 1987; 9 (1): 1-7.
82. Frances RJ. Clinical textbook of addictive disorders. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2005.
83. Richardson GA, Ryan C, Willford J, Day NL, Goldschmidt L. Prenatal alcohol and marijuana exposure: effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicol Teratol*. 2002; 24 (3): 309-320.
84. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (5): 745-750.
85. Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Dev Psychopathol*. 2004; 16 (1): 193-213.
86. Adger H. Children in alcoholic families: family dynamics and treatment issues. In: Abbott S (Ed.). *Children of alcoholics. Selected readings. Volume II*. Rockville, MD: National Association of Children of Alcoholics; 2000. pp. 235-242.
87. Gavriel-Fried B, Teichman M. Ego identity of adolescent children of alcoholics. *J Drug Educ*. 2007; 37 (1): 83-95.
88. Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37 (1): 52-60.
89. Souza y Machorro M. Dinámica y evolución de la vida en pareja. 2a ed. LAP. Lambert Academic Pub. Saarbrücken, Germany: Editorial Académica Española; 2012.
90. Eigen LD, Rowden DW. A methodology and current estimate of the number of children of alcoholics in the United States. In: Abbott S (Ed.). *Children of alcoholics, selected readings*. Rockville, MD: National Association of Children of Alcoholics; 2000. pp. 1-21.
91. Schuckit MA, Smith TL. Correlates of unpredicted outcomes in sons of alcoholics and controls. *J Stud Alcohol*. 2001; 62 (4): 477-485.
92. Murphy CM, Ting L. The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: a review of empirical data. *Aggress Violent Behav*. 2010; 15: 325-333.
93. Suelves JM, Jané M, Plasencia A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36 (3): 98-103.
94. Lawoko S, Sanz S, Helström L, Castren M. Screening for intimate partner violence against women in healthcare sweden: prevalence and determinants. *ISRN Nurs*. 2011; 2011: 510692.
95. Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggression Violent Behav*. 2003; 8 (2): 155-174.
96. Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Sep 2. pii: 1524838015602736. [Epub ahead of print]
97. DeLisi M, Vaughn MG, Salas-Wright C, Jennings WG. Drugged and dangerous: prevalence and variants of substance use comorbidity among seriously violent offenders in the united states. *J Drug Issues*. 2015; 45 (3): 232-248.
98. Jackson V, Chou S, Browne K. Protective factors against child victimization in the school and community: an exploratory systematic review of longitudinal predictors and interacting variables. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Oct 22. pii: 1524838015611675. [Epub ahead of print]
99. Cohen JA, Mannarino AP, Zhitova AC, Capone ME. Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse Negl*. 2003; 27 (12): 1345-1365.
100. Dennis ML, White M, Ives MI. Individual characteristics and needs associated with substance misuse of adolescents and young adults in addiction treatment. In: Leukefeld C, Gullotta T, Tindall ST (eds). *Handbook on adolescent substance abuse prevention and treatment: evidence-based practice*. New London, CT: Child & Family Agency Press; 2009.
101. Souza y Machorro M. Abuso de menores y violencia sexual en la sociedad actual. *Revista APM Psiquiatría*. 2015; 2 (3): 28-38.
102. Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ*. 2004; 328 (7450): 1233-1234.
103. WHO. Compendium of united nations standards and norms in crime prevention. New York: World Health Organization; 2006b. Rev. Agosto, 2017.
104. Ronen A, Gershon P, Drobiner H, Rabinovich A, Bar-Hamburger R, Mechoulam R et al. Effects of THC on driving performance, physiological state and subjective feelings relative to alcohol. *Accid Anal Prev*. 2008; 40 (3): 926-934.
105. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S et al. The 2011 ESPAD Report-substance use among students in 36 European countries. 2009. Stockholm. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. 2012. Available in: [www.espad.org/documents/Espad/_ESPAD_reports/2009/The_2009_ESPAD_Report-FULL091006.Patología dual](http://www.espad.org/documents/Espad/_ESPAD_reports/2009/The_2009_ESPAD_Report-FULL091006.Patología%20dual). [Rev. Agosto, 2017]
106. Ronen A, Chassidim HS, Gershon P, Parmet Y, Rabinovich A, Bar-Hamburger R et al. The effect of alcohol, THC and their combination on perceived effects, willingness to drive and performance of driving and non-driving tasks. *Accid Anal Prev*. 2010; 42 (6): 1855-1865.
107. Guisa CVM, Díaz-Barriga SL, Souza y Machorro M. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría*. 2003; 19 (1): 14-27.
108. AIC. Policy Series, No. 90. Australian Institute of Criminology. Canberra, 2008. Available in: www.aic.gov.au/documents/4/1/E/%7B41EFB68A-8B0A-43F8A747E71315F88751%7Drpp90. Patología dual. [Rev. Agosto, 2017]
109. Beynon CM, McVeigh C, McVeigh J, Leavey C, Bellis MA. The involvement of drugs and alcohol in drug-facilitated sexual assault: a systematic review of the evidence. *Trauma Violence Abuse*. 2008; 9 (3): 178-188.
110. Beynon C, McVeigh J, Hurst A, Marr A. Older and sicker: Changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. *Int J Drug Policy*. 2010; 21 (5): 429-431.
111. Mason W, Kosterman R, Hawkins J, Haggerty KP, Spoth RL. Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prev Sci*. 2003; 4 (3): 203-212.
112. Young R, Sweeting H, West P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43 (2): 204-214.

113. Griffiths CT, Dandur Y, Murdoch D. The social reintegration of offenders and crime prevention. Ottawa: Public Safety Canada, National Crime Prevention Centre; 2007. Available in: www.publicsafety.gc.ca/res/cpres/fl/soc-reint-eng.patologiadualf. [Revisado Agosto, 201]
114. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Yury Fedotov Director Ejecutivo, Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Ginebra: 2017.
115. ENA. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Resultados preliminares. Disponible en: noticieros.televisa.com/.../nacional/2017 [26 jun. 2017]
116. Souza y Machorro M. El lenguaje en la salud y la patología dual. VII Congreso Internacional y X Congreso Nacional. Academia Nacional Mexicana de Bioética. Auditorio de la Policlínica Ángel Urraza. Sociedad de Beneficencia Española. Hospital Español de México. Octubre 15-17, 2015.
117. Souza y Machorro M. El papel del lenguaje en el manejo profesional de la patología dual. Revista APM Psiquiatría. Órgano Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. 2017. En Prensa.
118. Pullen LM, Green LA. Identification, intervention and education: essential curriculum components for chemical dependency in nurses. J Contin Educ Nurs. 1997; 28 (5): 211-216.
119. DrugScope. The media guide to drugs: key facts and figures for journalists. London: DrugScope; 2011.
120. Rhoades E, Jernigan DH. Risky messages in alcohol advertising, 2003-2007: results from content analysis. J Adolesc Health. 2013; 52 (1): 116-121.
121. Souza y Machorro M. Palabras para la presentación del libro políticas sobre el cannabis. En: Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter L, Corda RA et al. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2013. V Feria Internacional del Libro De Minería (FILPM). Galería de los Rectores. Palacio de Minería de la Facultad de Ingeniería. Universidad Nacional Autónoma De México, UNAM; Ciudad de México. Febrero 22, 2014.
122. National Institute on Drug Abuse. Drugs, brains, and behavior: the science of addiction. 2010. NIH Pub. No. 10-5605. Available in: www.drugabuse.gov/publications/science-addiction. [Rev. Agosto, 2017]
123. de Silva V, Samarasinghe D, Hanwell R. Association between concurrent alcohol and tobacco use and poverty. Drug Alcohol Rev. 2011; 30 (1): 69-73.
124. Souza y Machorro M. Evaluación clínica del paciente adicto comórbido. Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica. 2013; 14 (2): 455-468.
125. Attwell D, Buchan AM, Chrapak S, Lauritzen M, Macvicar BA, Newman EA. Glial and neuronal control of brain blood flow. Nature. 2010; 468 (7321): 232-243.
126. Pedrero-Pérez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. Rev Neurol. 2011; 52 (3): 163-172.
127. Zhou W. Normalizing drug-induced neuronal plasticity in nucleus accumbens weakens enduring drug-seeking behavior. Neuropsychopharmacology. 2010; 35 (1): 352-353.
128. Andero R, Heldt SA, Ye K, Liu X, Armario A, Ressler KJ. Effect of 7,8-dihydroxyflavone, a small-molecule TrkB agonist, on emotional learning. Am J Psychiatry. 2011; 168 (2): 163-172.
129. Kantak KM, Hofmann SG. Cognitive enhancers for the treatment of neuropsychiatric disorders: clinical and preclinical investigations. Pharmacol Biochem Behav. 2011; 99 (2): 113-115.
130. Lorea-Conde I, Tirapu-Ustárroz J, Landa N, López-Goñi JJ. Deshabitación de sustancias psicotrópicas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. Adicciones. 2005; 17 (2): 121-129.
131. Marlatt GA. La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Gossop M, Casas M (eds.). Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Ed. Neurociencias; 1993.
132. Pedrero-Pérez EJ, Pérez-López M, Ena de la Cuesta S, Garrido-Caballero C. Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad". Trastornos Adictivos. 2005; 7 (3): 166-186.
133. Pedrero-Pérez EJ, Puerta-García C, Olivar-Arroyo A. La enfermedad como barrera al tratamiento. Trastornos Adictivos. 2007; 9 (3): 161-168.
134. Pedrero-Pérez EJ, Puerta-García C, Segura-López I, Osorio del Río SM. Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. Trastornos Adictivos. 2004; 6 (3): 176-191.
135. Davis C, Loxton NJ. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile. Addict Behav. 2013; 38 (7): 2306-2312.
136. Llanero-Luque M, de León JM, Pedrero-Pérez EJ, Olivar-Arroyo A, Bouso-Saiz JC, Rojo-Mota G et al. Sintomatología disecutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disecutivo (DEX-Sp). Rev Neurol. 2008; 47 (9): 457-463.
137. Busch FN, Milrod BL, Sandberg LS. A study demonstrating efficacy of a psychoanalytic psychotherapy for panic disorder: implications for psychoanalytic research, theory, and practice. J Am Psychoanal Assoc. 2009; 57 (1): 131-148.
138. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. J Affect Disord. 1988; 15 (3): 227-233.
139. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64 (5): 566-576.
140. Compton RP, Berning A. Drug and alcohol crash risk. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2015. DOT HA 812 117.
141. Souza y Machorro M. Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones. En: Souza y Machorro M. Psiquiatría de las Adicciones. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
142. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010; 105 (5): 817-843.
143. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Rev. 2010; 29 (4): 437-445.
144. Rehm J, Kanteres F, Lachenmeier DW. Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. Drug Alcohol Rev. 2010; 29 (4): 426-436.
145. Stanger C, Budney AJ. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010; 19 (3): 547-562.
146. Souza y Machorro M. De la resiliencia a la reintegración social del paciente dual. Seminario "Prevención y rehabilitación de

- las adicciones". Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, D.F. Mayo 31, 2015.
147. Souza y Machorro M. Obstáculos y recomendaciones para el tratamiento de abusadores/dependientes a sustancias psicotrópicas. *Rev Mex Neuroci.* 2009; 10 (5): 350-359.
 148. American Medical Association. 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): 1746-1749.
 149. Souza y Machorro M. Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2003; 4 (2): 91-93.
 150. Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D. Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict.* 1998; 7 (1): 7-13.
 151. Dove HW. Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am.* 1999; 22 (2): 481-488, xi.
 152. Bland E, Oppenheimer L, Brisson-Carroll G, Morel C, Holmes P, Gruslin A. Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2001; 27 (3): 483-490.
 153. Gabbard GO. Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text. Washington: American Publishing Press; 2010.
 154. US Department of Health and Human Service, Healthy People 2010: Understanding and Improving Health 2nd. ed. Washington, DC US Dept of Health and Human Services November, 2010.
 155. Millán S. El psicoanálisis contemporáneo. Simposio de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas IFPS e Instituto Mexicano de Psicoanálisis A. C. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún Q. Roo, Noviembre 16-20, 2001.
 156. Fromm E. El arte de amar: una investigación sobre la naturaleza del amor. México: Colección Contextos; 2003.
 157. Levy R, Ablon JS. Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: bridging the gap between science and practice. Boston: Humana Press; 2009.

Correspondencia:

Mario Souza y Machorro

E-mail: souzaym@yahoo.com

www.medigraphic.org.mx